



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**NEONATO CON 32.1 SDG CON DÉFICIT EN EL
REQUISITO MANTENIMIENTO DE UN APORTE
SUFICIENTE DE AIRE**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA:

LIC. ENF. YEIMI DENISSE IZAGUIRRE CAMARILLO

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. ADAÍ RAMIREZ GUZMÁN



CD VICTORIA TAMAULIPAS., 2022



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**

**NEONATO CON 32.1 SDG CON DÉFICIT EN EL
REQUISITO MANTENIMIENTO DE UN APORTE
SUFICIENTE DE AIRE**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA:

LIC. ENF. YEIMI DENISSE IZAGUIRRE CAMARILLO

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. ADAÍ RAMIREZ GUZMÁN



CD VICTORIA TAMAULIPAS., 2022

Estudio de caso: Neonato con 32.1 semanas de gestación con déficit en el requisito mantenimiento de un aporte suficiente de aire secundario a prematuridad.

Palabras clave:
Neonato,
Recién Nacido
Pretérmino,
Síndrome de
Dificultad
Respiratoria.

El presente estudio de caso describe el seguimiento de un neonato de 32.1 SDG, con diagnóstico al nacimiento de síndrome de dificultad respiratoria y prematuridad, el cual fue referido de otra unidad hospitalaria a la UCIN del HRAEV. El objetivo de realizar el EC fue implementar la teoría de Dorothea Orem de acuerdo con la metodología del proceso de atención de enfermería en las diferentes etapas del proceso enfermero; y así identificar los requisitos universales desviados del neonato. La metodología aplicada comenzó en la elección del neonato, esta se hizo durante la práctica clínica del posgrado en enfermería del neonato en el Hospital Regional de alta especialidad de Cd. Victoria; el primer contacto con el paciente fue en el segundo día de vida extrauterina. Como consideración ética se tomó en cuenta la autorización escrita de los padres, la ley general en materia de investigación para la salud y las normas oficiales mexicanas 004 y 007, siempre respetando la privacidad y autonomía del neonato. Se realizó una revisión de artículos científicos con los cuales se sustenta el estudio de caso, se inicia la valoración exhaustiva y se elabora un plan de cuidados de enfermería con intervenciones especializadas. Concluyo que gracias a las intervenciones especializadas por parte del personal de enfermería que realizan día con día en el área de ucin se logró ver cómo fue la evolución del neonato a un avance favorable, gracias a la valoración por medio de los requisitos universales de la teoría de Orem.

Case study: Neonate with 32.1 weeks of gestation with a deficit in the requirement to maintain a sufficient supply of air secondary to prematurity.

Key words:
Neonate,
Preterm
Newborn,
Respiratory
Distress
Syndrome.

The present case study describes the follow-up of a 32.1 SDG neonate, diagnosed at birth with respiratory distress syndrome and prematurity, who was referred from another hospital unit to the HRAEV UCIN. The objective of performing the CE was to implement Dorothea Orem's theory in accordance with the methodology of the nursing care process in the different stages of the nursing process, and thus identify the universal requirements deviated from the neonate. The applied methodology began with the choice of the newborn, this was done during the clinical practice of the postgraduate nursing of the newborn at the High Specialty Regional Hospital of Cd. Victoria, the first contact with the patient was on the second day of extrauterine life. As an ethical consideration, the written authorization of the parents, the general law on research for health and the official Mexican standards 004 and 007 were taken into account, always respecting the privacy and autonomy of the newborn. A review of scientific articles was carried out with which the case study is based, the exhaustive assessment begins and a nursing care plan with specialized interventions is elaborated. It is concluded that thanks to the specialized interventions by the nursing staff who carry out every day in the UCIN area, it was possible to see how the evolution of the neonate was to a favorable advance, thanks to the assessment by means of the universal requirements of the Orem's theory.

Agradecimiento

Al Hospital Regional De Alta Especialidad de Cd. Victoria Tamaulipas., por permitirme ser parte de la primera generación de egresados de la especialidad de Enfermería del Neonato.

A la ENEO-UNAM por dejarme formar parte de esta institución de la cual me encuentro orgullosa de pertenecer.

A CONACYT por aceptarme en su programa sin el cual esto no hubiera sido posible.

Pero sobre todo agradezco infinitamente a mi asesora EEN Adaí Ramírez ya que gracias al tiempo que invirtió en mí pude realizar este estudio de caso clínico.

DEDICATORIA

A mis padres y hermana por su apoyo incondicional.

Gracias por creer siempre en mí.

Porque de él, y por él, y para él, son todas las cosas. A él sea la gloria por los siglos.

Amén.

Romanos 11:36

Contenido

| | |
|---|----|
| Agradecimiento..... | 5 |
| Introducción..... | 9 |
| Objetivos | 11 |
| Objetivo General..... | 11 |
| Objetivos Específicos..... | 11 |
| CAPITULO 1 | 12 |
| Fundamentación | 12 |
| CAPITULO 2 | 14 |
| Marco Teórico..... | 14 |
| 2.1 Marco Conceptual..... | 14 |
| 2.2 Marco Empírico..... | 15 |
| 2.3 Teoría de enfermería | 20 |
| 2.4 Daños A La Salud | 29 |
| Patologías asociadas al padecimiento del SDR..... | 31 |
| Prevención..... | 36 |
| Tratamiento específico..... | 37 |
| CAPÍTULO 3 | 44 |
| Metodología | 44 |
| 3.1 Cronograma De Actividades | 46 |
| 3.2 Consideraciones Éticas | 47 |
| CAPITULO 4 | 52 |
| Aplicación Del Proceso | 52 |
| Plan De Alta | 81 |
| CAPÍTULO 5 | 84 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Conclusiones Y Recomendaciones | 84 |
| Referencias | 85 |
| ANEXOS | 97 |

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 15 millones de bebés nacen alrededor del mundo de la cual gran parte no logra el nacimiento a término las semanas de gestación óptimas para su buen desarrollo.

A su vez afirma que la prematurez es el causante principal de muerte en menores de 5 años, ya que cada año mueren aproximadamente 1 millón de prematuros, no obstante, los que sobreviven corren el riesgo de hacerlo con distintos tipos de discapacidades.

Parte de estas defunciones podrían no suceder si se contara con la tecnología adecuada y los servicios de atención individualizados por personal capacitado desde el embarazo y posterior a este.

Existen diversos factores por los cuales se presentan la mayoría de estos nacimientos prematuros que abarcan embarazo de alto riesgo, embarazo múltiple, afecciones médicas de la madre o del feto, estilo de vida o extremos de la edad reproductiva (10-14 años y 45-49 años), e inclusive puede llegar a desconocerse la causa por la que ocurren.

La patología más común con la que enfrentan los neonatos prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria causado por la inmadurez en el desarrollo a nivel pulmonar, al presentar un déficit de surfactante entre otros factores predisponentes.

Para hacer frente a esta y otras patologías la enfermera especialista en neonato, tiene como objetivo brindar cuidados de calidad para los neonatos tanto sanos como enfermos que así lo requieran mediante diferentes herramientas con las cuales valoran, diagnostican, ejecutan las intervenciones necesarias y obtienen resultados para favorecer su estado de salud.

En relación con lo anterior, la elección del paciente a tratar en este caso clínico es debido a la presencia de estos dos problemas más comunes, la prematurez y la dificultad respiratoria, a la que nos enfrentamos en las instituciones hospitalarias con servicios de neonatología, dicho problema no es la excepción en el Hospital Regional de Alta Especialidad de CD. Victoria.

La realización del presente estudio de caso se basó en el proceso de atención de enfermería, bajo el enfoque de la Teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem, ya que abarca diferentes teorías de autocuidado y de sistemas de enfermería, en esta ocasión nos orientamos en el déficit de autocuidado, debido a que es un neonato pretérmino y no puede cumplir con la demanda de autocuidado que requiere y los requisitos universales que se valoran dentro de esta, requiriendo la atención del personal de enfermería para el mantenimiento de su salud.

Así pues, se presentan las conclusiones a las que se llegaron y las recomendaciones para mejorar la atención del cuidado.

Objetivos

Objetivo General

Realizar un Estudio de Caso a un recién nacido de 32.1 SDG con síndrome de dificultad respiratoria con base en la teoría de Dorothea Orem de acuerdo con la metodología del proceso de atención de enfermería en las diferentes etapas del proceso enfermero, donde se identificó los requisitos universales alterados del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria Tamaulipas.

Objetivos Específicos

- Valorar de manera integral al neonato para obtener datos objetivos y subjetivos a través de la guía de valoración.
- Determinar los requisitos de autocuidado afectados del recién nacido durante su estadía en la UCIN, mediante la estructuración de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería acorde a las necesidades priorizadas de salud en el neonato, integrando la participación de los padres con enfoque en la teoría de Dorothea Orem.
- Emplear cuidados de enfermería basados en evidencia científica actual referente al problema de salud del neonato en las diferentes fuentes y bases de datos que fundamenten la aplicación de la metodología del cuidado.
- Evaluar las intervenciones mediante el control de caso, la respuesta del neonato y la capacidad de la agencia de cuidado dependiente, para verificar la eficacia de las intervenciones o buscar alternativas en el tratamiento regulador.
- Realizar un plan de alta para el cuidado en el hogar del neonato orientado a la educación de los padres.

CAPITULO 1

Fundamentación

Cada año hay alrededor de 13 millones de partos pretérmino en el mundo. La mayoría de estos nacimientos se presenta en países emergentes. Se estima que la prematuridad afecta entre 5 y 10% de los nacimientos a nivel internacional.²

En nuestro país entre el periodo comprendido de 1990 y 2015, se registró una disminución de la tasa de mortalidad neonatal de 11,6 defunciones por cada 1000 recién nacidos vivos a 7,07 defunciones por cada 1000 recién nacidos vivos, aunque en los últimos años, este indicador se ha mantenido constante y sigue siendo el principal componente de la mortalidad infantil.³

Los nacimientos prematuros son un fenómeno cada vez más común no solo en México sino en el mundo. En 2017, en los hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en todo el país se registraron más de 425 mil 516 nacimientos de los cuales 41 mil 664 fueron recién nacidos prematuros, es decir el 9.8% nacieron antes de las 37 semanas de gestación.⁴

En relación con los nacimientos prematuros en nuestro país, EuroNeoNet informó una incidencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria a menor edad gestacional, siendo del 92% en recién nacidos (RN) de 24 a 25 semanas, del 88% entre RN de 26 a 27 semanas, del 76% en prematuros de 28 a 29 semanas y del 57% en niños que nacieron entre las 30 y 31 SDG.⁵

Durante 2016 en México se observaron 82.764 casos de nacimientos con anomalías, en un rango de 797 padecimientos distintos. No obstante, el 51% de estos casos se concentra en diez causas únicamente, siendo el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido la tercera causa de mayor frecuencia en el país con 4996 casos.⁶

Así, los bebés prematuros, especialmente aquellos que nacen antes de las 32 semanas de gestación y pesan menos de 1500 Kg a menudo presentan el síndrome de dificultad respiratoria o de la membrana hialina. Qué, aunque es una enfermedad controlada,

provoca la muerte de 880 neonatos aproximadamente cada año durante el periodo neonatal.

Sin duda alguna, el nacimiento prematuro genera un alto índice de Morbi-mortalidad, pues sus complicaciones neurológicas y respiratorias provocan alrededor de 30% de las defunciones neonatales.

Como profesión enfermería ha ido incursionando año tras año en la atención de pacientes este campo ha sido influenciado por diversas corrientes epistemológicas que le han permitido abordar los desafíos de salud de una manera más compleja, y que al igual que otros campos de estudio debe contar con un cuerpo de conocimientos propios es por esto que a lo largo de los años se han desarrollado investigaciones basadas en evidencia científica como lo son las teorías de enfermería, los diversos estudios de caso clínico, libros de diagnóstico enfermero etc., cabe mencionar que para la fundamentación de este trabajo se tomaron en cuenta estudios de caso que están relacionados con la disciplina y objeto de estudio, de los cuales nueve de ellos fueron elaborados por personal de enfermería abordando la teoría de Dorothea Orem y la patología de base y dos de grado médico con enfoque en intervenciones a neonatos con SDR.

CAPITULO 2

Marco Teórico

2.1 Marco Conceptual

Para la búsqueda de información en la elaboración del estudio de caso se utilizaron los siguientes descriptores DeCS o palabras clave, recién nacido pretérmino, síndrome de dificultad respiratoria, CPAP, y dificultad respiratoria las cuales se tomaron en cuenta para la elección de los artículos y son de suma importancia para el análisis y comprensión de dicho estudio debido a que se relacionan directamente con el neonato, su estado de salud.

Neonato

Un neonato es el producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de vida, que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.⁸

Recién nacido pretérmino

La duración normal de la gestación humana se estima de 37 a 41 semanas, ya que es el tiempo en donde el feto alcanza una apropiada maduración anatómica y funcional.

Aquellos niños que nacen antes de tiempo se les conoce como recién nacidos pretérmino, estos presentan una inmadurez relacionada a las semanas de gestación, esta es la principal determinante de la adaptación al medio extrauterino también que se presente enfermedades asociadas a la inmadurez o concomitantes, que pueden causar graves problemas en los primeros días de vida y/o complicaciones a mediano y largo plazo, los principales órganos con problemas son pulmones, cerebro y el intestino.⁹

Síndrome de dificultad respiratoria

Trastorno del recién nacido caracterizado por disnea, con cianosis, anunciado por signos prodrómicos como la dilatación de las aletas nasales, gruñido espiratorio y retracción de la escotadura supra esternal o de los bordes costales, que ocurre más a menudo en lactantes prematuros, niños de madres diabéticas y lactantes por operación cesárea y en algunas ocasiones sin causa predisponente aparente.¹⁰

CPAP

La CPAP es la aplicación de una presión mantenida de forma continua en la vía aérea mediante un flujo de gas. La CPAP aumenta la capacidad residual funcional, evita el colapso alveolar al final de la espiración y, además, aumenta el intercambio gaseoso, con la mejora de la oxigenación. También produce una estabilización de la pared torácica (especialmente importante en el recién nacido inmaduro), mantiene abierta la vía aérea y mejora la función diafragmática.¹¹

Dificultad respiratoria

También denominado distrés transitorio es la forma más frecuente de dificultad respiratoria en el RN (37%). Clínicamente se manifiesta por taquipnea y retracciones leves que están presentes desde el nacimiento. No se observan signos de infección y la clínica se normaliza al cabo de 6-8 horas sin necesidad de administrar oxígeno suplementario. La radiografía de tórax es normal. La etiología no está aclarada, aunque se piensa que es una forma atenuada de TTRN o mal adaptación pulmonar.¹²

2.2 Marco Empírico

Se realiza una revisión en distintas bases de datos para el desarrollo del estudio de caso como: EBSCOhost, Bidi-UNAM, Scielo, Pubmed, Elsevier, scienceDirect, Google académico entre otras. Los criterios de inclusión fueron: artículos de investigación que su objetivo fuera analizar la patología de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) en neonatos.

En la Biblioteca virtual de la UNAM se encontraron 8 estudios de caso de enfermería del neonato que se relacionaban con el objetivo de estudio y además con enfoque a la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

El análisis de dichos estudios se presenta a continuación:

- Mote González M. A. Estudio de caso a un neonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, con base en la teoría de Dorotea Orem en el cual se implementan cuidados especializados para corregir las respuestas humanas del neonato las cuales se presentaban como taquipneas, saturación de oxígeno entre 84-96%, este se encontraba con fase de ventilación III en modalidad SIMV intentando pasar a fase II CPAP pero no tolera y regresa a fase III, se valoran los requisitos alterados formulando los diagnósticos de enfermería pertinentes al igual que las intervenciones para ofrecerle al neonato los cuidados necesarios para corregir su estado de salud actual, obteniendo como resultado el egreso después de 13 días de vida extrauterina debido a la evolución favorable que se obtuvo.¹³
- Montero Yáñez N. Estudio de caso de un neonato de 31 SDG con alteración del requisito universal mantenimiento de un aporte suficiente de aire, manifestando saturación de oxígeno de 87-92%, Silverman-Anderson de 2 puntos a expensas de tiraje intercostal y ligero aleteo nasal; con presencia de secreciones en boca y nariz, fase ventilatoria I con puntas nasales. Se implementó el plan con cuidados especializados para la atención del neonato con el cual evolucionó satisfactoriamente y egreso a los 45 días de vida extrauterina con 37.4 semanas de gestación corregidas, se capacitó a la madre para el cuidado del neonato en el hogar.¹⁴
- González Romero J. Estudio de caso de un neonato de 29 SDG con SDR con base en la teoría de Dorothea Orem. El neonato curso con pausas respiratorias seguidas de periodos de polipnea, aleteo nasal, retracción xifoidea, leve tiraje intercostal, con secreciones espesas, desaturando hasta 78% y con apoyo

ventilatorio en fase II. Se aplica el plan de intervenciones con cuidados de enfermería enfocados en cada requisito alterado y egresa después de 2 meses de estancia hospitalaria y con 39 SDG corregidas al evolucionar favorablemente.¹⁵

- Valdez Rubio N. J. Estudio de caso, con enfoque en la teoría de Dorothea Orem, nos habla de un neonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, manifestando retracción xifoidea y disociación toraco-abdominal, aporte de oxígeno CPAP con un fio2 del 28% y flujo de 8 LT. Se proporcionó intervenciones específicas para cada requisito alterado, y el neonato presento mejoría egresando de la unidad.¹⁶
- Ordoñez Baeza M. Estudio de caso en el que se presenta a un neonato de 30 SDG con déficit en el primer requisito de la teoría de Dorothea Orem, con síndrome de dificultad respiratoria, manifestó una saturación de oxígeno de 88%, apneas y en fase III de ventilación, con cánula endotraqueal en modo BIPAP asistida Fio2 45%, Silverman Anderson con 1 pts, mantiene un adecuado intercambio gaseoso, durante su estancia hospitalaria, resolviéndose los requisitos alterados del neonato, este egresa a los 18 días de vida extrauterina con una mejoría favorable gracias al plan de intervenciones que se implementó.¹⁷
- Botello Calderón K. Este estudio de caso clínico en el cual se estudia a un Neonato de 33 SDG con bajo peso para edad gestacional y síndrome de dificultad respiratoria bajo la teoría de Dorothea Orem, está sumamente relacionado con el neonato de estudio de nuestro caso. En este se formulan 13 diagnósticos de enfermería de los cuales el diagnóstico más importante al igual que nuestro estudio fue del requisito 1 ya que se encontraba totalmente comprometido debido a la dificultad respiratoria que presentó; así como la prematuridad y bajo peso para la edad gestacional. A la valoración se observó Silverman-Anderson de 3 pts. mostrando alteración en cuanto tiraje intercostal y aleteo nasal discreto, así como retracción xifoidea también discreta, encontrándose en Fase 1 de ventilación con oxígeno indirecto por incubadora a una concentración del 30%. Se realizo el plan de cuidados correspondiente a los requisitos universales de autocuidado priorizando problemas presentes para

actuar en consecuencia, posterior a ello se llevó a cabo la revaloración en la cual se dio seguimiento posterior resolviéndose los requisitos alterados y se corrige el problema respiratorio al que se enfrentaba el neonato. Egresada 38 días después por mejoría con alimentación alternada por succión y SOG orientándose a la madre en técnica correcta de alimentación.¹⁸

- Segovia Cambrón L. Aborda el caso de un neonato de 34 SDG de sexo femenino con déficit en el requisito 1 según Dorothea Orem “Mantenimiento de un aporte suficiente de aire secundario a la prematurez” en el cual presentaba pausas respiratorias de 15 segundos y saturando entre 50%-60% a la succión, con un Silverman Andersen de 1, oxígeno indirecto a 1 litro por minuto (LPM). Egresado a los 34 días de vida extrauterina, sin complicaciones y con una evolución favorable del patrón respiratorio y demás alteraciones en los requisitos con la participación de los padres.¹⁹

También se encontraron diversos artículos tanto de enfermería como de grado médico los cuales se relacionaban con las palabras claves antes mencionadas y la patología de base.

- Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general de autocuidado.

En cual se aborda a un neonato prematuro de 32 SDG con Síndrome de dificultad respiratoria brindando atención integral e individualizada con cuidados específicos con base a la teoría general de Dorothea Orem y aplicando la metodología del proceso enfermero, se le realizaron 12 diagnósticos de enfermería 10 reales y 2 de riesgo de acuerdo con los requisitos de autocuidado universal, lográndose intervenciones independientes e interdependientes.²⁰

- Intervenciones de enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacidos pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el segundo y tercer nivel de atención.

El principal objetivo de esta guía de práctica clínica es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en

recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, favoreciendo la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.¹⁰

- Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria

Dicho artículo tiene la finalidad de conformar un protocolo de manejo clínico, mediante la integración de algoritmos de decisiones clínicas para el manejo eficaz y seguro del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Concluyendo que el uso de CPAP nasal en la sala de partos tan pronto como se identificara signos de dificultad respiratoria con el uso de surfactante en forma temprana disminuía la necesidad de ventilación mecánica siendo un procedimiento eficaz y seguro.²¹

- Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria

El presente reporte de caso trata de un recién nacido pretérmino de 36 semanas que presentó un bajo peso al nacer de 2280 g y una dificultad respiratoria que se evidenció por taquipnea, disnea e hipoxia, ante la valoración del caso se decidió hacer una planificación de los cuidados de enfermería, se ejecutó el plan de cuidados y al finalizar el proceso se lograron mejorar los patrones de respiración y alimentación disminuyendo así las complicaciones en la salud del recién nacido prematuro.²²

Los artículos encontrados fueron de suma importancia para la realización del estudio de caso debido a que se puede observar desde otra perspectiva el manejo que se le brinda a los neonatos con la misma patología, cómo evolucionan con los diferentes cuidados y que se recomienda para cada caso en especial.

2.3 Teoría de enfermería

CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

Desde un inicio la enfermería se estimaba como un beneficio social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí mismas o a los que dependen de ellas la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como resultado de las actividades que asuma el enfermero.²³

La Norma oficial para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, menciona a la enfermería como una disciplina esencial en el equipo de salud, que constantemente se encuentra activa en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, desempeñando un papel importante.²⁴

Florence Nightingale quien es considerada como la primera teórica de enfermería identificó que enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona; reconoció que las enfermeras formadas aplicaban principios científicos adicionales a sus trabajos. Es por esto que muchas de las especialistas en el tema consideran a Nightingale como la precursora de la enfermería moderna y la primera teórica en aplicar un proceso consistente en la observación, el análisis, y la toma de decisiones propias.

El principal objetivo del avance conceptual de enfermería es demostrar que más que estar basada en experiencias en la práctica y en conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio.²⁵

TEORIA DE ENFERMERIA

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, estas se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería, por lo que se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional.²⁶

DOROTHEA ELIZABETH OREM (1914-2007)

Orem siendo una de las enfermeras teóricas más destacadas con vasta experiencia profesional en todos los campos de la enfermería: asistencial, docente, gestión e investigación dio a conocer su teoría de autocuidado de enfermería a finales de los años 50.²⁷

Orem presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

Metaparadigmas de enfermería según Dorothea Orem:

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales de una disciplina. En él se identifican determinados fenómenos de interés que le son propios y explica como una disciplina se ocupará de estos fenómenos de manera única. El metaparadigma define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales y orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión. Integra las definiciones conceptuales de persona, entorno, salud y enfermería.²⁷

Orem detallo los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- Persona: definida por Orem como el paciente que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse, pudiendo aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado y de no serlo así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

- Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.²⁶
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.²⁸
- Entorno: aunque no lo define como tal es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales; ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.²⁶

TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, estos son parte importante dentro de la valoración que se emplea al usuario, el término requisito se define como la actividad que la persona realiza para cuidar de sí mismo, Orem propone dentro de estos tres tipos de requisitos: los universales de desarrollo y de desviación de la salud.²⁶

| REQUISITOS DE AUTOCUIDADO | | |
|--|---|---|
| UNIVERSALES | DE DESARROLLO | DESVIACIONES DE LA SALUD |
| Los que requieren todas las personas para conservar su funcionamiento integral. | Los que resultan de los procesos del desarrollo | Conducen a prevenir complicaciones y a evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. • Proporción de cuidados asociados con la eliminación. • Prevenir de peligros • Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. | <p>A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta.</p> <p>B. Proporcionar cuidados en de privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problemas de estatus mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia médica segura cuando este expuesto a patología • Atención a los resultados del estado patológico • Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología • Atención a los efectos molestos de la terapia médica. • Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. Aprender a vivir con la patología. |

Cuadro 1. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Requisitos de Autocuidado 2001²⁹

Estos requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores condicionantes básicos” que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.³⁰

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado y afectan el tipo y cantidad de cuidado requerido.

Orem identifico diez variables agrupadas dentro de este concepto.

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de desarrollo
4. Estado de salud
5. Orientación sociocultural
6. Factores del sistema de cuidados de salud
7. Factores del sistema familiar
8. patrón de vida
9. Factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Estos pueden ser seleccionados para los propósitos específicos de cada estudio en particular y deben de estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.³¹

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.

De acuerdo con D. Orem la intervención de enfermería solo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas.²⁹

AGENCIAS DE CUIDADO

Los seres humanos tienen la facultad de adaptarse a los cambios que se producen a sí mismos o en su medio ambiente. Pero pueden darse condiciones en que la demanda total que se le hace a un sujeto exceda su capacidad para responder a ella. En esta condición, la persona puede precisar ayuda que puede provenir de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Orem definía a un agente como aquella persona que era capaz de realizar cuidados a otro individuo que así lo requería y si el individuo realizaba su propio cuidado lo consideraba como agente de autocuidado.

También reconoció que había situaciones en que las personas cuidaban unas de otras sin que esto implicara directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agencia de autocuidado dependiente.³²

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.²³

Para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de compensación:

- Sistemas de Enfermería totalmente compensatorio
- Sistema parcialmente compensatorio
- Sistema de apoyo educativo.

| TOTALMENTE COMPENSATORIO | PARCIALMENTE COMPENSATORIO | EDUCATIVO DE APOYO |
|---|--|--|
| Realiza el autocuidado. | Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente. | Realiza el cuidado terapéutico del paciente. |
| Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado. | Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado. | Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado. |
| | Ayuda al paciente en lo que necesite. | Apoya y protege al paciente. |
| Hacer por el otro | Hacer con el otro | Dejar hacer al otro. |

Cuadro 2: Sistemas de enfermería Vega Angarita OM, González Escobar DS. Requisitos de Autocuidado 2001 ²⁹

El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención, razonar, tomar decisiones, adquirir conocimiento y hacerlo operativo, ordenar acciones de autocuidado para el logro de los objetivos, para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.²⁹

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería (PAE) es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que llevados a la práctica las etapas se superponen:

1. Valoración: es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

2. Diagnóstico de Enfermería: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
3. Planeación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
4. Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. Evaluación: comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir la problemática, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad; también, identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad: establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Es imprescindible la interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades: destreza técnica (manejo de instrumental y aparatos); capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico) y capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).³³

RELACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) Y LA TEORÍA DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Mediante la aplicación de nuestro método científico, el proceso de atención de enfermería, se logra resolver la dificultad de autocuidado en los pacientes, este proceso es la esencia de nuestra profesión, muy útil para estructurar el ejercicio enfermero y con una finalidad muy importante que es la satisfacción de las necesidades de los individuos. Es por eso que la teoría general de autocuidado de Orem puede ser aplicado al proceso de atención de enfermería que se ejecuta en nuestro medio asistencial.³⁴

Para la realización de este Estudio de Caso se utilizó la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem a través del proceso de enfermería. Con la valoración inicia el proceso de enfermería y comienza también la utilización del modelo de Orem, lo que se evidencia en el enfoque con que se aborda cada etapa del proceso y en los registros y lenguaje utilizado, de esta manera la teoría aporta el sustento teórico que orienta los cuidados que enfermería entrega y el proceso de enfermería constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional.³⁴

| TEORIA DE DOROTHEA OREM | PROCESO DE ENFERMERIA |
|--|--|
| <p>Teoría de Autocuidado: Autocuidado. Requisitos de Autocuidado.</p> | <p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detectar los requisitos de autocuidados en los que tenga déficit el neonato. • Evaluar la situación de autocuidado del neonato. |
| <p>Teoría del Déficit de Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demanda terapéutica • Agencia de autocuidado • Déficit de autocuidado | <p>Continúa la valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la agencia de autocuidado del neonato. • Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen el neonato. <p>Diagnostico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. • Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnostico de enfermería. |

| | |
|--|---|
| <p>Teoría de Sistemas. Agencia de enfermería Sistema de enfermería</p> | <p>Planificación, ejecución de las intervenciones y evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidado detectados, plantear objetivos, según corresponda. • Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda. |
|--|---|

Cuadro 3: Navarro Peña Y, Castro Salas M. Paralelo entre modelo de Dorothea Orem y etapas del proceso de enfermería 2010 ³⁴

2.4 Daños A La Salud

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de la membrana hialina, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional; ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una oxigenación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas comienzan al poco tiempo de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida.

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intrapartos o durante el periodo postnatal inmediato³⁵

EMBRIOLOGÍA

El desarrollo pulmonar inicia a las cuatro semanas de gestación, dividiéndose en cuatro periodos: pseudoglandular, canalicular, sacular y alveolar. Durante la fase sacular, a partir de las 26 sdg se lleva a cabo el desarrollo de las células alveolares de tipo II (neumocitos) encargadas de la producción de surfactante, líquido rico en proteínas y fosfolípidos cuya función es disminuir la tensión superficial en la interfase aire-agua alveolar al nacimiento. Tras el nacimiento prematuro esta parte del desarrollo pulmonar se ve interrumpida con la consecuente deficiencia total o parcial de surfactante pulmonar y/o deficiencia de tipo cualitativo, es decir, presencia de surfactante no funcional secundario a la propia inmadurez metabólica u oxidación de proteínas secundaria a diversos factores como inflamación, entre otros. Las manifestaciones clínicas aparecen por lo general dentro de las primeras 6 h de vida, ocasionando cambios progresivos a nivel histológico caracterizados por edema intersticial, exudación plasmática a los espacios aéreos, formación de membrana hialina. Estos cambios en la estructura pulmonar condicionan colapso alveolar al final de la espiración, disminución de la distensibilidad pulmonar, así como de la capacidad residual funcional e incrementa el espacio muerto, esto finalmente se traducirá en la expresión que caracteriza el cuadro clínico: dificultad respiratoria.³⁶

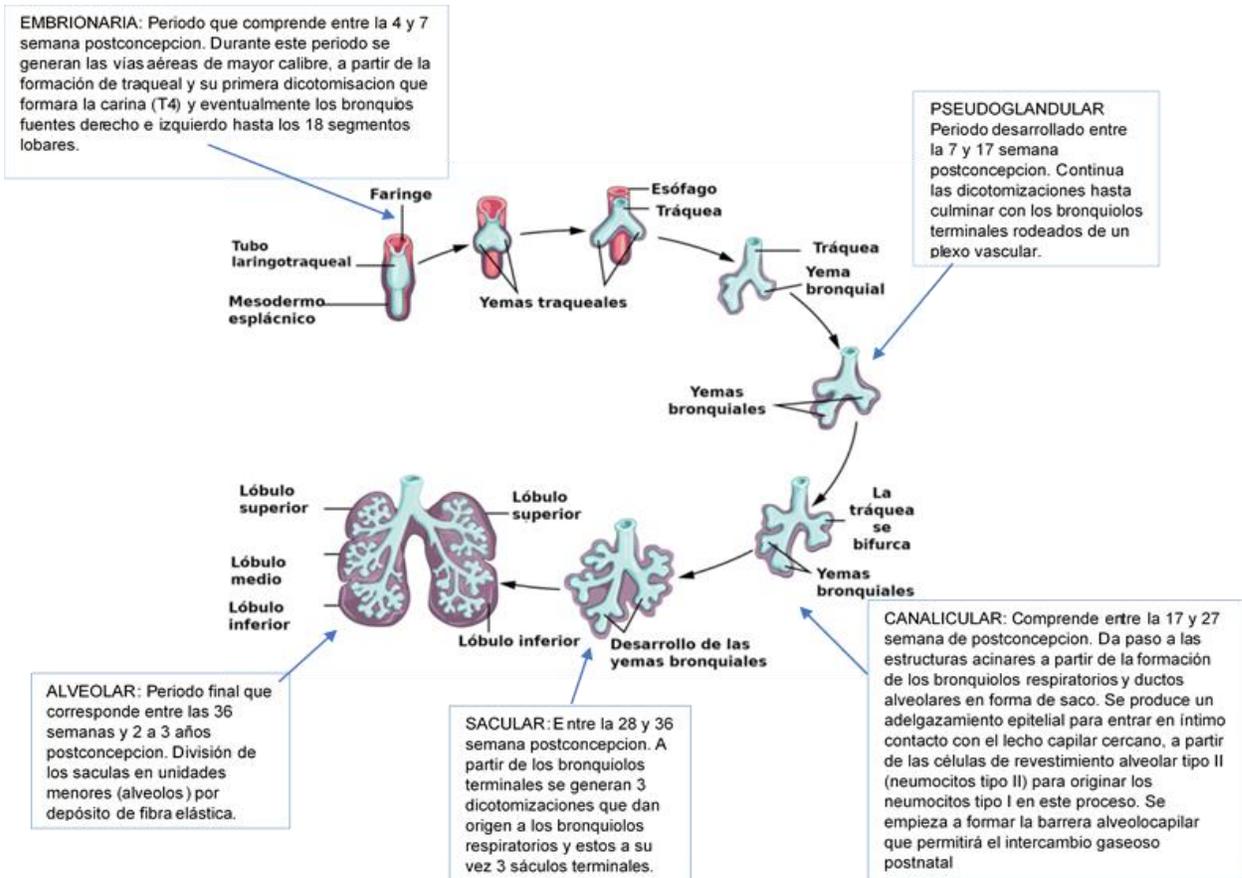


Figura 1. Desarrollo pulmonar Asenjo CA, Pinto RA. Características anátomo-funcional del aparato respiratorio durante la infancia. Rev médica Clín Las Condes. 2017; 28(1):7–19³⁷

ETIOLOGÍA

La etiología del SDR es multicausal, sin embargo, se reconocen varias patologías que son las que mayor prevalencia tienen en la causa de este síndrome.³⁸

Patologías asociadas al padecimiento del SDR

Etiologías del SDR

Prematuridad

Neumonía Neonatal

Síndrome de Aspiración de Meconio

Taquipnea transitoria del RN

Hipertensión pulmonar persistente del RN

Cuadro 4: Patologías asociadas al padecimiento del SDR. Campos Rojas M. Mendez Peralta, R. Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. Edu.ec.³⁸

FISIOPATOLOGÍA

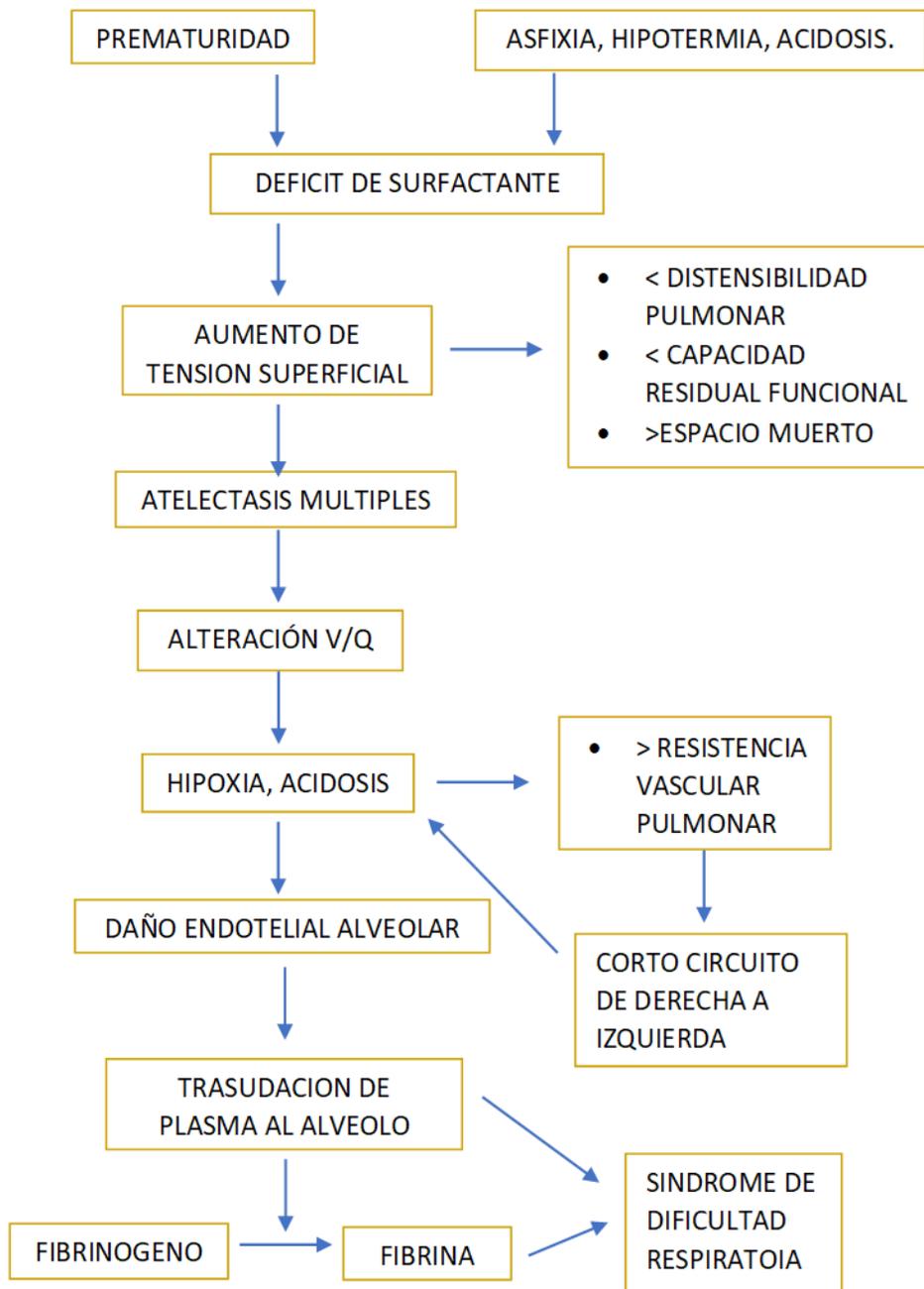
La etiología del SDR es un déficit transitorio de surfactante por disminución de la síntesis, alteraciones cualitativas o aumento de su inactivación. La pérdida de la función tensoactiva produce el colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional (CRF), que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende fácil y rápidamente al colapso. Aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso.

Se produce cianosis por hipoxemia secundaria a las alteraciones de la ventilación-perfusión y se retiene CO₂ por hipo ventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un cortocircuito de derecha a izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia.

En el pulmón aparecen micro-atelectasias difusas, edema, congestión vascular y lesión del epitelio respiratorio, más evidente en los bronquiolos terminales, con aspecto hepatizado y poco aireado. El edema alveolar, rico en proteínas, inactiva el surfactante precisando elevadas presiones para la apertura de los alveolos colapsados, que son superiores a 25-30 cm de H₂O para los alveolos de menos radio.

Cuando el paciente es sometido a ventilación asistida puede aparecer sobre distensión y rotura de los alveolos de mayor radio, dando lugar a un enfisema intersticial y a un acumulo de aire extrapulmonar. El tratamiento con surfactante exógeno disminuye la tensión superficial, y por ello, la presión de apertura necesaria para iniciar la inspiración. Por otra parte, dificulta el colapso alveolar espiratorio al retrasar su vaciamiento, por lo que mantiene la capacidad residual funcional. Ambas acciones favorecen el

reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación y la ventilación, es decir, el intercambio gaseoso pulmonar.³⁹



Cuadro 5: Fisiopatología del SDR 1. Angulo Castellanos E, García Morales E. Programa de actualización continua PAC4 2016 ⁴⁰

El SDR se clasifica en 4 grados radiológicos:

- GRADO I: Infiltrado reticulogranular fino y homogéneo como vidrio esmerilado
- GRADO II: Similar al anterior, pero más denso y con broncograma aéreo más visible
- GRADO III: Opacificación alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.
- GRADO IV: pulmón blanco. Ausencia casi total del aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardiaca.⁴⁰

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El SDR se manifiesta en la clínica como un síndrome de dificultad respiratoria progresivo donde los primeros signos aparecen cerca de las 2h de vida, alcanzando el acmé entre las 12 y las 24h, y comprenden:

- Taquipnea: como un intento por compensar los volúmenes corrientes pequeños mediante el incremento de la FR (>60x')
- Aleteo nasal: incrementa el área de sección transversal a nivel nasal y disminuye la resistencia de la vía aérea superior.
- Quejido: intento del recién nacido por producir una PEEP mediante la exhalación contra una glotis cerrada. Su propósito es mantener cierto grado de volumen alveolar de manera que el radio del alveolo sea mayor y la cantidad de trabajo respiratorio para expandirlo menor.
- Retracción: los músculos accesorios de la respiración se retraen para ayudar a vencer el incremento en la presión requerida para inflar los pulmones.
- Cianosis: reflejo de trastorno en la oxigenación cuando la Hb desoxigenada es mayor de 5g/dL.
- Aleteo nasal: por la disminución de la resistencia de las vías aéreas superiores.³⁹

DIAGNOSTICO

- Diagnóstico gasométrico: la gasometría muestra acidosis respiratoria con hipoxemia que rápidamente progresa hasta acidosis mixta. Estos datos aparecen dentro de las primeras 6h posteriores al nacimiento.
- Diagnóstico radiológico: los hallazgos radiológicos típicos incluyen: volumen pulmonar reducido (< 8 espacios intercostales), broncograma aérea, aumento de la vascularidad e infiltrado reticulogranular fino, difuso, homogéneo y bilateral. La clasificación radiológica comprende cuatro grados:
 1. Infiltrado reticulogranular con presencia de broncograma aéreo confinado a los bordes de la silueta cardio tímica claramente definidos.
 2. Infiltrado reticulogranular con broncograma aéreo periférico evidente que rebasa la silueta cardiaca y aumento en densidad pulmonar.
 3. Infiltrado reticulogranular con disminución leve de la radio transparencia pulmonar y broncograma que rebasa la silueta cardiaca hasta la línea medio clavicular.
 4. Opacidad total pulmonar con imagen de “vidrio despulido” sin presencia de broncograma aéreo y con borramiento de la silueta cardiaca.⁴⁰

Para evaluar la gravedad de la dificultad respiratoria se emplea la prueba de Silverman Andersen en el que intervienen 5 signos clínicos, que se evalúan de 0 a 2 puntos cada parámetro, acorde con la presencia de ellos en el RN y se suman, mientras más alta es la puntuación mayor es la alteración del aparato respiratorio, se clasifica de 1 a 3 dificultad leve, de 4 a 6 dificultad moderada y de 7 a 10 dificultad grave.⁴¹

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

Figura 2: Prueba Silverman Andersen

TRATAMIENTO

Está encaminado fundamentalmente a conseguir una buena función pulmonar y un adecuado intercambio gaseoso, evitando complicaciones como el enfisema intersticial, el neumotórax y la EPC.⁴¹

Prevención

El manejo de parto pretérmino con terapia de corticoesteroides es una de las terapias conocidas mas importantes, que han demostrado mejorar el desenlace del neonato, reduciendo su mortalidad, y disminuyendo las tasas del síndrome del distrés respiratorio.

La betametasona o la dexametasona son dos esteroides fluorados que tienen una estructura casi idéntica. La elección entre ambos se ve afectada por varios factores, incluidos la opinión de líderes, la disponibilidad local y el costo.

- La dosis consiste en Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por dos dosis y dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.⁴²

Tratamiento específico

Surfactante

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) se produce por déficit del factor tenso activo (que se produce en las células tipo II de los alveolos pulmonares) en la fase aire líquido en el alveolo pulmonar, lo cual ocasiona un aumento en la tensión superficial que hace más propenso al alveolo al colapso durante la fase de espiración, disminuyendo la distensibilidad pulmonar y la capacidad funcional residual con alteración en el intercambio gaseoso.⁴⁰

El surfactante es una compleja estructura de agregados macromoleculares de proteínas, fosfolípidos y carbohidratos, siendo el componente principal la fosfatidilcolina, que representa el 70% de los lípidos, un 60% de ella en forma de dipalmitoilfosfatidilcolina (DPPC), principal componente del surfactante para reducir la tensión superficial de la interfase aire - líquido alveolar. Su déficit causa un cuadro de dificultad respiratoria en el RN a término.³⁹

La producción de surfactante disminuye por factores como: el frío, acidosis, hipovolemia, hipotermia, hipoglicemia, hipoxemia, diabetes mellitus, isoimmunización Rh severa, asfixia, y post reperfusión. Así también, existen factores que aceleran su producción como uso de corticoides antenatales, recién nacidos con peso bajo para su edad gestacional o hipo tróficos, hijos de madres toxémicas, y en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM).⁴³

El uso temprano de surfactante en prematuros ha demostrado disminución de mortalidad, barotrauma, displasia broncopulmonar.⁴⁰

La deficiencia de surfactante conduce a un significativo descenso de la compliancia pulmonar con el consecuente incremento de la tensión superficial de las vías aéreas

terminales, lo que interfiere con el intercambio de gases y requiere de grandes presiones de distensión para insuflar el alveolo, de acuerdo a la ley de Laplace:

$$P=2t/r$$

P= presión t= tensión superficial r= radio

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

Así mismo, se presenta una disminución de la capacidad residual funcional, producida por múltiples factores que interactúan entre sí y se potencializan, como son: el colapso alveolar, el desplazamiento del volumen del gas debido a la congestión vascular pulmonar, el edema intersticial, la ocupación de las vías aéreas por líquido proteínaceo, los esfuerzos ventilatorios espontáneos que realiza el paciente, la inestabilidad de su pared torácica y por la incapacidad de producir un quejido espiratorio efectivo ⁴⁰

La administración traqueal de surfactante exógeno es el tratamiento mejor evaluado en el cuidado neonatal. Produce una rápida mejoría de la oxigenación y de la función pulmonar, aumentando la CRF y la distensibilidad pulmonar, lo que supone una disminución de las necesidades de O₂ y del soporte ventilatorio, con menores tasas de enfisema intersticial y neumotórax.³⁹

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

El tipo de surfactante exógeno que se recomienda para el tratamiento del SDR es el de origen natural, ya que ha demostrado lograr una reducción del requerimiento de oxígeno a las 6 h y una disminución en el uso de dosis adicionales.⁴⁹ En los recién nacidos que requieran administración de surfactante exógeno, la ventilación mecánica puede evitarse con la técnica INSURE que reduce la necesidad de ventilación mecánica y el desarrollo de DBP.⁴⁰

- La técnica INSURE se definió como: estrategia utilizada para la administración de surfactante en pacientes con respiración espontánea en los que se realizó:
 1. Intubación orotraqueal con una breve ventilación manual con control de la presión inspiratoria máxima
 2. Instalación de surfactante en bolo para la cánula orotraqueal, manteniendo la cabeza en posición neutra, alineada con el cuerpo, continuando con ventilación manual hasta tener una adecuada frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno.
 3. Extubación para continuar asistencia con CPAP nasal, con una duración total del procedimiento menor a 60 minutos.⁴⁴

- Surfactante profiláctico y de rescate

El surfactante profiláctico es aquel en donde la administración de surfactante exógeno se realiza en los primeros treinta minutos de vida en recién nacidos < 30 semanas de gestación, por el contrario, el surfactante de rescate se administra después de las 2 horas de edad en recién nacidos con evidencia de SDR.⁴⁴

- Asistencia respiratoria

Presión positiva continua a la vía aérea (CPAP)

Forma de ventilación no invasiva (puntas nasales) que implica la aplicación de presión positiva a la vía aérea del neonato que respira de forma espontánea a través de todo el ciclo respiratorio.⁴⁰

La CPAP puede aplicarse precozmente para evitar el colapso pulmonar, ya que favorece la síntesis de surfactante y puede modificar el curso del SDR. También permite una extubación rápida después de la instalación traqueal de surfactante, o después de un periodo prolongado de ventilación mecánica disminuye el fracaso de la extubación. Se aplica de forma no invasiva mediante cánulas, preferentemente bina sales.⁴¹

Los efectos fisiológicos de la CPAP incluyen:

1. Mejora en la oxigenación
2. Mantenimiento de la capacidad funcional residual
3. Disminución de la resistencia de la vía aérea
4. Reducción de la apnea obstructiva
5. Conservación del surfactante
6. Regulación del patrón respiratorio de RN, entre otras.⁴⁰

Objetivo de la CPAP

- Incrementar la capacidad residual funcional y preserva volumen pulmonar.
- Reduce la resistencia de la vía aérea superior y por tanto la oclusión de esta
- Reduce los cortos circuitos de derecha a izquierda, lo que mejora la oxigenación
- Preserva surfactante pulmonar.
- Estabiliza la pared torácica
- Reduce la presencia de apneas tanto obstructivas como centrales.
- Estimula crecimiento pulmonar.⁴⁰

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL CPAP

| Ventajas | Desventajas |
|---|---|
| Aumenta la capacidad residual funcional y la PaO ₂ | Aumenta el riesgo de síndromes de fuga aérea |
| Aumenta la distensibilidad y mejora el trabajo respiratorio, reduce las apneas y la inflamación | Niveles altos producen sobre distensión pulmonar, retención de CO ₂ y aumento del trabajo respiratorio |
| Previene el colapso pulmonar y conserva el surfactante | El aumento de la presión intratorácica disminuye el retorno venoso y el gasto cardíaco |
| Disminuye el gradiente alveolo arterial de oxígeno | Distensión gástrica |
| Disminuye los cortocircuitos intrapulmonares | Lesiones nasales |
| Disminuye las apneas obstructivas y mixtas. | |

Cuadro 6: Ventajas y desventajas del CPAP Angulo Castellanos E, García Morales E. Programa de actualización continua PAC4 2016 ⁴⁰

Indicaciones

El CPAP puede ser utilizado cuando estamos ante un RN con inestabilidad torácica y dificultad respiratoria, con necesidad de soporte ventilatorio de presión positiva de inicio o post-extubación, independientemente de su edad gestacional, peso o días de vida; teniendo en cuenta evitar su uso en aquellas condiciones o patologías donde esta modalidad ventilatoria se encuentra contraindicada. ⁴⁵

Las indicaciones se dividen de acuerdo con:

- Alteraciones en la exploración física.
Incremento de trabajo respiratorio: aumento en la frecuencia respiratoria mayor de 30% del normal, retracciones supra esternal e intercostal, quejido y aleteo nasal, palidez o cianosis y agitación.

- Anormalidades gasométricas.

Imposibilidad de mantener una PaO₂ >50 torr con FiO₂ <60% PaCO₂ <50 torr y pH>7.25

- Alteraciones en la radiografía de tórax.
Campos pulmonares poco expandidos y/o con infiltrados
- Patología de base⁴⁰

Cuidados de enfermería del neonato en CPAP

El personal de enfermería ocupa un lugar primordial en el cuidado y el éxito del CPAP. Se recomienda que el RN sea observada detenidamente cada 1 – 2 horas en las primeras 24 horas del RN en CPAP y luego cada 2 – 3 horas.

1. Cuidados Generales.

Es necesario que el RN esté con monitoreo continuo de signos vitales y estado clínico:

- Imprescindible el uso de monitores que midan: FC, FR, PA, Temperatura, SatO₂.
- Evaluación Clínica del estado respiratorio (esfuerzo y patrón respiratorio, dinámica respiratoria, auscultación pulmonar, presencia de apneas), estado cardiovascular (perfusión central y periférica, PA, ritmo cardiaco), estado gastrointestinal (distensión abdominal, ruidos intestinales, asas intestinales) y neurológico (estado de conciencia, tono, flacidez, respuesta a estímulos y actividad).

2. Aseo.

La estabilidad respiratoria del prematuro depende del mantenimiento continuo de la presión que le aporta el CPAP. Este cuidado se realizará entre 2 personas: dos personas de enfermería y/o padre/ madre. Una persona será la encargada de contener y vigilar que la pieza nasal esté bien colocada, haciendo la presión adecuada y otra persona se encargará de limpiar restos visibles de suciedad, según el procedimiento habitual de aseo. Los baños de inmersión estarían contraindicados en un primer momento, posteriormente podrían hacerse, según los días de vida y EG, teniendo la

precaución de no mojar ni el gorro ni ninguna de las partes del soporte respiratorio, y siempre enfocados a cuidados dirigidos al neuro desarrollo, procurando la máxima estabilidad respiratoria y disminuyendo el estrés.

3. Cuidados de la Piel.

El momento de aseo es el indicado para retirar las cintas de sujeción de la interfase del CPAP. Revisar siempre la piel subyacente en busca de posibles lesiones, eritema o decúbitos. Se protegerán los puntos de apoyo (si la piel está marcada o enrojecida) con apósitos hidrocoloides finos. Se retirará el gorro para observar la integridad de la piel y realizar el aseo de la zona no expuesta, haciendo hincapié en las orejas. El lavado de ojos se debe realizar con suero fisiológico. Durante este proceso se evitará desconectar al RN del CPAP.

4. Posicionamiento.

El correcto posicionamiento de estos RN será en flexión y con las extremidades hacia la línea media, con la cabeza y cuerpo alineados.

- Mantener la cabeza del RN en una posición de 30°.
- Colocar al RN en posición de “olfateo”, evitar la hiperextensión del cuello.
- Colocar al neonato en posición supina al inicio de la terapia en CPAP para una mejor visualización y manipulación del RN; aunque se producen menos incidencias de apneas y de saturaciones en posición prono, sobretodo en patologías respiratorias, aunque con algunos sistemas de CPAP es un poco complicado el buen posicionamiento. Por lo que se alternará ambas posiciones según los requerimientos del neonato (aunque se manipulará al neonato lo menos posible).
- Realizar cambios de posición con movimientos lentos y delicados.
- Se valorará a cada RN individualmente, respetando en lo posible sus preferencias en cuanto a la posición

Oxigenoterapia:

Este método brinda una atmosfera enriquecida de oxígeno a un RN que respira espontáneamente y que cursa con dificultad respiratoria leve

- Casco cefálico: cubriendo toda la cabeza, necesita grandes flujos de oxígeno para lograr adecuada concentración de O₂, se necesita un flujo del gas de 2 a 3 l/kg/min para evitar recirculación del CO₂, el beneficio de este método es que no hay riesgo de obstrucción de las vías aéreas ni distensión abdominal.
- La cánula o puntas nasales de cerca de 1 cm de largo aportan O₂ suplementario a bajo flujo (< 0.5 L/min), se coloca en las fosas nasales, si se usa a > 2L/ min, puede producir PEEP lo cual puede aumentar la PaO₂. El oxígeno libre cerca de la nariz se utiliza poco, o por cortos periodos. ⁴⁵

CAPÍTULO 3

Metodología

La elección del neonato se hizo durante la práctica clínica del posgrado en enfermería del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales, el primer contacto con el neonato fue en el segundo día de vida extrauterina en la UCIN del Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria Tamaulipas.

El neonato nació en el Hospital General de Ciudad Victoria y se trasladó a la UCIN del Hospital Regional de Cd. Victoria Tamaulipas. Debido a falta de equipo biomédico para la atención del neonato con diagnóstico médico de 32.1 SDG con Síndrome de dificultad respiratoria (SDR) peso bajo para la edad gestacional

Para la elaboración del estudio de caso que se inició el día 12 de noviembre del 2019 se solicitó de manera verbal y escrita la autorización al padre del neonato para llevar a cabo la investigación. Posteriormente se recauda la información a partir de la fuente directa en este caso los padres (entrevista) y el neonato (exploración física) y de fuentes indirectas como lo son el expediente clínico.

Se aplica la cedula de valoración al neonato bajo el enfoque de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem (ANEXO), para obtener los datos objetivos y subjetivos

del neonato mediante los requisitos de autocuidado, posteriormente la valoración se complementó con la entrevista al padre del menor y a la valoración cefalocaudal.

Al obtener todos los datos necesarios, se logró identificar los requisitos universales que estaban alterados se prosigue a elaborar los diagnósticos correspondientes utilizando el formato PES (problema, etiología y sintomatología) obteniéndose 7 diagnósticos reales, 1 de riesgo y 1 de bienestar. Se fórmula un plan de cuidados con intervenciones individualizadas para mejorar el estado de salud del paciente y se evalúa la calidad de dichas intervenciones. En la segunda valoración focalizada se obtienen tres diagnósticos 2 reales y 1 de riesgo.

Para finalizar se crea un plan de alta con los cuidados posteriores al tratamiento dentro de la unidad de UCIN aunado a ello se brindó orientación a los padres sobre los cuidados en el hogar.

3.1 Cronograma De Actividades

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | FECHA | | | |
|---|----------------|----------------|------------|--------------|
| | NOVIEMBRE 2019 | DICIEMBRE 2019 | ENERO 2020 | FEBRERO 2020 |
| A. Selección del paciente. | | | | |
| B. Entrevista a padre. | | | | |
| C. Consentimiento informado entrega y firma. | | | | |
| D. Valoración generalizada. | | | | |
| E. Aplicación del instrumento de valoración. | | | | |
| F. Valoración por requisitos universales. | | | | |
| G. Búsqueda de expediente clínico en físico y electrónico. | | | | |
| H. Detección de requisitos universales alterados y elaboración de diagnósticos. | | | | |
| I. Planeación de intervenciones y justificación científica. | | | | |
| J. Ejecución de intervenciones. | | | | |
| K. Evaluación de intervenciones. | | | | |
| L. Segunda valoración focalizada. | | | | |
| M. Detección de requisitos universales alterados. | | | | |
| N. Ejecución de intervenciones | | | | |
| O. Evaluación de intervenciones | | | | |
| P. Plan de alta para la atención del neonato en el hogar. | | | | |
| Q. Fundamentación científica del estudio de caso. | | | | |
| R. Profundización de la investigación bibliográfica sobre la metodología. | | | | |
| S. Fundamentación científica sobre la patología de Síndrome de dificultad respiratoria. | | | | |
| T. Conclusiones y recomendaciones | | | | |

Elaboro: L.E. Izaguirre Camarillo Yeimi Denisse

3.2 Consideraciones Éticas

Para la elaboración del presente estudio de caso se tomaron en cuenta los siguientes lineamientos legales escritos en el reglamento de la ley general en materia de investigación para la salud:

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción de insumos para la salud

De Los Aspectos Éticos De La Investigación En Seres Humanos

Capítulo I

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberán recibir una explicación clara y completa.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse y firmarse.⁴⁶

De La Investigación En Menores De Edad o Incapaces

Capitulo III

Artículo 36.- Para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate.⁴⁶

De igual forma, del decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México donde se plantea:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites de este, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.⁴⁷

Declaración De Los Derechos Del Recién Nacido

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

- 1) La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
- 2) Todo recién nacido tiene derecho a la vida.
- 3) Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas.
- 4) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad.
- 5) Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida.
- 6) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada.

- 7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica.
- 8) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país.
- 9) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad.
- 10) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país.
- 11) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección.
- 12) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles.
- 13) Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos.
- 14) El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.⁴⁸

Normas Oficiales Mexicanas

También se tomaron en cuenta las normas oficiales Mexicanas NOM-004 y NOM-007

NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico

Esta norma tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos y administrativos obligatorios en la elaboración, uso, manejo, y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal de salud, de los sectores público, social y privado que integran el sistema

nacional de salud. Este instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata de un conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos etc. Mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.⁴⁹

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

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido sano.⁵⁰

CAPITULO 4

Aplicación Del Proceso

De Atención De Enfermería

4.1-Factores básicos condicionantes.

1.1 Ficha de identificación

Recién nacido Pretérmino C.A.G el cual nació el 10 de noviembre del 2019 a las 18:27 horas en el Hospital General de Cd. Victoria, actualmente con 2 días de vida extrauterina y de estancia hospitalaria en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria. Tamps con 32.1 SDG. Obtenido por cesárea, se le realizaron maniobras de reanimación inicial, con un peso de 1440 kg, grupo y Rh o+.

1.2 Estado de Salud

Recién nacido Pretérmino de 32.1 SDG, peso bajo para edad gestacional, Síndrome de Dificultad Respiratoria.

1.3 Factores del sistema familiar.

Familia nuclear integrada, su núcleo familiar está compuesto por 2 integrantes, el padre Jorge H. G. de 29 años con secundaria concluida, actualmente se dedica a la albañilería, estado civil en unión libre, profesando la religión católica. La madre Marcia Coronado Aguirre de 24 años con Educación Media superior concluida, actualmente se dedica al hogar, estado civil en unión libre profesando la misma religión católica.

1.4 Factores ambientales.

Residen en vivienda prestada, casa de concreto, paredes de tabique, cuentan con piso de cemento, ventilación e iluminación adecuada según refieren. Cuentan con los siguientes servicios públicos, agua, luz, drenaje, alumbrado público, y calles pavimentadas. Tienen solamente un perro y está vacunado.

2.3 Factor de Riesgo

1. Factor materno: Riesgo Alto
2. Factor Neonatal: Riesgo Alto

2.4 Cuidados Inmediatos y Mediatos.

Se recibe recién nacido masculino en campos estériles previamente calentado se traslada a cuna de calor radiante, se seca y estimula cefalocaudalmente llanto espontáneo regular se brindó apoyo con oxígeno indirecto, ligadura de cordón umbilical a 2 cm de su base localizando las dos arterias y una vena, se obtuvo Apgar 8 pts. y a los 5 min 9 pts. Se revisa permeabilidad de coanas y ano con sonda 5 fr, se administra cloranfenicol oftálmico 2 gts en cada ojo vitamina A V.O. D.U. Vitamina K 1 gr I.M. en zona del vasto externo D.U., se realiza exploración física y somatometría obteniéndose los siguientes resultados peso 1440 kg, talla 44 cm, P.C. 29.5 cm, pt 24 cm, p.a. 23 .5 cm, S.S. 22 cm, pie 6.5 cm.

4.3.- Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.

A la exploración física se encontraron signos vitales de F.C. 153 x' FR 76 x' TA 56/74 Temp 36.7°C.

Valoración Cefalocaudal

Habitus Exterior. -

Neonato masculino en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en cuna de calor radiante en modo servo control configurado a 37°C , en fase II de ventilación con CPAP nasal, en nido de contención en posición prona y sin arropar, Irritable, respondiendo a estímulos táctiles, auditivos y visuales, corporalmente integro buena coloración en piel, no se observan movimientos anormales segmentos corporales con buena distribución, conformación simétrica, actitud pasiva- libremente escogida, facies de llanto, mucosas orales hidratadas.

Piel. Ligera Palidez de Tegumentos, adecuada hidratación de piel y mucosas a la palpación se verifica turgencia, llenado capilar de 1 a 2 segundos.

| |
|---|
| <p>Cabeza Y Cara: normocéfala, fontanela bregmática y lambda blandas, normotensas, suturas bien afrontadas, escaso cabello, cara simétrica sin presencia de lesiones, lanugo presente.</p> |
| <p>Ojos: con abertura palpebral, esclerótica blanca, simétricos sin alteraciones, cornea sin opacidades, con respuesta a estímulos.</p> |
| <p>Oídos: pabellón auricular con buena implantación bien formada y alineada con relación a línea recta a ojos, reflejo cocleo palpebral, pabellón auditivo permeable.</p> |
| <p>Nariz: Fosas nasales integras, alineadas, coanas permeables mucosa hidratada.</p> |
| <p>Boca: simétrica úvula en línea media, reflejos de búsqueda y succión débiles, labios y paladar íntegros.</p> |
| <p>Cuello Y Hombros: cuello cilíndrico sin adenomegalias, corto, con hipotonía al movimiento de flexión y extensión, hombros simétricos, clavículas integras y alineadas. La tráquea a la palpación ubicada en línea media sin alteraciones.</p> |
| <p>Tórax: con movimientos de ampliación y amplexación presentes, glándulas mamarias simétricas, respiración toracoabdominal, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, se encuentra en fase II de ventilación con CPAP nasal, presentando un Silverman de 2 pts.</p> |
| <p>Cardiovascular: se auscultan focos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, llenado capilar 2-3 segundos, sin datos de soplos o ruidos cardiacos.</p> |
| <p>Abdomen: blando sin visceromegalias palpables, cordón umbilical en proceso de momificación sin datos de infección. Peristaltismo presente, perímetro abdominal de 24 cm.</p> |
| <p>Genitales: fenotípicamente masculinos sin alteraciones, micciones espontaneas, ano permeable sin fistulas visibles.</p> |

Dorso Y Columna Vertebral: integra no malformaciones aparentes, simétrica con continuidad, Valoración de galant positivo

Extremidades: integras con buen reflejo de abducción y flexión. Longitud de acuerdo a talla, adecuado tono muscular, pulsos radiales y femorales palpables, intensidad y frecuencia adecuados.

Cadera: simétrica alineada, sin signo de Barlow Ortolani

Estado Neurológico: Activo, llanto vigoroso, se consuela a los pocos minutos.

4.4 Valoración Por Requisitos De Autocuidado

1- Mantenimiento De Un Aporte Suficiente De Aire:

A la valoración del requisito se observa un patrón respiratorio irregular con tiraje intercostal discreto y aleteo nasal discreto con taquipnea de 78 respiraciones por minuto, al valorarse Silverman Anderson obtenemos un puntaje de 2 puntos, con variabilidad en la saturación de entre 89%-94% y pausas respiratorias de 15 segundos. Se auscultan campos pulmonares con murmullo vesicular presente.

Fase de ventilación: al ingreso a la UCIN el neonato estaba en Fase II con CPAP de burbuja, pero por orden medica se cambia a Fase I con casco cefálico al 28% con adecuada tolerancia.

Gasometría venosa tomada el 11/11/2019

| | |
|--------------|------|
| Ph | 7.31 |
| PCo2 | 28.5 |
| PO2 | 40.8 |
| HCO3 | 14.6 |
| % Saturación | 89% |

Valoración Cardiovascular: Los signos vitales se muestran variables con frecuencias respiratorias de hasta 78 respiraciones por minuto, saturaciones de oxígeno entre 89 y 94%, focos cardiacos sin alteraciones, pulsos periféricos homocrotos, sincrónicos con adecuada intensidad y ritmo, con variabilidad en la temperatura entre 36.5 y 36.7, llenado capilar 2”.

2 y 3.-Mantenimiento De Un Aporte Suficiente De Líquidos Y Alimentos.

Presentando un peso de 1380 kg, talla de 44 cm, boca simétrica, mucosas hidratadas, lengua rosada e integra, paladar integro sin presencia de dientes y perlas de Epstein, abdomen blando con peristalsis audible, cordón umbilical en proceso de momificación, piel hidratada, fontanelas normo tensas.

Reflejo de succión y deglución presentes débiles e incoordinados. Se opta por uso de SOG.

Alimentado por sonda orogástrica con 4 ml cada 3 horas de fórmula para prematuro y leche materna, NPT 5.7 ml por hora, con un perímetro abdominal pre y postprandial de 26.5 cm.

4.-Procesos De Eliminación Y Excretas

Genitales fenotípicamente masculinos, ano permeable, micción espontanea con orina de color amarilla clara 2.1 ml/kg/hr, sin evacuaciones presentes durante el turno matutino manifestando distención abdominal con aumento de 3 cm (26.5 cm) y disminución de la peristalsis.

5.-Mantenimiento Del Equilibrio Entre La Actividad Y El Reposo

Con reflejos primarios presentes, succión y deglución débiles, con un estadio II en la escala de Brazelton presentando sueño ligero y respiraciones irregulares, debido a la inmadurez que presenta al ser un neonato pretérmino es incapaz de mantener un control sobre los estímulos a los que está expuesto iluminación, ruido y manipulación constante por parte de enfermería en la UCIN, Valorando la teoría Sinactiva se encuentra con signo de estrés en el sistema Autonómico y motor con pausas

respiratorias, taquipnea, cambios bruscos de dormido a despierto, irritable y difícil consuelo.

6.-Mantenimiento Del Equilibrio Entre Soledad E Interacción Social.

C.A.G es un neonato planeado deseado, actualmente recibe visita familiar de padre y madre de una hora una vez al día, teniendo un buen apego materno, la madre acepta realizar mama canguro con un contacto piel con piel de 1 hora, el padre participa hablando con el neonato, pero se niega a cargarlo por temor, se proporciona a la familia orientación acerca del servicio.

7.-Prevencion De Los peligros Para La Vida Y El Bienestar Humano

C.A.G presenta identificación en la cuna de calor radiante en la que actualmente se encuentra de acuerdo con la escala de evaluación de riesgo de la piel neonatal eNSRAS, se obtuvo un puntaje de 20 indicando un riesgo bajo de úlceras por presión. Presencia de catéter Percutáneo desde el 13 de noviembre (1 día) en miembro torácico izquierdo, se realiza aseo de cavidades por el turno de la mañana, de acuerdo a la escala de Susan Givens se obtiene un puntaje de 1 pts. Debido a la alteración en la frecuencia respiratoria presentando pausas respiratorias.

Medicamentos

Vitamina k (0.5 mg/kg.do).....1.2 mg iv cada 8 hrs
 Aminofilina (1mg/kgdo).....1.3 mg iv cada 8 horas
 NPT 90/9/3.5/3/3.2 (1.1) 50/25/1.3/0.3 para pasar a 5.1 ml/hr

| BIOMETRIA HEMATICA 14/11 | |
|--------------------------|------------|
| Eritrocitos | 4.18 |
| Hemoglobina | 13.8 g/dL |
| Hematocrito | 41.8 % |
| Volumen Globular Medio | 100.0 fL |
| Plaquetas | 318.0 k/uL |
| FORMULA BLANCA | |
| Leucocitos totales | 13.10 |
| Neutrófilos segmentados | 57.0% |

8.- Promotor A La Normalidad

Se valora motor grueso mostrando hipotonía flexora en el cuello, con movilidad en todas las extremidades, reflejo de succión y deglución débil, reflejo palmar débil, reflejo tónico del cuello hipotónico, reflejo de moro presente, reflejo de marcha no valorable, reflejo de galant presente, reflejo de Babinski débil, reflejo de presión plantar disminuido. No fija mirada, en su socialización el neonato disminuye sus signos de estrés con caricias, pero aumentan ante la manipulación constante para realizar intervenciones de enfermería manifestando llanto, variaciones en la frecuencia cardiaca, ceño fruncido y bajas saturaciones, su madre y padre le hablan constantemente observándose reacción favorable.

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| Etapa de desarrollo | Jerarquización de Autocuidado Universales Jerarquización | | | | Agencia de cuidado dependiente |
| Neonatal | <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. • Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo • Procesos de eliminación y excretas. • Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano. • Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social. | | | | En vías de desarrollo. |
| Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud | Unidad de Observación | | | | Sistema de Enfermería |
| <ul style="list-style-type: none"> • Busca y asegura la ayuda médica. • Es consciente y presta atención a los efectos y consecuencias de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo. • Realiza efectivamente las medias terapéuticas prescritas. • Tiene conciencia de los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico y enfermera neonatal. • Modifica el auto concepto y la autoimagen aceptándose como ser humano con un estado particular de salud. • Aprende a vivir con los efectos de las condiciones y estados fisiológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico. | RNT 32.1 SDG + Síndrome De Dificultad Respiratoria | | | | Totalmente compensatorio y de apoyo/educación |
| Factores Básicos Condicionantes | | | | | |
| Descriptivos de la persona | Patrón de vida | Estado y sistema de salud | | Capacidad de autogobierno | <ul style="list-style-type: none"> • Menor crecimiento posnatal • Bajo peso • Termorregulación ineficaz • Infección • Eliminación intestinal ineficaz • Dificultad respiratoria • patrón de alimentación ineficaz |
| Edad: Segundo día de vida extrauterina (32.2 SDG) ACD 24 años. Residencia Güémez Tamaulipas, casa propia con servicios básicos de urbanización Sistema familiar Nuclear 2, RN primer hijo vivo. Sociocultural Padres católicos Socioeconómico Nivel socioeconómico bajo | Peso al nacimiento: 1440gr Talla: 44 cm Vía de nacimiento: Cesárea ACD Peso de 86 kg, Talla: 1.62 cm | Estado de salud Delicado reservado a evolución. Características del sistema de salud Subrogado del HGNTZ, seguro popular. | | Potencial de desarrollo Falta de conocimiento y control emocional Disposición para mejorar el conocimiento | |

| JERARQUIZACIÓN: REQUISITOS ALTERADO | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA | FECHA DE IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. | <p>Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire r/c inmadurez del sistema respiratorio m/p variabilidad de la SaO2 89%-94% / Silverman 2 pts., cianosis, respiraciones periódicas.</p> <p>Riesgo de Inestabilidad térmica R/C inmadurez del sistema de regulación de temperatura del neonato y bajo peso</p> | <p>12-noviembre-2019</p> <p>12-noviembre-2019</p> |
| 2 y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos. | Riesgo de retraso en el inicio de la mecánica de succión R/C Falta de estimulación oral | 13-noviembre-2019 |
| 5.- Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo. | Alteración del ciclo de sueño- vigilia R/C estimulación ambiental continua m/p estadio II en la escala de Brazelton, sueño ligero y respiraciones irregulares, teoría sinactiva sistema autonómico y motor desorganizado. | 14-noviembre-2019 |
| 4.- Procesos de eliminación y excretas | <p>Déficit en el proceso de eliminación intestinal</p> <p>R/C Tránsito intestinal disminuido M/P</p> <p>Distensión abdominal, Disminución de la peristalsis, ausencia de evacuaciones durante el turno.</p> | 14-noviembre-2019 |

| | | |
|--|---|-------------------|
| 7.- Prevención de los peligros para la vida el bienestar humano | Riesgo de adquirir infección asociada a la atención medica R/C Mecanismos reguladores inmaduros y factores externos | 14-noviembre-2019 |
| 6.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social. | Disposición para mejorar el rol parenteral M/P interés hacia el cuidado de su hijo, muestras evidencias de apego mostrando actitudes de afecto. | 14-noviembre-2019 |

| | |
|---|---|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 12-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | |
| Dx Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire R/C Inmadurez del sistema respiratorio M/P SA 2 pts., variabilidad de la SaO ₂ , Cianosis, respiraciones periódicas. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Mantener un patrón respiratorio estable sin evidencia de respiraciones periódicas durante el turno y los días de atención en la terapia intermedia. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulator |
| Favorecer la respiración espontánea monitorizando continuamente los signos vitales. | Monitorizar continuamente los signos vitales enfatizando en la frecuencia cardíaca, respiratoria y las saturaciones de oxígeno. Vigilar coloración del neonato Auscultar campos pulmonares ⁵¹ |
| Administración de medicamentos (Aminofilina) | Realizar monitorización continua de la FC si es >180 latidos por minuto se debe suspender el tratamiento farmacológico. Controlar la glucemia por lo menos dos veces al día Vigilar el peso y la curva de crecimiento Posición antirreflujo ⁵² Observar posibles alergias, contraindicaciones y efectos secundarios del medicamento a nivel cardiovascular como taquicardias, manifestaciones renales como el incremento de la uresis horaria (>4ml/kg/h). ⁵³ |

| | |
|--|--|
| Oxigenoterapia en fase I de ventilación | Administrar oxígeno y vigilar la efectividad de este. ²⁵ Vigilar el flujo de oxígeno Proporcionado ²⁸ Administrar el O2 húmedo y tibio ²⁶ |
| Posicionamiento | Posición de olfateo ⁵⁴ Decúbito prono ⁵⁵ |
| <p>Evaluación (control del caso): El primer día de ingreso a la ucín se observó a través de la valoración clínica que el neonato presentaba pausas respiratorias periódicas con saturaciones de 89% las cuales ponían en riesgo su estado respiratorio y neurológico, al aplicar los cuidados de enfermería necesarios se obtuvo una mejoría paulatina disminuyendo los lapsos de pausas respiratorias y bajas saturaciones</p> | |

| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 12-11-2019 |
|---|---|
| Requisito de autocuidado: 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | |
| Dx: Riesgo de Inestabilidad térmica R/C inmadurez del sistema de regulación de temperatura del neonato y bajo peso | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales 36.5 a 37.5 | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Regulación de la temperatura: normalizar o mantener la temperatura corporal en los valores normales | Monitorización de los signos vitales: recolección y análisis de los datos cardiovasculares, respiratorios y la temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones. ⁵¹ |
| Evitar pérdida de calor mediante la: -evaporación -conducción -radiación -convección | Evitar la humedad en la piel de los RN, pues aumentan las pérdidas de calor por evaporización. Colocar al RN en una incubadora con humedad relativa preferiblemente con doble pared, o bajo cuna de calor radiante ⁵⁶ Evitar que la cuna o incubadora este cerca de puertas ventanas y aire acondicionado que enfrié a la incubadora o en su defecto directamente al neonato, para evitar corrientes de aire. Incrementar 1°C cada hora hasta alcanzar la temperatura adecuada. Precalentar utensilios que estén en contacto con la piel del neonato (estetoscopios, sabanas, guantes, soluciones tibias para asepsia etc.) Usar el servo control, para vigilar constantemente la temperatura del RN Evitar tiempos prolongados de procedimientos. ⁵⁷ |
| | Arropamiento: uso de gorro y calcetas para evitar las pérdidas de calor ⁵⁸ |
| Posición del recién nacido | Colocar al RN en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y las pérdidas de calor. |

| | |
|--|--|
| | Uso de nido de contención ⁵⁹ |
| Prevenir la hipotermia y el estrés por frío. | Vigilar la temperatura corporal constantemente ⁶⁰ |
| Evaluación (control del caso): Se logra una adecuada termorregulación manteniendo temperaturas dentro de parámetros normales. | |

| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 13-11-2019 |
|---|--|
| Requisito de autocuidado: 2 y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos. | |
| Dx: Riesgo de retraso en el inicio de la mecánica de succión R/C Falta de estimulación oral. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: El neonato tendrá la capacidad de iniciar la vía oral al favorecer el reflejo de succión deglución, y así ofrecer una alimentación apropiada, conforme el peso y su estado clínico, considerando las características digestivas y metabólicas del neonato. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulator |
| Alimentación por sonda oro gástrica. | Vigilar la correcta colocación de la SOG. Verificar en las indicaciones el tipo de leche y la cantidad. Evitar producir el reflejo nauseoso durante la colocación. ^{61, 60} El paso de la leche a gravedad durante 20 a 30 minutos ⁶² |
| Monitorización de signos vitales | Vigilar saturación, frecuencia respiratoria, cardiaca, temperatura y coloración del neonato durante la toma ⁶³ |
| Vigilar tolerancia a la alimentación. | Al inicio de la infusión aspirar para comprobar residuos gástricos ⁶⁴ Enjuagar la sonda oro gástrica con agua estéril 0.5 a 1 ml al término. ⁶⁵ Colocar al neonato en la posición prona o en decúbito lateral derecho. ⁶⁰ |

| | |
|---|---|
| <p>Ejercicios de estimulación para fortalecer la succión</p> | <p>Succión no nutritiva⁶⁷</p> <p>Ejercicios oro faciales para fortalecer la succión mediante, golpeteo firme y continuo alrededor de los labios y continuarse hasta las mejillas, masaje deslizando los dedos índice y pulgar desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura labial, ejerciendo cierta presión. Asimismo, al momento de ofrecer el biberón, ejercer presión contra el paladar con la tetina del biberón para que se favorezca el bajar la lengua y se coloque en la posición adecuada para la succión.⁶⁸</p> |
| <p>Vigilar tendencias de pérdida y ganancia de peso.</p> | <p>Pesar diariamente al neonato para llevar control de perdida y ganancia de peso</p> <p>Medir el P.A. preprandial y postprandial⁶⁶</p> |
| <p>Evaluación (control del caso): El neonato recibe leche materna que se indicó sin complicaciones, se observa una buena tolerancia, valorando los signos vitales mientras se brinda la alimentación por SOG se observa FC 145x' FR 58 x' SatO2 90% sin signos de alarma, se continua con ejercicios para fortalecer la succión.</p> | |

| | |
|--|---|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 14-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 5.-Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo | |
| Dx: Alteración del ciclo de sueño- vigilia R/C Estimulación ambiental continua M/P estadio II en la escala de Brazelton, sueño ligero y respiraciones irregulares, teoría sinactiva sistema autonómico y motor desorganizado. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Disminuir el número de estímulos agrupando las intervenciones de enfermería para mantener el ciclo vigilia- sueño y favorecer el reposo. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Favorecer el sueño profundo. | <p>Cuidado del ambiente de la UCIN, sobre todo evitar ambientes excesivamente luminosos, procurar utilizar una luz natural gradual.</p> <p>El uso de cobertores individuales es una alternativa para mayor duración media de los periodos de sueño REM.</p> <p>Implementar un esquema de iluminación cíclica. Durante el día, entre 100 y 200 lux, con aportes de luz natural.</p> <p>Por la noche luz artificial menor de 50 lux, con una distribución espectral semejante a la LN ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> <p>Disminuir el volumen del ruido para favorecer la tranquilidad del neonato estableciendo medidas de protección que permitan disminuirlos o eliminarlos si fuera posible en un nivel máximo de ruido seguro de 45 dB de día y 35 dB de noche. ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> <p>Cuidado postural: contención y anidamiento, ofreciendo contención cefálica, podálica y lateral permitiendo que el RN encuentre límites en el nido, pero al mismo tiempo se mantenga en flexión con posibilidad de movilizarse ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Minimizar la constante manipulación agrupando las intervenciones de enfermería en horarios específicos, evitando que su sueño se vea continuamente interrumpido.</p> <p>No despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual del sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención.</p> <p>Prevenir el estrés y el dolor, realizando tratamiento no farmacológico y farmacológico del mismo.</p> <p>Proveer una aproximación suave, estimulación visual y olfatoria adecuada minimizando los olores fuertes y no familiares para el neonato. ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> |
| Participación de los padres | <p>Contacto piel a piel contribuyendo a incrementar el sueño profundo, disminuyendo la actividad motora y muscular, reduciendo el llanto y el estrés del bebe además de la angustia de la madre.</p> <p>Lactancia, succión no nutritiva. ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> |
| | <p>Proporcionar cuidados individualizados de acuerdo con sus necesidades y no de forma rutinaria. ⁶⁹⁻⁷⁰⁻⁷¹</p> |
| <p>Evaluación (control del caso): Durante el turno, muestra signos de estabilidad evaluando las conductas del neonato se modifica el ambiente favoreciendo el estado del sueño del neonato según la escala de Brazelton manteniendo un estado de consciencia 1, se mantiene con monitorización continua no invasiva de las constantes vitales manteniéndolos en parámetros normales.</p> | |

| | |
|--|--|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 14-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 4.- Proceso de eliminación y excretas. | |
| Dx: Déficit en el proceso de eliminación intestinal R/C Tránsito Intestinal disminuido/ inmadurez M/P Distensión abdominal/ Disminución de la peristalsis, ausencia de evacuaciones durante el turno. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Mejorar el proceso de la eliminación para disminuir la distensión abdominal. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Identificar y evaluar los factores de riesgo. | Comprobar los movimientos intestinales, así como vigilar la existencia de peristaltismo. ⁷² |
| Manejo Intestinal | Medir el perímetro abdominal antes de cada toma Realizar estimulación rectal para favorecer la evacuación si es necesario. Realizar ejercicios con masaje abdominal suave para favorecer la eliminación fecal. ⁷³ |
| Vigilancia del patrón de eliminación | Observar y percutir para detectar distensión abdominal (caracterizada por un aumento en el PA mayor a 2 cm); medir la circunferencia abdominal diariamente ⁷⁴ Evaluar la presencia de dolor a la palpación abdominal Vigilar la ingesta y gasto de líquidos ⁷² |
| Evaluación (control del caso): La eliminación intestinal evoluciono favorablemente | |

| | |
|---|--|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 14-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 7.- Prevención de los peligros para la vida el bienestar humano. | |
| Dx: Riesgo de adquirir infección asociada a la atención medica R/C mecanismos reguladores inmaduros y factores externos. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Disminuir el riesgo de adquirir infecciones mediante medidas preventivas durante la estancia del neonato en la UCIN. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Control del riesgo | Lavado constante de manos ⁷³ |
| Identificar los datos de respuesta inflamatoria sistémica | Vigilar que las constantes vitales no estén en parámetros anormales: temperatura >37,5 o < 36 en al menos 2 tomas consecutivas, FR>60 o <30 FC >160 lpm o <100 lpm, leucocitos aumentados o disminuidos. ⁷⁴ |
| Cuidados del catéter percutáneo | Evitar el retroceso de sangre por el catéter para evitar su obstrucción. Lavar el catéter antes y después de la administración de fármacos. Realizar la administración de los medicamentos de forma lenta para evitar los bolos de infusión. ⁷⁵ |
| Curación de catéter cada 7 días o PRN. | Examinar diariamente el sitio de inserción en busca de signos: de infección, desplazamiento, filtración. Manejo del catéter con técnica estéril. ⁷⁵ |
| Evaluación (control del caso): se logra mantener al neonato libre de infecciones. | |

| | |
|--|---|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 14-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 6.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social. | |
| Dx: Disposición para mejorar el rol parental M/P interés hacia el cuidado de su hijo, muestras evidencias de apego mostrando actitudes de afecto. | |
| Sistema de Enfermería: De educación | Método de ayuda: Apoyo/ educación. |
| Objetivo: Fortalecer el vínculo afectivo entre padres- hijo involucrándolos en los cuidados básicos del neonato. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Educación acerca de la enfermedad de su hijo y como se conlleva su tratamiento. | <p>Evaluar los conocimientos de los padres acerca de las necesidades de los cuidados básicos del bebe o del niño.</p> <p>Proporcionar información sobre los cuidados básicos del bebe o del niño.</p> <p>Proporcionar información sobre los cuidados infantiles, según se requiera.</p> <p>En el caso de neonatos en incubadoras, indicar formas de tocarlos.⁶⁹</p> |
| Crear un ambiente de confianza entre el personal de salud y los padres. | <p>Presentarse ante los padres.</p> <p>Resolver todas las dudas que tengan acerca de su hijo usando un vocabulario fácil de entender.</p> <p>Mantenerlos informados constantemente sobre la evolución de su hijo.</p> <p>Impulsar a los padres en la participación del cuidado del neonato.</p> <p>Evitar la crítica a la hora de participación de los padres.⁶⁹</p> |
| Favorecer el contacto piel a piel. | <p>Tener un sillón a lado de la cuna para que la madre pueda realizar contacto piel a piel.</p> <p>Explicar a las madres el beneficio del contacto piel a piel.</p> <p>Explicar a la madre el beneficio del contacto piel a piel y el</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>cómo lograrlo.</p> <p>Vigilar constantemente los signos vitales.</p> <p>Vigilar estrechamente la temperatura del neonato para evitar pérdida de calor.</p> <p>Técnica mama canguro: explicar a la madre la posición correcta de esta técnica y sus beneficios.³⁶</p> |
| Permitir la interacción de los padres con el neonato | En la hora de visita permitir la privacidad de la familia para esta con su hijo, hablar con él y cargarlo de ser posible. ⁶⁹ |
| Estimulación multisensorial, auditiva, táctil, visual y vestibular (ATVV) | Enseñar a los padres formas adecuadas de estimular a los bebes, especialmente a los prematuros, mediante estimulación auditiva de la voz femenina suave a través de canciones tarareadas sin palabras, siguiendo con una estimulación táctil mediante un masaje en orden cefalocaudal durante 10 minutos, en forma continua y suave, sin usar aceites. A continuación, la estimulación vestibular a través de movimientos en dirección horizontal, procurando un ritmo para que cada movimiento de lado a lado durara por lo menos dos segundos. Durante los 15 minutos de cada estimulación permanecer buscando el contacto visual con el prematuro para el desarrollo de la estimulación visual. ⁶⁹ |
| Evaluación (control del caso): la familia se encuentra participativa a la hora de visita con su hijo mostrando interés por su cuidado. | |

VALORACION FOCALIZADA Y PRESCRIPCION DEL CUIDADO

Se realiza una valoración focalizada durante la estancia en el servicio de UCIN del HRAEV, en el horario matutino en prácticas.

Valoración Focalizada 21 De noviembre 2019

21 de noviembre del 2019 con 11 Días de vida extrauterina con 34.3 semanas de gestación corregida y 9 días estancia intrahospitalaria, con casco cefálico al 28% con leve tiraje intercostal, alimentado por SOG con formula y leche materna debido a la falta de producción de esta.

Signos vitales y somatometría al momento de la valoración:

Peso: 1500 kg Talla: 44 cm

Frecuencia cardiaca: 155 latidos por minutos

Frecuencia respiratoria: 55 respiraciones por minuto.

Saturación: 95% Temperatura:

36.5°C

DEFICIT DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE:

A la valoración se encuentra a neonato con casco cefálico en 28% de oxígeno, frecuencia respiratoria de 55 respiraciones por minuto, Silverman Anderson de 1 puntos, con variabilidad en la saturación 90%-94%. Se auscultan campos pulmonares con murmullo vesicular presente.

Valoración Cardiovascular. Los signos vitales se muestran variables con frecuencias cardiacas entre 140-155 latidos por minuto, focos cardiacos sin alteraciones, pulsos periféricos homocrotos, sincrónicos con adecuada intensidad y ritmo, con variabilidad en la temperatura entre 36.5 y 36.7, llenado capilar 2".

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS

Presentando un peso de 1500 kg, talla de 44 cm, boca simétrica, mucosas hidratadas, lengua rosada e integra, paladar integro, abdomen blando con peristalsis audible, el Cordón umbilical momificado, piel hidratada, fontanelas normotensas.

Reflejo de succión y deglución presentes pero débiles se continua con uso de sonda orogástrica, alimentándose con fórmula para prematuro 30 ml cada 3 horas y seno materno valorado el apego con puntaje de 7 en la escala de LATCH (Coger-1, Tipo de pezón- 2, Comodidad- 2, Mantener colocado al pecho-2) Con un perímetro abdominal pre y postprandial de 27 cm.

PREVENCION DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO

C.A.G. tranquilo en cuna de calor radiante, a la valoración de e-NARS, se obtuvo un puntaje de 20 indicando un bajo riesgo de úlceras por presión, catéter percutáneo sellado, por donde se continúan infundiendo medicamentos en su octavo día, al momento de la valoración sin datos de infección, el sitio de inserción se observa limpio y fijado correctamente.

TRATAMIENTO E INDICACIONES MEDICAS: vitaminas ACD 400 u VO cada 24 horas, aminofilina (1mg/kgdo) 1.3 mg iv c/8 hrs.

| | |
|--|--|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 21-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | |
| Dx Inmadurez del centro de control de la respiración R/C Incapacidad de mantener niveles de oxigenación M/P variaciones en la saturación, Aleteo nasal leve (SA=1pt), casco cefálico 28% O2 | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Lograr que el neonato tenga una adaptación adecuada a la vida extrauterina para el retiro del oxígeno. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Oxigenoterapia en fase I de ventilación | Administrar suplemento de oxígeno según lo indicado. Vigilar que el casco cefálico este colocado correctamente Vigilar que el oxígeno este en buena temperatura Verificar la eficacia de la oxigenoterapia mediante la oximetría de pulso continua. ⁴¹ |
| Monitorización respiratoria | Verificar que el pulsioxímetro este colocado correctamente manteniendo saturaciones en 88%-94%. ⁶¹ Vigilar el patrón respiratorio del neonato valorando con la escala Silverman Anderson. Mantener la vía aérea permeable. Auscultar sonidos respiratorios, identificando presencia de sonidos adventicios. ⁷⁷ |
| Evaluación (control del caso): El neonato mantuvo saturaciones dentro de los parámetros establecidos 88-94% corrigiéndose satisfactoriamente el aleteo nasal que presentaba. | |

| | |
|--|--|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 21-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos | |
| Dx Patrón de alimentación en transición R/C Inmadurez de la mecánica de succión y deglución M/P Reflejo de succión y deglución presentes débiles e incoordinados, técnica mixta, fatiga a la alimentación. LATCH de 7 pts | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Fortalecer la alimentación vía oral mediante intervenciones especializadas y así restablecer por completo la alimentación enteral. | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Succión no nutritiva | Estimular el reflejo de búsqueda antes de cada toma Al brindar la alimentación por SOG estimular el reflejo de succión y deglución mediante un dedo enguantado. ⁵⁹ |
| Vigilancia signos vitales durante la alimentación. | Vigilar durante la toma cambios en la coloración del neonato Vigilar saturaciones y frecuencia respiratoria. Vigilar frecuencia cardiaca y Vigilar la temperatura del neonato. ⁷⁸ |
| Alimentación por sonda oro gástrica con leche materna y/o formula | Vigilar antes de cada toma que la sonda oro gástrica este colocada correctamente. Vigilar que la cantidad que se ofrece sea la correcta. Medir el perímetro abdominal pre y pos pandrial. ⁷⁸ |
| Apoyo en lactancia materna | Orientar de forma precisa con fotos, gráficos, y recomendaciones sobre cómo llevar a cabo la práctica de lactancia materna con éxito. Explicar las ventajas de la lactancia materna. Observar el acto de amamantar para resultados |

| | |
|--|--|
| | <p>imprescindibles.</p> <p>Explicar la forma de agarre y las posiciones para amamantar</p> |
| Estimulación oromotora | <p>Ejercicios oro faciales para fortalecer la succión mediante, golpeteo firme y continuo alrededor de los labios y continuarse hasta las mejillas, masaje deslizando los dedos índice y pulgar desde el lóbulo de la oreja hasta la comisura labial, ejerciendo cierta presión. Asimismo, al momento de ofrecer el biberón, ejercer presión contra el paladar con la tetina del biberón para que se favorezca el bajar la lengua y se coloque en la posición adecuada para la succión.⁶⁸</p> |
| <p>Evaluación (control del caso): Se continúa con la succión no nutritiva observando que el neonato responde ante los ejercicios de estimulación.</p> | |

| | |
|---|--|
| Nombre del paciente: C.G. A | Fecha: 21-11-2019 |
| Requisito de autocuidado: 8.- Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano. | |
| Dx Riesgo de susceptibilidad a infecciones R/C Mecanismos reguladores inmaduros y factores externos. | |
| Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio | Método de ayuda: actuar en lugar de la persona |
| Objetivo: Prevenir los factores que impliquen el riesgo de infección por la manipulación continua del catéter percutáneo | |
| Prescripción del cuidado | Tratamiento Regulador |
| Prevención de Infecciones | Lavado de manos constantes con técnica adecuada. Manipulación de catéter percutáneo y sitios de conexión con técnica estéril. Uso de guantes estériles, gorro, cubre bocas y bata estéril para el manejo vascular. ⁷⁶ |
| Cuidados del catéter percutáneo Vigilar la presencia de respuesta inflamatoria sistémica. | Controlar los días de instalación realizando curación del catéter cada 7 días. Limpieza del acceso a los puertos del sistema de infusión vigilando constantemente los datos clínicos que indican infección como: dolor local, eritema o cuerda venosa palpable, edematización, rubor en la punta de entrada, supuración, hipertermia, taquicardia. ⁷⁶ Evitar el retroceso de sangre por el catéter, para evitar su obstrucción. Lavar el catéter antes y después de la administración de fármacos. Realizar la administración de los medicamentos de forma lenta para evitar los bolos de infusión. ⁷⁶ |
| Evaluación (control del caso): Sin signos de infección en el catéter percutáneo. Se controla el riesgo y se continúa con las medidas asépticas y antisépticas. | |

Plan De Alta

C.A.G egresa el día 29/11/19 después de 18 días de estancia hospitalaria con 35.3 semanas de gestación corregidas. Se educa e informa a la madre sobre los cuidados que debe tener con su bebé.

| RECOMENDACIONES PARA VIGILANCIA AMBULATORIA | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| Cita a consulta de neonatología dentro de 7 días para seguimiento. | |
| Cita a rehabilitación (Estimulación temprana) | La estimulación temprana tiene como objetivo desarrollar y potenciar, a través de juegos, ejercicios, técnicas, materiales didácticos, actividades y otros recursos, las funciones del cerebro del niño, a la vez pretende promover la utilización de actividades de estimulación temprana para viabilizar los procesos mentales del niño, ya que potencia las funciones de los aspectos (cognitivo, lingüístico, motriz y social). ⁸⁰ |
| Evitar acudir a lugares concurridos, evitar contacto con personas enfermas con mayor precaución en aquellas con enfermedades de vías respiratorias. | El recién nacido prematuro se encuentra en gran desventaja ya que es más susceptible a cambios fisiológicos; en virtud de su inmadurez sistémica, que a su vez dificulta la adaptación al medio ambiente; si a esta situación se añade la exposición a un ambiente nocivo, con múltiples intervenciones causantes de estrés. ⁸¹ |
| Tomar precaución en no sobre arropar al bebé sobre todo evitando apretar la zona abdominal. | El arropamiento de los recién nacidos favorece la termorregulación cuando no están en contacto piel con piel. Debe ser adecuada para neonatos, suave y de tejidos no irritantes. El arropamiento excesivo puede producir hipertermia. ⁵⁸ |

| PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| Aplicar vacunas correspondientes alcanzando un peso de 2000 kg. | La AAP recomienda que todos los bebés prematuros medicamenten estables que tengan un peso corporal al nacimiento de 2.000 gramos (4 lb, 6 oz.) deben ser tratados como un bebé a término y recibir la primera vacuna de acuerdo con lo recomendado en el calendario de vacunación. ⁸¹ |
| Realizar tamiz metabólico y auditivo en unidad correspondiente. | El tamizaje neonatal pretende detectar al nacimiento anomalías susceptibles de tratamiento antes de la aparición de enfermedad. Su objetivo es evitar discapacidad e incluso la muerte de algunos recién nacidos. ⁷⁹ |
| Mantener la lactancia materna a libre demanda y exclusiva hasta 6 meses de edad, después de cada toma sacar el aire deglutido para evitar la presencia de malestar por cólicos y recostarlo sobre su lado derecho para favorecer el vaciamiento gástrico, siempre bajo vigilancia continua. Mantener la cabecera del colchón o cuna en un ángulo de 30°. | La lactancia materna exclusiva, definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos, ha demostrado entre los beneficios más destacados disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales. La lactancia materna está asociada a una disminución de riesgos de epilepsia en la infancia. La leche materna es la alimentación más completa para los niños y niñas, debido a que tiene una composición ideal aportando las cantidades proporcionales de agua, azúcares, grasas y proteínas que él niño precisa para su crecimiento y desarrollo óptimo, al mismo tiempo que evita una ganancia de peso excesiva. ⁸⁰ |

| | |
|---|--|
| <p>No proporcionar agua, zumos, infusiones, te ni ningún otro alimento o bebida hasta que el neonatólogo/pediatra lo indique.</p> | <p>La Alimentación Complementaria debe iniciar a partir de los 6 meses de edad del niño y no antes pues el lactante no cuenta con una maduración y desarrollo suficiente de sus sistemas orgánicos. La introducción temprana de la AC puede generar inconvenientes como reemplazo de la leche materna por ingesta de alimentos menos nutritivos, incapacidad del niño para digerir algunos alimentos, exposición precoz a patógenos y alergénicos de los alimentos, entre muchos otros. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, especialmente el inicio temprano (antes de los 6 meses), provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años.⁸²</p> |
| <p>Medicamentos vitamina ACD, frasco gotero dar 6 gotas por la mañana cada 24 horas.</p> | <p>Actualmente los suplementos de vitamina D pueden resultar eficaces a la hora de prevenir la osteopenia, sobre todo en los neonatos que corren un mayor riesgo de padecerlo debido a la prematuridad.⁸³</p> |

| HIGIENE | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| <p>Baño diario con agua y jabón neutro o especial para bebés evitando corrientes de aire.</p> <p>Lubricar la piel del bebé después del baño con crema corporal adecuada para piel de bebés</p> | <p>El baño con agua tibia y en especial en la noche proporciona descanso y tranquilidad al recién nacido.</p> <p>Utilización de jabones neutros en el baño diario, para mantener la capa ácida protectora de la piel.⁸⁴</p> |
| <p>Recortar las uñas</p> | <p>Evita posibles laceraciones en la piel del bebé.</p> |

Cita abierta a urgencias en caso de:

Signos de alarma:

- Dificultad respiratoria (respira muy rápido o lento)
- Rechazo a la alimentación
- Fiebre
- Distensión abdominal
- Diarrea
- Vómitos
- Coloración diferente (palidez, azul/morado)
- Convulsiones

CAPÍTULO 5

Conclusiones Y Recomendaciones

A la hora de realizar este estudio de caso clínico pude observar la importancia de las intervenciones que se realizan día con día en el área de UCIN a favor de la salud de los neonatos, obteniéndose un gran aprendizaje, ya que el estar constantemente informándonos e investigando no solo se logran dar cuidados de calidad si no que se actualizan y se adquieren más conocimientos, se logró ver cómo fue la evolución del neonato a un avance favorable, gracias a la valoración por medio de los requisitos universales de la teoría de Dorothea Orem.

Se logró cumplir los objetivos tanto generales como específicos no solo en el neonato sino también en los padres ya que pusieron todo de su parte ante el proceso de enfermedad de su hijo.

Recomendaciones

Se recomienda continuar indagando para mejorar el cuidado proporcionado a los neonatos que presenten este tipo de patología ya que tiene una incidencia muy elevada en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Referencias

1. OMS [Internet]. Who.int. Nacimientos Prematuros. Febrero 2018 [citado 27 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>
2. Pérez Zamudio R, López Terrones C, Rodríguez Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013; vol. 70 (4): 299-300 [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es
3. Lona Reyes J, Pérez Ramírez R, Llamas Ramos L, Gómez Ruiz L, Benítez Vázquez E, Rodríguez Patino V. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. Arch Argent Pediatr. 2018; 116 (1): 42. [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752018000100009&lng=es
4. IMSS [Internet] Por Problemas de Salud en las Mamás, Aumenta el Nacimiento de Bebés Prematuros en el IMSS [citado 2021 junio 6]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179>
5. Morales Barquet D, Reyna Ríos E, Cordero Gonzales G, Arreola Ramirez G, Flores Ortega J, Valencia Contreras C, et al. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatol Reprod Hum. 2015; 29 (4): 169 [citado 1 Junio 2020]. Disponible en: <https://cyberleninka.org/article/n/196835/viewer>
6. Manzanares Rivera J. Distribución Geográfica De Los Casos Por Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido En México: Oportunidades Para El Diseño De Estrategias De Prevención. Rev. Gerenc. Polit. 2019;18(36):18-36. [Acceso 19 mayo 2020].

Disponible

en:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/25661>

7. López Cadena W, Iglesias Leboreiro J, Bernardez Zapata 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; 71:258-263. [citado 14 mayo 2020]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2017/sm173h.pdf>

8. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Aceves Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr.2012; 79(1):33-34. [citado 3 diciembre 2019]

9. Villanueva García D, Avila Reyes R, Dies Suarez P, Ibarra Rios D, Olivares Bautista D, Velazquez Quintana N et al. PAC Neonatología 4, Libro 2 Insuficiencia Respiratoria Neonatal. Mexico D.F: Intersistemas. 2016. p. 30.

10. Intervenciones de enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacidos pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el segundo y tercer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Practica Clínica de Enfermería. México, secretaria de Salud: CENETEC, 2015. [Fecha de consulta 06 mayo 2020]. Disponible en:

<https://www.actuamed.com.mx/informacion-medica/intervenciones-de-enfermeria-para-la-atencion-y-limitacion-del-dano-en-recien>

11. Sánchez AM, Elorza D, Pérez J. Ventilación mecánica no invasiva. Presión positiva continua en la vía aérea y ventilación nasal. An Pediatr Contin. 2009;7(1): p.1. Disponible en: <https://n9.cl/a8bfk>

13. Coto Cotallo GD, Lopez Sastre J, Fernandez Colomer B, Garcia Lopez N, Campuzano Martin S. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. 2002; 6 257. [citado 18 mayo 2020] Disponible en:

http://acceso.siweb.es/content/980129/Neonatologia_completo_.pdf#page=262

14. Mote González MA. Cuidado Especializado a un neonato pre termino con síndrome de dificultad respiratoria. 2020; p.96-101, 125-130. [citado 18 Mayo 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/OOVZq9V>

15. Montero Yáñez N. Neonato de 31 semanas de gestación con alteración del requisito universal: mantenimiento de un aporte suficiente de aire. 2018; p.125-132 [citado 15 Mayo 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/OOVZq9V>

16. González Romero J. Intervenciones de enfermería especializadas a un neonato de 29 semanas de gestación con síndrome de dificultad respiratoria basada en la teoría general de Dorothea e. Orem. 2018; p.40-56 [citado 15 Mayo 2020].

17. Valdez Rubio N. Neonato pretermino con déficit en los requisitos universales de autocuidado secundario a síndrome de dificultad respiratoria. 2017; p.56-72 [citado 8 Mayo 2020].

18. Ordoñez Baeza M. Neonato de 30 semanas de gestación con déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, secundario a síndrome de dificultad respiratoria. 2017; p.73-75, 107-109. [citado 8 Mayo 2020].

19. Botello Calderón K. Neonato de 33 semanas de gestación con peso bajo para la edad gestacional y síndrome de dificultad respiratoria. 2015; p.104-106.

[Internet]. México, CDMX; [Citado 16 de mayo 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/GHxBK4J>

20. Segovia Cambrón L. Neonata 34 sdg con déficit en el requisito de mantenimiento de un aporte de aire secundario a prematuridad. 2015; p.107 [Internet]. México, CDMX; 2015 [citado 6 Mayo 2020].

21. Sánchez-Quiroz F., Álvarez-Gallardo L. Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enferm. Univ.* 2018; 15(4):p.428-433. [citado 2020 junio 20]. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>

22. Morales-Barquet D, Reyna-Ríos E, Cordero-González G, Arreola-Ramírez G, Flores-Ortega J, Valencia-Contreras C et al. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2015; 29(4):168-179.

23. Chinchay Quispe C. Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. *CASUS.* 2016; 1(1):41-50.

24. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac médica espiritana.* 2017;19(3):89–100. Disponible en: <https://n9.cl/keky>

25. Federación DO de la Norma Oficial Mexicana, NOM-019-ssa3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013. [citado el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

26. Cabal Escandón VE, Mildred Guarnizo. Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2016; 6(6) 74-78. [citado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/nwsrj>

27. Cisneros G. Teorías y Modelos de enfermería Edu.co. [citado el 10 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/2ax0>
28. Fernandez sola C, Torres Navarro M, Ruiz Arres E. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I) bases teóricas y metodológicas. Researchgate. 2020; 64(1): 77. [citado el 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/KOV66Fk>
29. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev médica electrón. 2014;36(6):835–45. Disponible en: <https://n9.cl/9w8l>
30. Vega Angarita OM, Gonzalez Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Edu.co. 2007; 4(4): 28-34. [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919/867>
31. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev médica electrón. 2014;36(6):835–45. Disponible en: <https://n9.cl/9w8l>
32. Naranjo Hernandez Y, Concepcion Pacheco JA, Rodriguez Larreynaga M. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Medigraphic. 2017; 19(3): 2-8. [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
33. Balan Gleaves C, Franco Orozco M, Teorías y modelos de enfermería. 2nd ed. México, D.F.: Rafael G. Herrera Martínez, pp.237-263.
34. El Proceso de Atención de Enfermería [Internet]. Org.ar. [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/z9n6q>

35. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. Glob.* 2010; 19: p.6. [citado 11 Junio 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/MOBqalT>
36. Lopez de Heredia Goya J. Valls Soller A. Síndrome de Dificultad Respiratoria. Ebook. 2008; 1. p.1. [citado 4 Dic. 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia-en-revision> [citado 4 Dic. 2019].
37. Plascencia Ordaz M, Villalobos Alcázar G. Mendoza Ramírez A. Cuidado del Recién Nacido Críticamente Enfermo. 1. México, D.F 2010; p.153-155
38. Asenjo CA, Pinto RA. Características anátomo-funcional del aparato respiratorio durante la infancia. *Rev médica Clín Las Condes.* 2017;28(1):7–19. [Fecha de consulta 17 de mayo 2020] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300020>
39. Campos Rojas M, Méndez Peralta R. Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. *Edu.ec.* 2018; [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/5ogq>
40. Lopez de Heredia Goya J. and Valls i Soller A. Síndrome de Dificultad Respiratoria. *Aepd.* 2008; 1:p.1. [citado 4 Dic. 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia-en-revision>
41. Villanueva Garcia D, Avila Reyes R, Dies Suarez P, Ibarra Rios D, Olivares Bautista DG, Velázquez Quintana NI, et al. Insuficiencia Respiratoria Neonatal. *PAC. Neonatologia-4.* 2016;2:22-29 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf
42. Castro López FW, Urbina Laza O. Manual de Enfermería En Neonatología. 12.La Habana. Ecméd. 2007. 90-93

43. Cubillo Espinoza A. Uso de corticoesteroides prenatales durante la labor de parto prematuro. Rev.Med.sinergia. 2021;6(11):6-7 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/708>
44. Santa maría R. Síndrome de Dificultad Respiratoria tipo 1. Redalyc. 2002; 8(3):2-7 [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48708306.pdf>
45. Morales-Barquet D, Ortega-Vargas AJ, Lara-Canul J, Arreola-Ramírez G, Fernández-Carrocer LA. Factores de riesgo asociados a la falla en el procedimiento INSURE (Intubación - Surfactante - Extubación) para la administración de surfactante en recién nacidos prematuros < 1,500 g. Perinatol Reprod Hum. 2017;31(3):124–30. Disponible en: <https://n9.cl/frypi>
46. Céspedes E, Fonseca R, Guía técnica de manejo de la presión positiva continua. Unicef. [citado el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/paraguay/media/2061/file/guia-cpap.pdf>
47. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Secretaria de salud. 1983. [citado 15 diciembre 2019]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
48. Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros En México. [citado 15 diciembre 2019]. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
49. Declaración De Los Derechos Del Recién Nacido. Psi.uba.ar. Barcelona. 2001 [citado 20 Diciembre 2019]. Disponible en: <https://n9.cl/p8d01>
50. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [citado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

51. 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. [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
52. Fernández jaimes ME, Zarate Grajales RA, Ochoa Cervantes JM, Ramírez Antonio MT. La evaluación de la calidad de los signos vitales como indicador de proceso en la Gestión del Cuidado de Enfermería 2010;18(3)65-70 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en103d.pdf>
53. Ramírez Vázquez, M., 2009. Efectos adversos asociados a la aplicación de aminofilina para tratamiento de apnea en recién nacidos prematuros menores de 36 semanas. 2009; p.19-24. Citado 21 Junio 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/zOBim7m>
54. Barrera Quezada F. Guías de práctica clínica en pediatría. 2018(8) [citado el 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/50ll5>
55. Tello Delgado MP. Cuidado integral al recién nacido pretermino menor de 1500 grs de peso: un reto para enf. [cited 11 May 2020]. Disponible en: <https://reeme.arizona.edu/materials/Cuidado%20Integral%20RNPT%202.pdf>
56. Zamorano-Jiménez CA, Cordero-González G, Flores-Ortega J, Baptista-González HA, Fernández-Carrocer LA. Control térmico en el recién nacido pretérmino. Perinatol.Reprod.Hum. 2012; 26(1)44 [citado 11 Mayo 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/JOBqBVK>
57. Castro López FW, Urbina Laza O. Manual de Enfermería En Neonatología. 12. La Habana. Ecmec. 2007. 90-93
58. Bazantes Huera D. Conocimientos básicos del cuidado de recién nacidos, en madres adolescentes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha,

Esmeraldas 2017. 2020 p.36 [citado 11 mayo 2020]. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8097>

59. Laguna Villafranco E. Influencia de la posición prona en la saturación de oxígeno del recién nacido prematuro del Hospital Regional Docente de Trujillo [Internet].

Dspace.unitru.edu.pe. 2020 [citado 11 mayo 2020]. Disponible en:

<http://www.dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11716>

60. Gasque Góngora JJ, Gómez García MA. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro. Rev Mex Ped. 2012;79(3):151-157 [citado 11 Mayo 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/XOBq2w6>

61. Plascencia Ordaz MJ, Villalobos Alcázar G. Mendoza Ramírez A. Cuidados avanzados en el neonato, cuidado del recién nacido críticamente enfermo. 2012.1: 47-48.

62. Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011. p. 19.

63. Moreno Garces J. Procedimientos y cuidados en el recién nacido de alto riesgo. 2018 [cited 28 May 2020]. Disponible en:
http://sb.uta.cl/libros/PROCEDIMIENTOS_CUIDADOS_RECIENTE_NACIDO.pdf

64. Viñas Vera, Cipriano; Fernández Camino, Francisco; Torre Gálvez, María Isabel De la; Cuevas Jaime, Josefa. Medidas para la seguridad en la alimentación enteral por sonda nasogástrica en prematuros. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0480.php>

65. Martínez Rodríguez G, García Blanca JA, Hernández de la Mano A, De la Rosa MC, Mora Cortes P. et al. Consideraciones prácticas sobre la nutrición

enteral en el recién nacido prematuro. 2011; 69(7): 333-338. [citado 11 junio 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/GOBq5XQ>

66. Guido Campuzano MA, Ibarra Reyes MP, Mateos Ortiz C, Mendoza Vazquez N. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretermino. Perinatol Reprod Hum 2012; 26(3)198-207 [citado 28 Mayo 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a6.pdf>

67. Aguilar Vázquez E, Pérez Padilla L, Martín López M, Romero Hernández A. Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018;75:15-22 [citado 29 Junio 2020]. Disponible en: https://www.bmhim.com/frame_esp.php?id=5

68. Harillo Acevedo D, Rico Becerra JI, López Martínez Á. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. Enferm.glob. 2017;16(48): 578-585. [citado 27 Diciembre 2019]. Disponible en: <https://cutt.ly/oOBwjKQ>

69. Gómez AM, Montealegre P, Del Pilara. Caracterización de recién nacidos a término con diagnóstico de intolerancia a la vía oral en su primera semana de vida. Universitas Médica. 2016;57(4):480-487. [Citado 20 dic 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231051147006>.

70. Egan F, Quiroga A, Chattas G. Cuidado para el neurodesarrollo. An Pediatr Barc. 2006;64(2):1-9 [Fecha de consulta Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

71. Rodríguez GR, Pattini AE. Iluminación en unidades de cuidados intensivos neonatales: actualización y recomendaciones. 2016;114(4):364-365. [Fecha de consulta Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n4a15.pdf>

72. Castro Otazu M, Coasaca Núñez A, Benavente Vilca L, Quenaya Bejarano E, Cruz Soriano J. Higienización del lavado de manos para disminuir infecciones hospitalarias dadas la ejecución de un sistema de gestión de calidad en el Hospital Base III – Essalud, Juliaca-Puno. *Cátedra Villarreal*. 2017; 5(1):45-51.
73. Ruiz Tellechea Y, Sánchez Taboada RM, Rodríguez González I, Martínez Morales MA, Varona Capiro I, Rosales Soto S. SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA EN NEONATOS. *Rev habanera cienc médicas*. 2007;6(4):0–0. Disponible en: <https://n9.cl/35ggh>
74. Higareda-Almaraz M, Gutiérrez-Monraz P, Castillo-Sánchez R, Barrera-de León J, Zavala-Gómez A, Higareda-Almaraz E. Complicaciones asociadas al catéter percutáneo en recién nacidos pretérmino y a término. *Gaceta de México*. 2018; 154(1).
75. Rodríguez Molina JA, Chong Cevallos PJ, Tixe Peralta JC, Leyton Acuña RA. Escala de Silverman en la dificultad respiratoria neonatal. *Recimundo*. 2019;3(3): 113-127 [citado 9 Octubre 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7402228>
76. Infecciones relacionadas a líneas vasculares [Internet]. Gob.mx. [citado el 17 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7lsi0>
77. Fajardo Z, Pazmiño M, Dávalos Á. La estimulación temprana como factor fundamental en el desarrollo infantil. *Revespirales*. 2018;2(14): 27-35 [citado 30 Junio 2020]. Disponible en: <http://revistaespirales.com/index.php/es/article/view/229/178>
78. Báez García N. Plan de cuidado estandarizado para fortalecer el neurodesarrollo del recién nacido pretérmino en la UCIN. 2018;43-63 [citado 30 Junio 2020]. Disponible en: <https://n9.cl/3yov2>

79. Cifuentes R. Consideraciones bioéticas del tamizaje neonatal: pautas para su regulación integral. Rev. latinoam. Bioet. 2015;16(30-1): 154-173 [citado 25 de junio de 2020]. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/1445>
80. Novillo Luzuriaga N, Robles Amaya J, Calderon Cisneros J. Beneficios de la leche materna donada procedente del banco de leche. Enferm Inv.2019; 4(5):29-35 [Internet]. Uvadoc.uva.es. 2020 [citado 24 Julio 2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/18011>
81. Inmunizaciones (vacunas) para los bebés prematuros [Internet]. AAP. 2017. [citado 24 Junio 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/IOBwbas>
82. Forero T. Yibby, Acevedo R. María José, Hernández M. Jenny Alexandra, Morales S. Gina Emely. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. Rev. chil. pediatr. 2018; 89(5)612-620. [citado agosto 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S037041062018005000707>.
83. Albornoz Paredes E, Cerna Portal L. Eficacia del uso de suplemento de vitamina d para prevenir la osteopenia en el recién nacido prematuro. Repositorio.uwiener.edu.pe. 2020 [citado 24 Julio 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/2514>
84. Noguera Ortiz N, Rodríguez Rodríguez M. Aprendiendo a cuidar al recién nacido: un cuidado congruente con la cultura. Avances en Enfermería. 2010;26(1): 103-111 [citado 7 Julio 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/26229>

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA DEL NEONATO
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO.

Por medio de la presente yo:

Doy mi consentimiento para que la licenciada en enfermería:

Que actualmente se encuentra estudiando el Posgrado en enfermería del Neonato de la Universidad Nacional Autónoma de México, tenga a bien realizar el seguimiento y participación en el cuidado especializado del padecimiento actual en la que se encuentra mi hijo, como parte de su formación académica, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure su práctica.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar el retiro de mi hijo de este estudio en cualquier momento que desee, sin que esto afecte o se le niegue la atención médica para el tratamiento en esta unidad hospitalaria. Autorizo el poder obtener cualquier registro médico y de enfermería, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

Autorizo:

Representante legal/familiar: _____

Firma: _____

Responsable del estudio de caso:

Alumno de posgrado: _____

Firma: _____

Coordinadora del posgrado:

Nombre: _____

Firma: _____

Guía de valoración de Enfermería del Neonato

I.- Factores condicionantes básicos

1.1.- Ficha De Identificación

Nombre del recién nacido: C. A. G. Sexo: M Hora nacimiento: 18:27
Lugar de nacimiento HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD VICTORIA DR. NORBERTO TREVIÑO ZAPATA

Fecha nacimiento: 10 DE NOVIEMBRE DEL 2019 Registro: _____ Peso al nacer: 1440 Kg Talla: 44 cm

Edad gestacional: 32.1 SDG POR CAPURRO Tipo de parto: CESAREA Fecha de ingreso: 12/11/2019

Días de estancia: 1 Grupo y rh: _____ Maniobras de reanimación: Básicas SI
Avanzadas _____

Fuente de información: madre y expediente clínico

Elaborado por:

ESTUDIANTE DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA DEL NEONATO: IZAGUIRRE CAMARILLO YEIMI DENISSE

Fecha de elaboración: 12/11/2019 Unidad hospitalaria: HOSPITAL REGUIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CD VICTORIA

1.2 Estado De Salud

1.2.1.-Sano _____ Enfermo SI

1.2.2.-Sistema de salud: IMSS SI ISSSTE _____ SSA _____ OTROS: _____

1.3.- Factores del sistema familiar:

1.3.1. Tipo de familia: integrada SI Desintegrada _____ Extensa _____ 1.3.2.

No. De integrantes de la familia: 2

| Nombre | Edad | Escolaridad | Ocupación |
|-------------------------|---------|----------------|-------------|
| Marcia Coronado Aguirre | 24 años | Medio Superior | Ama de casa |
| Jorge Hernández García | 29 años | Secundaria | Albañil |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1. 4.- Factores Ambientales

1.4.1.- Área Geográfica: Urbana SI Suburbana _____ Rural _____

1.4.2.- Características De La Vivienda: Techo Lámina _____ Cartón _____ Concreto SI Otros: _____

Paredes: Tabique SI Madera _____ Otros Piso: Cemento SI Tierra _____ Otros: _____ No. Habitantes 2

1.4.3.- Ventilación E Iluminación: Buena SI Regular _____ Deficiente _____

1.4.4.- Servicios Intradomiciliarios: Agua SI Luz SI Drenaje SI

Alumbrado Público SI Pavimentación SI Cuenta Con Jardín SI 1.4.5.

Fauna Nociva

Perros SI No. 1 Vacunados SI Gato _____ No. _____ Vacunados _____ Aves: _____ No. _____ Otros: _____ ninguno _____

2.- Requisitos De Desviación De La Salud

2.1 Antecedentes Heredo · Familiares

Nombre De La Madre: MARCIA CORONADO AGUIRRE Edad 24 Peso: _____ Kg Talla: _____

Lugar De Residencia: GÜEMEZ C. P. 87000 Edo: TAMAULIPAS

Tel. _____ Ocupación: Ama de casa Edo Civil: CASADA Religión: CATOLICA

Escolaridad: MEDIO SUPERIOR NO CONCLUIDA

Hipertensión NO Diabetes NO Cardiopatías NO Cáncer NO Quien Lo Padece: _____

2.1.2. Antecedentes Personales No Patológico (Madre)

Tabaquismo NO Alcoholismo NO Toxicomanías NO Ninguna NO Alimentación: REGULAR

Cantidad: Carne (1 VEZ POR SEMANA), Huevo (DIARIO), Leche (DIARIO), Verduras (2 VECES POR SEMANA), Diario
Calidad: _____

Baño: DIARIO Aseo Dental: DIARIO Esquema De Vacunación: Completa _____ Incompleta _____ Desconoce (SI)

2.1.3 Antecedentes Personales Patológicos (Madre)

Transfusiones NEGADAS Intervenciones Quirúrgicas NEGADAS Alergias NEGADAS Hospitalizaciones NEGADAS

Antecedentes Perinatales G: 01 P: 0 A: 0 C: 0 Control Prenatal: SI N° De Consultas: 05

Consultas Usg: 05 Patologías Durante El Embarazo: CERVICOVAGINITIS/ PREECLAMPSIA Tratamiento Médico: SIN ESPICIFICAR

Inmunizaciones: _____ -- _____ MICRONUTRIENTES: ACIDO FOLICO, HIERRO

Isoinmunización Previa: - Tipo De Parto: CESAREA Espontáneo _____ Conducido _____ Distócico _____

Fórceps -- Inducido SI Eutócico -- Rm: Espontaneas -- Artificial SI

Analgesia: General___ BPD SI Local_____ Sedación_____ Ninguna ___

Producto: __--__ Único SI Gemelar--__ Múltiple __--__ Otros __--__

2.1.5.- Antecedentes Del Neonato

Lesiones Y Defectos Al Nacimiento: NO Apgar: 8/9

DX Medico: RECIEN NACIDO PRETERMINO MASCULINO DE 33 SDG POR FUM/ DX PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL (P<3)/ DX PESO BAJO AL NACIMIENTO/ DX RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO TIPO 2/ DX POLICITEMIA LEVE ASINTOMATICA

2.2.-Factor De Riesgo

Factor materno

| Parámetro | Especificación | Bajo | Medio | Alto |
|--|----------------------------------|------|-------|------|
| Edad Materna | 24 Años | - | | |
| Nivel socioeconómico | MEDIO TIPICO | - | | |
| Tabaquismo | NEGADO | - | | |
| Ingiera Alcohol | NEGADO | - | | |
| Adicciones | NEGADO | - | | |
| Padecimiento Actual ¿Control? | PRECLAMSIA | | | - |
| Gesta N° | 1 | - | | |
| Control Prenatal | 5 CONSULTAS | - | | |
| Complicaciones Prenatales o neonatales previos | CERVICOVAGINITIS- PREECLAMSIA | | | - |
| Anestesia | BPD | | - | |
| En el transcurso y hasta el final del embarazo presento algún problema de salud | SI | | | - |

Bajo Medio Alto 

NOTA: Todos los rubros valorados se encuentran en nivel bajo este será el resultado, si un factor del nivel medio es afectado el riesgo será medio y si 2 o más factores detectados de cualquier nivel el riesgo es alto. **Factor Neonatal**

| Parámetro | Especifique | Bajo | Medio | Alto |
|--------------------------------------|---|------------|---------|---------------|
| Peso | 1440 gr | 2500-3999g | | <2500 >4000 g |
| Semanas de gestación (Capurro) | 32.1 SDG | 37-41 sdg | | <37 >42 sdg |
| gestación | Único | Único | Gemelar | >3 Productos |
| Apgar a los 5´ | 8/9 | 7-10 | 4-6 | >3 |
| Silverman | Al nacer 6pts | <3 | 4-6 | >7 |
| Relación Peso y edad | AEG | 10-90 | <10 | <3 |
| Mal formaciones presentes o visibles | Sin malformaciones | NO | | Si |
| Lesiones por trauma obstétrico | NO | No | | Si |
| Problema de salud actual | Prematurez y dificultad respiratoria | No | | Si |

Cuidados Inmediatos

SE RECIBE RECIEN NACIDO MASCULINO EN CAMPOS ESTERILES PREVIAMENTE CALENTADO SE TRASLADA A CUNA DE CALOR RADIANTE, SE SECA Y ESTIMULA CEFALOCAUDALMENTE LLANTO ESPONTANEO REGULAR SE DIO APOYO CON OXIGENO INHALADO, LIGADURA DE CORDON UMBILICAL A 2 CM DE SU BASE LOCALIZANDO LAS DOS ARTERIAS Y UNA VENA, SE OBTUVO APGAR 8 PTS Y A LOS 5 MIN 9 PTS.

Cuidados Mediatos

COANAS Y AÑO PERMEABLES ADMINISTRACION DE CLORANFENICOL OFTALMICO 2 GTS EN CADA OJO VITAMINA a VIA ORAL D.U, VITAMINA K 1 GR INTRAMUSCULAR EN MUSLO DERECHO D.U, EXPLORACIÓN FÍSICA, SOMATOMETRIA OBTENIÉNDOSE LOS SIGUIENTES RESULTADOS PESO 1440 KG, TALLA 44 CM, PC 29.5 CM, PT 24 CM, P.A. 23 .5 CM, SS 22 CM, PIE 6.5 CM.

3. Requisitos De Autocuidado Del Desarrollo

3. 1.- Valoración Del Neonato

Valoración de Apgar 8/9

Capurro Extendido _____

3.2- Factores De Riesgo Neonatal Por Aparatos Y Sistemas Aparato O Sistema

| Aparato o sistema | Factor de riesgo | Si /No | Aparato o sistema | Factor de riesgo | Si /No |
|-------------------|------------------|--------|-------------------|------------------|--------|
| Respiratorios | Prematurez | si | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3.3- Exploración física

Signos vitales: fc: 153 fr: 76 ta: 56/74 temp 36.8 °c

Antropometría

PESO: 1440 Kg TALLA: 44 cm PC: 29.5 cm PT: 24 cm PA: 23,5 cm SS: 22 cm PIE: 6.5 cm

| |
|---|
| Habitus Exterior.- Neonato 2do día de vida extrauterina, siendo referido de otra unidad hospitalaria a u nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales, se recibe al ingreso, irritable, corporalmente integro buena coloración en piel, no se observan movimientos anormales, a su traslado en incubadora en fase II de ventilación (cpap de burbuja), posterior a esto se coloca en cuna de calor radiante. |
| Piel.-sonrosado, adecuada hidratación de piel y mucosas |
| Cabeza Y Cara: normocefala, fontanela anterior y posterior normo tensas, suturas bien afrontadas, escaso cabello, cara simétrica. |
| Ojos: simétricos sin alteraciones. |
| Oídos: pabellón auricular con buena implantación bien formada y alineada. |
| Nariz: coanas permeables |
| Boca: simétrica labios y paladar íntegros |
| Cuello Y Hombros: cuello sin adenomegalias, hombros simétricos, clavículas integras. |
| Tórax: simétrico, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, |
| Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, llenado capilar 2-3 segundos. |
| Abdomen: blando depresible, cordón umbilical en proceso de momificación sin datos de infección. |
| Genitales: fenotípicamente masculinos sin alteraciones. |
| Dorso Y Columna Vertebral: integra no malformaciones aparentes. Valoración de galant positivo |
| Extremidades: integras con buen reflejo de abducción y flexión. |
| Cadera: sin signo de Barlow Ortolani |

4. Requisitos Universales De Autocuidado

1- Mantenimiento De Un Aporte Suficiente De Aire

1.1 ¿Presenta Alguna Dificultad Para Respirar? Sí No

| Evaluación de Silverman Anderson | | | |
|----------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------|
| Parámetros | 0 | 1 | 2 |
| Movimientos toracoabdominales | Rítmicos y regulares | Solo abdominales | Disociación Toracoabdominal |
| Tiraje intercostal | Ausente | Discreto ✨ | Acentuado |
| Retracción xifoidea | Ausente | Discreto | Acentuado |
| Aleteo Nasal | Ausente | Discreto ✨ | Acentuado |
| Quejido Respiratorio | Ausente | Leve e inconstante | Acentuado y constante |
| Frecuencia Respiratoria | | Puntaje total | |

| Clasificación del Neonato de acuerdo al puntaje de Silverman Anderson | |
|---|-------------------------|
| Silverman Anderson | Dificultad respiratoria |
| 1-2 | Leve ✨ |
| 3-4 | Moderada |
| >o =5 | Grave |

1.2.- Fase De Ventilación

| | | | | |
|---|--------------------|---------------------------------|--|--|
| Fase de Ventilación | 10/11/2019 | 12/11/2019 | | |
| Fase I (especificar) Fase II (especificar) Fase II (especifica) | FASE II CPAP NASAL | FASE I CASCO CEFALICO 28% | | |

1. 3.- Valores De Gases Sanguíneos

| | | | | |
|----------------|---------------------|--|--|--|
| Ph | 7.3144 | | | |
| PCo2 | 28.5 | | | |
| PO2 HCO3 | 140.8 14.6 | | | |
| % saturación | 89% | | | |
| Interpretación | ACIDOSIS METABOLICA | | | |

1.4 Estudios De Gabinete _____

1.4.1 Valoración cardiovascular

| | Signos vitales | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------|----|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Fc | FR | TA | Temp | | | | | | | | | | | | | |
| 12/11 | 153 | 72 | 56/74 | 36.5°C | | | | | | | | | | | | | |
| 13/11 | 180 | 58 | 54/41 | 36°C | | | | | | | | | | | | | |
| 14/11 | 154 | 78 | 57/38 | 36.8°C | | | | | | | | | | | | | |
| 15/11 | 158 | 70 | 49/29 | 36.9°C | | | | | | | | | | | | | |

| Parámetro / Día | 12/11 | 13/11 | 14/11 | 15/11 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Ritmo cardíaco Regular Irregular Aritmia | SIN ALTERACIONES REGULAR | SIN ALTERACIONES REGULAR | SIN ALTERACIONES REGULAR | SIN ALTERACIONES REGULAR |
| Llenado capilar Mediato Inmediato Lento | 2 SEGUNDOS MEDIATO | 2 SEGUNDOS MEDIATO | 2 SEGUNDOS MEDIATO | 2 SEGUNDOS MEDIATO |
| Soplo Audible No audible | NO AUDIBLE | NO AUDIBLE | NO AUDIBLE | NO AUDIBLE |
| Precordial Audible No audible | NORMODINAMICO | NORMODINAMICO | NORMODINAMICO | NORMODINAMICO |
| Oximetría de Pulso | 89% | 92% | 92% | 94% |

1. 5.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 1

DX_ Deterioro de la ventilación espontanea

2. Y 3.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

| Parámetro | | si | no | comentario |
|-------------------------|---------------------|----|----|------------|
| Boca | Simétrica | ✓ | | |
| | Integra | ✓ | | |
| | Úvula central | ✓ | | |
| Mucosa | Hidratadas | ✓ | | |
| | Rosada | ✓ | | |
| | Seca | | ✓ | |
| | integras | ✓ | | |
| Lengua | Hidratada | ✓ | | |
| | Integra | ✓ | | |
| | Rosada | ✓ | | |
| | Frenillo | ✓ | | |
| Paladar | Integro | ✓ | | |
| | Rosado | ✓ | | |
| | Perlas de Epstein | | ✓ | |
| Encías | Integra | ✓ | | |
| | Rosada | ✓ | | |
| | Dentes | | ✓ | |
| Abdomen | Perímetro abdominal | ✓ | | |
| | Blando /depresible | ✓ | | |
| | Distendido/duro | | ✓ | |
| Cordón umbilical | Limpio | ✓ | | |
| | Arterias 2 | ✓ | | |

| | | | | |
|-------------------|------------------------|---|---|--|
| | Vena 1 | ✓ | | |
| | momificado | ✓ | | |
| | eritematoso | | ✓ | |
| | herniado | | ✓ | |
| Piel | Turgente | ✓ | | |
| | Hidratada | ✓ | | |
| | húmeda | | ✓ | |
| Fontanelas | Normo tensa | ✓ | | |
| | Deprimida Tensa | | ✓ | |

A) INGRESOS

| Ingresos /día | 12/11 | 13/11 | 14/11 | 15/11 |
|---------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|
| Vía enteral | | | | |
| Seno materno | | | | |
| Formula (Especificar) | | | | |
| Vía de Administración | | | | |
| Succión | AYUNO | | | |
| Sog | | 4 ML C/3 HRS (SM O FM) | 8 ML C/3 HRS (SM O FM) | 12 ML C/3 HRS (SM O FM) |
| Otros (especifique) | | | | |
| Vía parenteral | 110 ML/KG/DIA 6.6ML | | | |
| NPT | | 5.7 ML/HR | 5.1 ML/HR | 3.9 ML/HR |
| Solución Base | | | | |
| Solución para mantener vena permeable | | | | |

| | 12/11 | 13/11 | 14/11 | 15/1 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Peso | 1390 | 1380 | 1380 | 1370 |
| Talla | | 44 CM | 44 CM | 44 CM |
| Incremento ponderal | | -10 | | -10 |
| Glicemia capilar | | | | |
| Glicemia central | | | | |
| | | | | |

C) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Patrón de alimentación del lactante ineficaz

4.-PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES) ELIMINACIÓN URINARIA

Eliminación Urinaria

| Parámetro/ Día | 12- NOV | 13- NOV | 14 NOV | 15-NOV |
|--------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Espontanea | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Forzada | | | | |
| Color | CLARO | CLARO | CLARO | CLARO |
| olor | INHOLORA | INHOLORA | INHOLORA | INHOLORA |
| Cantidad ml / hora | 1.9 ML.KG.HR (9HRS) | 2.1 ML.KG.HR | 2.9 ML.KG.HR | 3.4 ML.KG.HR |

Eliminación Fecal

| Parámetro / día | 12-NOV | 13-NOV | 14-NOV | 15-NOV |
|---|---------------|--------|--------|---------------|
| Espontanea | ✓ | | | ✓ |
| Forzada | | | | |
| Especificar | | | | |
| Estomas | | | | |
| Cantidad grs / turno | 0.07 GR.KG.HR | | | 0.16 GR.KG.HR |
| olor | | | | |
| Características (código de Evacuaciones) | | | | |

Drenajes

| | | | | |
|---------------|--|--|--|--|
| | | | | |
| SOG | | | | |
| Vomito | | | | |
| Fístula | | | | |
| Sonda pleural | | | | |
| otros | | | | |

4. 2.-Con Base En La Valoración Establece Diagnósticos De Enfermería DX Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional

5.- Mantenimiento Del Equilibrio Entre La Actividad Y Reposo

5. 1.- Reflejos Primarios: POSITIVO

Succión: INMADURA

Deglución: INMADURA

Búsqueda: SI

Moro: SI

Tónico cuello: SI

Enderezamiento del tronco: SI

Puntos cardinales: SI

Arrastre: DEBIL

Inervación del tronco: SI

Presión plantar: SI

Presión palmar: SI

Babinsky: DEBIL

5.2 - ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

| Estado de Conciencia en el Neonato | 12 nov | 13 nov | 14 nov | 15 nov | 16 nov |
|--|--------|---|---|---|--------|
| ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos | | | |  | |
| ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión | |  |  | | |
| ESTADO III : somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida | | | | | |
| ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión n inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO | | | | | |
| ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos | | | | | |
| ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia e l lactante/ NEONATO | | | | | |
| REALIZA HORA PENUMBRA/ TIEMPO | | | | | |

5.3.- TEORÍA SINACTIVA

| SISTEMAS | VALORACION | SIGNOS DE ESTRÉS | SIGNOS DE AUTOREGULACION |
|------------|--|--|--|
| AUTONOMICO | Incorpora las funciones fisiológicas necesarias para supervivencia. Los indicadores son: color de la piel funciones cardiacas, patrón respiratorio y actividad visceral. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de color • Nauseas • Cambio de la frecuencia cardiaca • Descenso de la saturación.  | <ul style="list-style-type: none"> • Color rosado • Ritmo respiratorio regular • Saturación estable • Frecuencia cardiaca regular • Funciones viscerales estables |
| MOTOR | Valora tono muscular, movimiento, actividad y postura | <ul style="list-style-type: none"> • Extensión o hipotonía de las extremidades. Separación de los dedos, mano en posición de extensión  • Boca abierta • Bostezos • Mueve los ojos, sin mantener contacto visual • Lleva el cuerpo y los | <ul style="list-style-type: none"> • Posición flexionada o recogida • Mano en la cara • Movimiento de la mano a la boca o mano en la boca • Succionar • Tono y postura relajados. |

| | | | |
|--------------------------|--|---|-------------------------------------|
| | | brazos en forma desordenada • Movimientos involuntarios • Movimientos continuos y desorganizados. | |
| ATENCION/ INTERACCION | Capacidad del niño para interactuar con el medio y ajustarse a los cambios | • Boca abierta • Bostezos • Mueve los ojos, sin mantener contacto visual | • Succionar • Sonreír • Mirar |
| AUTORREGULACION | Es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales. | | |

Interpretación

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

5.4.- CON BASE EN LA VALORACION ESTABLECE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DX Privación del sueño

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

6.1.- Neonato: Planeado Si No Deseado Aceptado

6.2.- Recibe Visita Familiar: SI

6.3.- Presencia De Contacto Físico Con El Neonato: SI

6.4.- Apego Materno: SI 6.5.- Técnica De Mamá Canguro: SI

6.6.- Reciben Los Familiares Orientación Acerca Del Servicio: SI

Registro del método mamá canguro

| Inicio /Día | 12- NOV | 13- NOV | 14-NOV | 15-NOV | |
|-----------------------------------|-----------|---------|--------|--------|--|
| Fecha y hora | 11:00 | | 11:00 | | |
| Edad Días de Vida Extrauterina | 2 | | 4 | | |
| Peso | 1390 | | 1380 | | |
| Método de alimentación | ayuno | | SOG | | |
| Duración del contacto piel a piel | | | 1 hora | | |
| Comentario / observaciones | No visita | | | | |

6. 7.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dx Riesgo de infección

7.- Prevención De Los Peligros Para La Vida Y El Bienestar Humano

7.1 - Existe Algún Factor Que Ponga En Peligro La Estabilidad Del Neonato Si (x) No () ¿Por Qué?

7.2.- La Madre Tiene Conocimiento Previo Sobre Los Cuidados Al Neonato Si (x) No () Y Especifique Si Pone En Peligro Al Neonato:

7.3.- Características Ambientales: Se Encuentra Ucin A Temperatura Ambiente si (x) no (),

Eutérmico (x) hipotermia () hipertermia () En Cuna (x) Incubadora () Bacinete (), Con Ropa Hospitalaria () Especifique:

7.4.- Preparación Del Ambiente: Se Proporciona Un Ambiente Óptimo Para El Neonato (si) 7.5.- Seguridad Y Protección

| Parámetro / Día | 12/nov | 13-nov | 14-nov | | |
|--|--------|--------|--|--|--|
| Barrera primaria Catéter Tipo Localización | | | Catéter percutáneo Miembro torácico izquierdo | | |
| Barrera secundaria Laboratorio BH Inmunoglobulinas | | | BH-37.4 DH 4.3 GF 0.3 LR 126.8 | | |
| Factores ambientales Luz Ruido | | | X x | | |
| Riesgo de Caída | | | Alto (niños menores de 2 años- Nanda) | | |
| Riesgo de Infección | | | Alto | | |

7.6.- Higiene

| | | | | |
|--|------|--|--|--|
| Intervención | | | | |
| Baño de Esponja | Si | | | |
| Baño parcial | | | | |
| Aseo de cavidades | Si | | | |
| Aditamentos utilizados para dar posición | Nido | | | |

7.- Valoración del Dolor

Escala del Dolor de Susan Givens

| Signos conductuales | 2 | 1 | 0 |
|---|---|---|---|
| 1. Duerme durante la hora precedente | Ninguno | Duerme entre 5 y 10 minutos | Duerme más de 10 minutos  |
| 2. Expresión facial de dolor | Marcado constante | Menos marcado intermitente | Calmado, relajado  |
| 3. Actividad motora espontánea | Agitación incesante o ninguna actividad | Agitación moderada o actividad disminuida | Normal  |
| 5. Consuelo | Ninguno después de 2 minutos | Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo | Consuelo en menos de 1 minuto |
| Signos fisiológicos | 2 | 1 | 0 |
| 7. Frecuencia cardiaca > | > 20% | aumento 10-20% | Dentro de la normalidad  |
| 8. Presión arterial (sistólica) | >10 mmHg de aumento | 10mmHg de aumento | Dentro de la normalidad  |
| 9. Frecuencia respiratoria y cualidades | Apnea o taquipnea | Pausas de apnea  | Dentro de la normalidad |
| 10. SaO2 | >10% aumento de FiO2 | ≤ al 10% aumento de FiO2 | Ningún aumento de FiO2  |

Valoración del dolor

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Parámetro | Frecuencia respiratoria y cualidades | | |
| Escala utilizada | Susan Givens | | |
| Puntuación | 1 pts. | | |
| Medida emprendida para control del dolor | Tratamiento farmacológico | | |
| Resultado | | | |

8.- Promotor a la Normalidad

8. 1.-Como es la adaptación del neonato a la vida extrauterina

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