



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
BICENTENARIO “2010”**

**ESTUDIO DE CASO
ATENCIÓN ESPECIALIZADA A NEONATO PRETÉRMINO BAJO EL ENFOQUE DE
LA TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**PRESENTA
LIC. YOLETZY NALLELY CEDILLO MARTINEZ**

**ASESOR
Mtra. Laura Álvarez Gallardo**



CD. VICTORIA TAMAULIPAS, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE CIUDAD VICTORIA
BICENTENARIO “2010”**

**ESTUDIO DE CASO
ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL NEONATO PRETÉRMINO BAJO EL ENFOQUE DE
LA TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**PRESENTA
LIC. YOLETZY NALLELY CEDILLO MARTINEZ**

**ASESOR
Mtra. Laura Álvarez Gallardo**



CD. VICTORIA TAMAULIPAS, 2020.

3.- Resumen

Título del estudio de caso: Atención especializada al neonato pretérmino bajo el enfoque de la teoría general de autocuidado

Introducción: El nacimiento de niños prematuros por el gran número de complicaciones que conlleva y la mortalidad en esta población en específico se considera un problema mundial. La práctica de enfermería está dirigida al bienestar en forma multidisciplinaria, es necesario un método científico que regule tal actividad por lo cual se implementa un proceso realizado en forma planeada, sistematizada y organizada permitiendo brindar cuidados de enfermería de calidad y orientados en fundamento científico. Para la comprensión del caso clínico se agregan definiciones en el Marco teórico que unifiquen términos empleados en dicha investigación.

Objetivo: Proporcionar cuidados de enfermería en forma integral al paciente a través del proceso atención de enfermería mediante el modelo teórico de Dorothea E. Orem

Metodología: La elección del neonato se hizo durante el transcurso de prácticas en la unidad de cuidados intensivos neonatales, el contacto con el neonato fue a sus 20 días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Descripción del caso: Neonato de nombre Miranda producto 2 de 20 días de vida extrauterina con 32 semanas de edad corregida.

Conclusiones: La teoría del autocuidado permitió establecer el ejercicio diario de la agencia de enfermería brindando cuidados de calidad e integrales que establecen una agencia de cuidados dependiente, desarrollada y estabilizada principalmente mediante un sistema de enfermería totalmente comenzado

Palabras claves: cuidados de enfermería, recién nacidos, bajo peso al nacer, prematuridad

Abstract

Title of the case study: Preterm neonate specialized care based on the approach of self-care general theory.

Introduction: The birth of preterm infants, due to a large number of complications involved and mortality in this specific population, are considered a worldwide problem. Nursing practice is directed to wellbeing in a multidisciplinary way, it is necessary a scientific method that regulates such activity for which a process is implemented in a planned, systematized and organized way allowing to provide quality nursing care and oriented in scientific basis. For the understanding of the clinical case, definitions are added in the Theoretical Framework to unify the terms used in this research.

Objective: To provide comprehensive nursing care to the patient through the nursing care process using Dorothea E. Orem's theoretical model. Orem

Methodology: The neonate was chosen during the course of practice in the neonatal intensive care unit; contact with the neonate was at 20 days of admission to the neonatal intensive care unit.

Case description: neonate named Miranda product 2 of 20 days of extrauterine life with 32 weeks of corrected age.

Conclusions: The theory of self-care allowed to establish the daily exercise of nursing agency by providing quality and comprehensive care that establishes a dependent care agency, developed and stabilized mainly through a fully started nursing system

Key words: nursing care, newborns, low birth weight, prematurity

4.- Agradecimiento

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por darme la oportunidad de estudiar el posgrado en Enfermería del Neonato, en un plan de estudios de alta exigencia y formación.

Al Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria por facilitar instalaciones de alta calidad durante todo el proceso de formación.

A mis profesores por su dedicación a la enseñanza de nuevos conocimientos y por su ejemplo a seguir.

5.- Dedicatoria

A Dios por darme la oportunidad de aprender y transmitir conocimientos.

A mi familia por el apoyo que me han brindado.

En especial a mi esposo Rodrigo Antonio Chávez Dávila por su ayuda incondicional en todo este proceso quien se ha desvelado a la par mía y me ha dado la fuerza para continuar.

Así como a mis padres Leticia Martínez Rodríguez Y Luis Gabriel Cedillo Morado ya que su ejemplo ha sido parte fundamental de mi formación los cuales me inspiran a superarme día con día.

Índice

I.- Introducción	1
II.- Objetivos.....	3
General.....	3
Específicos	3
III.- Capítulo 1	4
1.Fundamentación	4
IV.- Capítulo 2. Marco teórico	6
4.1 Marco Conceptual.....	6
4.2 Marco empírico	9
4.3 Teoría General de Autocuidado	13
4.3.1 Teorista Dorothea E. Orem.....	13
4.3.2 Orem y sus conceptos meta paradigmáticos:.....	14
4.3.3 La teoría del autocuidado.....	15
4.3.4 Sistemas de enfermería	20
4.3.5 Proceso de atención de enfermería.....	21
4.3.6 Relación del proceso atención de enfermero y el modelo teórico	23
4.4 Daños a la salud	24
V.- Capítulo III Metodología	31
5.1 Estrategias de investigación: Selección de caso y fuentes de información	31
5.2 Consideraciones éticas.....	32
VI.- Capítulo 4. Aplicación del proceso de atención de enfermería	35
6.1 Ficha de identificación 10 de octubre 2019.....	35
6.1.1 Descripción de caso	36
6.2 Exploración física.....	43

6.3	Requisitos universales	45
6.4	Análisis y jerarquización de requisitos afectados.....	48
	Diagnóstico de enfermería	50
	6.4.1 Prescripción del cuidado.....	51
6.5	Plana de alta	76
6.5.1	Plan de alta de enfermería.....	76
VII-	Capitulo 5 Conclusiones y Recomendaciones	79
VIII.-	Referencias	80
IX.-	Anexos.....	85

I.- Introducción

El caso clínico presentado busca proporcionar cuidados en forma integral a la Recién Nacido Miranda a través del proceso atención de enfermería mediante el modelo teórico de Dorothea E. Orem.

El nacimiento de niños prematuros por el gran número de complicaciones que conlleva y la mortalidad en esta población en específico se considera un problema mundial.

La práctica de enfermería está dirigida al bienestar en forma multidisciplinaria, es necesario un método científico que regule tal actividad por lo cual se implementa un proceso realizado en forma planeada, sistematizada y organizada permitiendo brindar cuidados de enfermería de calidad y orientados en fundamento científico. Para la comprensión del caso clínico se agregan definiciones en el Marco teórico que unifiquen temimos empleados en dicha investigación.

Se asigna al neonato prematuro Miranda, en la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde se presenta la prematurez como un problema de salud en la población neonatal, que desencadena complicaciones como Bajo peso al nacer, el Síndrome de dificultad respiratoria entre otras. La prematurez es uno de los padecimientos más frecuentes en los servicios neonatales; sin ser la excepción el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria;

Se entrevista a la madre del neonato, la cual autoriza llevar a cabo la investigación, así como también se buscó información en bases de datos, realizando la revisión de artículos médicos y de enfermería. Utilizando la teoría de autocuidado mediante una valoración por requisitos universales detectando las alteraciones que llevaron a la elaboración de diagnósticos reales, de riesgo y bienestar para abordar de forma especializada a la persona del cuidado, logrando establecer y ejecutar intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica; con lo cual se logra mejorar el estado de salud del recién nacido, a través del seguimiento realizado durante su estancia hospitalaria, con el fin de garantizar un crecimiento y desarrollo adecuado.

Por último, se interactúa de manera exitosa con la madre, pues presenta interés por continuar con los cuidados adecuados, específicos e individualizados para mejorar y mantener el estado de salud de su hija.

Finalmente se realizó un plan de alta explicando a los padres sobre los cuidados que ellos pueden proporcionar en casa y los signos de alarma que pongan en riesgo la vida de su bebe.

II.- Objetivos

General

- Proporcionar cuidados en forma integral al recién nacido a través del proceso atención de enfermería mediante el modelo teórico del autocuidado de Dorothea E. Orem.

Específicos

- Valorar los requisitos de autocuidado universales, a través de un instrumento de valoración basada en la teoría del Autocuidado de Orem.
- Emitir juicio clínico, identificando los requisitos alterados de autocuidado del neonato durante su estancia hospitalaria, determinando diagnósticos de enfermería
- Planificar cuidados encaminados en prevenir, minimizar o corregir los requisitos con déficits de autocuidado de manera individualizada
- Aplicar intervenciones de enfermería que tengan un impacto positivo en la salud del neonato integrando la participación de los padres.
- Evaluar la eficacia de los planes de atención de enfermería aplicados en el neonato, como resultado de las intervenciones.

III.- Capitulo 1

1.Fundamentación

La Organización Mundial de la salud estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de las 37 semanas de edad gestacional). Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.¹

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

En México entre el periodo 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, en los últimos años, este indicador se ha mantenido constante y sigue siendo el principal componente de la mortalidad infantil.³

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. La prematuridad puede ser ocasionada por diversas condiciones en la salud de la madre, como padecer diabetes, hipertensión, problemas renales, infecciones de vías urinarias u obesidad; también puede estar asociada al uso de técnicas de reproducción asistida o a embarazos en los extremos de la vida.⁴

La mayoría de las enfermedades graves y muerte se reportan en los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas de gestación y peso <1,500 g. En una unidad de

tercer nivel se reporta una (Tasa de mortalidad neonatal) TMN para menores de 750 g de 597 por 1,000 nacidos vivos y para menores de 1,000 g de 457. En la UCIN del Hospital General de Irapuato se presentó una mortalidad de 41.1% en menores de 1,000 g y de 16.4% en los recién nacidos pretérmino entre 1,000 y 1,500 g. ²

La sobrevivencia de los prematuros de muy bajo peso ha experimentado una mejoría significativa debido a los avances en la medicina perinatal, al advenimiento de las unidades de cuidados intensivos neonatales, la utilización de ventilación mecánica, técnicas de monitoreo no invasivo, así como agentes farmacológicos. Se debe también a la mejoría en la práctica clínica y el nivel asistencial.⁴ Además, en la literatura se reporta una disminución significativa en la morbilidad y mortalidad al evitar los traslados de la unidad de nacimiento a otra unidad de mayor nivel de atención.²

IV.- Capítulo 2. Marco teórico

4.1 Marco Conceptual

Se integra un marco conceptual con la finalidad de unificar conceptos para la comprensión del caso clínico presentado.

Calidad de atención en salud: Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los recién nacidos y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.⁵

Enfermería: Abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.⁵

Lactancia materna: La alimentación del recién nacido o lactante con leche humana:

Sucedáneo de la leche materna: Fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.⁵

Neonatología: Es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina “natos” que significa nacer y “logos” que significa tratado o estudio, es decir el “estudio del recién nacido”.⁶

Cuidados intensivos neonatales: Unidad asistencial en la que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en pediatría y sus áreas específicas, se realiza la atención del recién nacido con patología médico-quirúrgica, con compromiso vital, que precisa de medios y cuidados especiales de forma continua.⁶

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

Recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación 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

Edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Parto con producto prematuro: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

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

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

Bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

Peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

Peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Restricción en el crecimiento intrauterino: a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.⁵

4.2 Marco empírico

Se realizó una búsqueda de artículos relacionados a: cuidados de enfermería, prematuridad, bajo peso al nacer, recién nacido, retraso en el crecimiento intrauterino, en Biblioteca Virtual de la Salud, Medgraphic, Scielo, Google académico y Enferteca encontrando artículos originales y de revisión realizados.

De acuerdo con un estudio de Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer realizado el 2013 el 15 % de los nacimientos en el mundo corresponde a recién nacidos con peso inferior a 2 500 g, lo que equivale a más de 20 millones de neonatos con bajo peso al nacer y presentan cifras elevadas de morbilidad y alteraciones del neurodesarrollo. Esto ha llevado a que la prematuridad y el bajo peso al nacer sean los factores predictivos más fuertemente asociados con la mortalidad perinatal. Otros autores obtuvieron que 44,21 % de los recién nacidos prematuros de muy bajo peso presentaron como antecedente materno preclamsia; 24,61 % fueron embarazos múltiples y la rotura prematura de membranas y la corioamnionitis estuvieron presentes en 27,37 y 8,95 % de los casos. ⁷

De igual manera se revisó un estudio con Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en Cuba, menciona que el bajo peso al nacer (BPN) es en todo el mundo y grupos de poblaciones el índice más importante para determinar las posibilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento sano. En Latinoamérica existe una prevalencia de 9,26 % de BPN. Se evidencia la relación que existe entre la edad materna y el nacimiento de niños con bajo peso. Algunos autores sugieren que las mujeres mayores de 35 años de edad y las menores de 20 están propensas a tener hijos con peso inferior a 2 500 gramos. La mayoría de las gestantes presentaron alguna enfermedad asociada y las que incidieron mayormente en el bajo peso al nacer fueron la infección vaginal, la anemia durante la captación, el asma bronquial y la hipertensión arterial.⁸

Así mismo se verificó un estudio realizado en México sobre la relación entre el soporte nutricional enteral, parenteral o mixto y la evolución nutricional de neonatos prematuros en

la unidad de cuidados intensivos. Se incluyeron recién nacidos prematuros que recibieron nutrición enteral, parenteral o mixta (enteral + parenteral). Este estudio demuestra que la evolución nutricional de los neonatos en la UCIN está condicionada al estado clínico y metabólico del recién nacido que en muchas de las ocasiones impide brindar un aporte calórico y proteico idóneo para favorecer crecimiento y desarrollo. Se comprueba que la mejor estrategia para la ganancia de peso del recién nacido prematuro es utilizar el soporte nutricional mixto prescrito por un equipo multidisciplinario.⁹

En esa misma línea se revisó un estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en el área de UCIN relacionado con el aporte nutricional en pacientes prematuros extremos y su relación con el peso. En el cual se establece que el ayuno prolongado daña la integridad intestinal a pesar de recibir nutrición parenteral. Se estima que la cantidad de energía que necesita un recién nacido prematuro tampoco es utilizable solo por vía enteral. En los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer la intervención nutricional que optimiza el crecimiento y el desarrollo cerebral es la dieta rica en proteínas. El inicio de un aporte nutricional adecuado y oportuno en los recién nacidos prematuros extremos contribuye a una mejor evolución clínica.¹⁰

En el estudio observacional y prospectivo en neonatos en crecimiento y desarrollo realizado el 2016 en la UCIN, sobre Técnica de alimentación y su influencia en el incremento de peso en el neonato enfermo. se recomienda ofrecer alimentación enteral en forma intermitente, en bolos o por sonda orogástrica a gravedad hasta que el recién nacido cumpla 34 semanas de edad corregida y después de esta edad mediante succión. La técnica de alimentación mixta con sonda orogástrica y alimentador es la que más se asocia al incremento de peso en neonatos enfermos frente a otras variables. La alimentación con fórmulas maternizadas y leche materna podría intervenir en el incremento de peso en comparación con el uso exclusivo de fórmulas.¹¹

En un artículo de Lactancia materna en el neonato críticamente enfermo se reconoce que esta tiene importantes beneficios como la transmisión de múltiples propiedades inmunológicas, mejor digestión, favorece la maduración pulmonar, del tubo digestivo, y

la maduración a nivel cerebral. Es innegable que en nutrición infantil la lactancia materna es la mejor estrategia costo-efectiva, ya que disminuye la morbilidad y mortalidad infantil en el corto y largo plazo, y favorece el desarrollo del capital humano, es necesario generar políticas públicas para promoverla, protegerla y fomentarla. Se requiere la participación de actores clave que repercuta en la mejor calidad de atención médica y nutricional en los recién nacidos críticamente enfermos, para quienes la leche materna es vital.¹²

Por otra parte, hablando del rol de la enfermería en el vínculo de los padres y el neonato prematuro se encontró un artículo el cual menciona que la labor es contribuir a la adaptación del binomio, siendo fundamental para permitir la vinculación de los padres en el cuidado del prematuro y contribuir con su bienestar. Es indispensable que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia empírica aportada por enfermería. Desafortunadamente el poco reconocimiento en la sociedad de nuestra disciplina es causado por el condicionamiento a otras profesiones de salud en la ejecución de las actividades que realizamos a diario en las UCIN. A través de intervenciones de enfermería se podrán mejorar la situación que vivencian los padres de prematuros, las cuales servirán de soporte en las tomas de decisiones sobre las políticas en las instituciones de salud .¹³

En la guía de práctica clínica de Intervenciones de enfermería en la atención del neonato prematuro, menciona que los recién nacidos prematuros son fisiológicamente inmaduros a lado de los recién nacidos a término. Por tanto, tiene mayor riesgo de morbi-mortalidad, su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales. Los prematuros tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que, a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros a presentar retraso en el desarrollo.¹⁴

En un estudio de caso enfocado en el Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado se presenta el abordaje de manera integral a una recién nacida de 32 SDG con SDR, en un hospital de segundo nivel de

atención, en este se aplicó el proceso enfermero. Los nacimientos prematuros permanecen como un problema perinatal, afectan entre 5 y 12% de los nacimientos. Se realizaron 12 diagnósticos de enfermería, 10 reales y 2 de riesgo de acuerdo con los requisitos de autocuidado universal, se identificaron los más alterados. Se lograron intervenciones independientes e interdependientes; sin embargo, el neonato permaneció en UCIN debido a que su atención es compleja y requiere personal capacitado con conocimientos y habilidades fundamentadas para el cuidado. La asistencia al prematuro debe ser inmediata para la detección precoz y manejo de patologías frecuentes.¹⁵

El artículo cuidado enfermero en el recién nacido prematuro tiene por objeto Gestionar el cuidado enfermero y la tecnología del cuidado neonatal mediante la solución de problemas de salud con el fin de incrementar el promedio y la calidad de vida del paciente prematuro. El desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida, minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que lo integre a la vida familiar y a la sociedad a través de termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia en los diagnósticos. Con este conjunto de acciones y cuidados sistemáticos, se pretende dar respuesta oportuna que asegure la calidad de la atención a estos pacientes. Aplicar la teoría de Marjory Gordon para valoración del neonato prematuro implica considerar el método de patrones funcionales, que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permite reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería.¹⁶

4.3 Teoría General de Autocuidado

4.3.1 Teorista Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem. Nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939- 1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959- 1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

Como consultor de plan de estudios, Dorothea E. Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington.

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976.

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos.¹⁷

4.3.2 Orem y sus conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. ¹⁷

4.3.3 La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969, lo define como “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”.

Orem contempla el concepto “auto” como el ser, incluyendo no sólo las entidades físicas sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como, toda actividad que un ser inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida la salud y el bienestar una persona cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y su función normal.
- Mantener el crecimiento y desarrollo normales.
- Prevenir o controlar enfermedades o lesiones
- Prevenir una incapacidad o su contra partida
- Promoción del bienestar

El autocuidado es una manifestación activa que requiere la capacidad de las personas de razonar y comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para considerar las acciones apropiadas. El autocuidado es la práctica, de toda actividad que mantiene la vida y la salud, y también promueve el bienestar. (antología) Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, desarrollo, comunidad y cultura.

18

Orem Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de

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. ¹⁷

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

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

4.3.3.1 Requisitos de autocuidado

Son un componente principal del modelo, ya que constituyen una parte importante de la valoración del paciente, Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son de suma importancia para que se logre el autocuidado, dejando de lado el estado de salud, edad, nivel de desarrollo o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal. El término “requisito” indica una actividad que una persona debe realizar para cuidar de ella misma.

4.3.3.2 Requisitos de autocuidado universal

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de aporte suficiente de alimento
4. Provisión de cuidado asociados con el proceso de eliminación y los excrementos
5. Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social
7. Prevención de peligro para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan elementos físicos psicológicos sociales y espirituales esenciales de la vida, no deberían considerarse por separado ya que interactúan entre sí. ¹⁸

4.3.3.3 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Se clasifican principalmente en dos.

Etapas específicas del desarrollo

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven el desarrollo y el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración, se asocian con etapas específicas del desarrollo como el ser un neonato. ¹⁸

Las etapas de desarrollo específicas incluyen.

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal ya sea un parto o término o prematuro un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede haber demandas específicas.

4.3.3.4 Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.¹⁷

Condiciones que afectan el desarrollo humano

Provisión de cuidados asociados con condiciones que puedan afectar adversamente el desarrollo humano este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos.

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.¹⁸

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que el individuo busque consejos y ayuda de otras personas competentes para ofrecerlos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud componentes esenciales de su modelo la satisfacción efectiva de la exigencia de autocuidado universal apropiadas por un individuo se considera como prevención primaria, la prevención secundaria consiste en evitar mediante la detección temprana y la pronta intervención los efectos adversos o complicaciones de las enfermedades o la incapacidad prolongada, la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.¹⁸

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para

los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.¹⁷

4.3.3.5 Déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.¹⁷

Los seres humanos tienen capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en él, o su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en la que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En dicho suceso la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; la ayuda puede proceder de varias fuentes, incluyendo las intervenciones de la familia, amigos y profesionales de enfermería.¹⁸

Dorothea E. Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. También reconoce otra situación en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería, describe al individuo que proporciona cuidados a otras para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agentes de cuidado dependiente; en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los

niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona.

El cuidar de uno mismo: es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.¹⁷

Limitaciones del cuidado: son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo.¹⁷

4.3.4 Sistemas de enfermería

La manera y el contexto en los que enfermería y el paciente interactúan son denominado sistema de enfermería. Sus elementos básicos constituyentes son

1. La enfermera
2. El paciente o grupo de personas

3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos

Hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensado, parcialmente compensado y de soporte-educación.

Totalmente compensado: la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Compensa las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente, apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Parcialmente compensado: el paciente está más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. El papel de la enfermera es realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente, compensar cualquier limitación de autocuidado que pueda tener el paciente, ayudar al paciente según requiera.

De apoyo/educación: sistema de enfermería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El papel de la enfermera es regular la comunicación y el desfase de las capacidades de autocuidado, mientras que la propia familia realiza su autocuidado.¹⁷

4.3.5 Proceso de atención de enfermería

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.

Hay diferentes métodos para la obtención de datos. Entrevista clínica; la anamnesis (historia clínica) proporciona datos fundamentales sobre los antecedentes familiares del niño, el desarrollo del embarazo, el parto y el puerperio neonatal; es necesario recabar datos de afiliación, historial familiar, datos de la madre como antecedentes obstétricos, edad de la madre, estado de salud y antecedentes patológicos, así como del padre y datos del neonato al momento del nacimiento como su peso y talla, si fueron necesarias maniobras de reanimación

La observación. Es la inspección general, es indispensable observar al neonato antes de manipularlo; se valora el aspecto general del niño, su actitud, y su tono.

La exploración física. Se realiza el reconocimiento de problemas de salud mediante la medición, la exploración de la piel, de la cabeza, del aparato respiratorio, cardiovascular, del abdomen, genitales, locomotor, neurológica

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.¹⁸

4.3.6 Relación del proceso atención de enfermero y el modelo teórico

La enfermería se ocupa de las respuestas humanas a los factores que amenazan el bienestar y la enfermedad, los profesionales de enfermería tiene la posibilidad de prestar servicios a través de acciones diseñadas para promover la salud del ser humano. Dorothea. E. Orem, estableció entonces su teoría del déficit del autocuidado como un modelo general y abordó el autocuidado como una necesidad humana. Resaltó la particular atención de enfermeros a la necesidad de autocuidado de las personas, para prolongar su vida y la salud o para recuperarse de lesiones y enfermedades. Mediante la aplicación del método científico.

El proceso de atención de enfermería (PAE), proporciona el mecanismo por el que profesionales utilizan sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. La teoría del autocuidado y la del déficit del autocuidado pueden aplicarse en la primera etapa de nuestro método científico. Esta valoración constituye entonces la base para la identificación de diagnósticos enfermeros, el desarrollo de resultados, la ejecución de actuaciones de enfermería y la evaluación de estas.

La segunda etapa del PAE son los diagnósticos de enfermería descrita por Orem como enunciados relacionados con requisitos de autocuidado en un sistema de enfermería que de cómo resultado la consecución de las metas de la salud. La intervención donde se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir al mínimo las necesidades de autocuidado que el paciente tiene insatisfechas. El modelo de Orem se aplica siempre que la capacidad de satisfacer necesidades de autocuidado de una persona sea inadecuada o insuficiente. Por consiguiente, debe diseñarse y ejecutarse en la práctica un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

La tercera etapa del PAE expuesta por Orem se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado. Esta etapa corresponde con la fase final de nuestro método científico, la evaluación, donde podemos evaluar las respuestas de los pacientes, familia y comunidad de acuerdo con las expectativas u objetivos trazados para evitar, reducir o corregir las necesidades de autocuidado insatisfechas a través de la evaluación del impacto de la intervención de enfermería en los problemas del individuo o la familia.¹⁹

4.4 Daños a la salud

La prematuridad es definida por la edad gestacional del recién nacido. La edad gestacional se el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. Más exactamente, la edad gestacional es la diferencia entre 14 días antes de la fecha de concepción y la fecha del parto. La edad gestacional no es la edad embriológica real del feto, pero es el valor estándar universal entre los obstetras y los neonatólogos para evaluar la maduración fetal.

El nacimiento antes de las 37 semanas de edad gestacional se considera prematuro. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse también como

- Extremadamente prematuro: < 28 semanas
- Muy pretérmino: 28 a 31 6/7 semanas
- Moderadamente pretérmino: 32 a 33 6/7 semanas
- Pretérmino tardío: 34 a < 36 6/7 semanas

Los recién nacidos prematuros tienden a ser más pequeños que los recién nacidos de término. Las tablas de crecimiento de Fenton proporcionan una evaluación más precisa del crecimiento vs edad gestacional.

Los recién nacidos prematuros se clasifican según el peso al nacer:

- < 1000 g: peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)
- 1000 a 1499 g: muy bajo peso al nacer (MBPN)
- 1500 a 2500 g: bajo peso al nacer (BPN)²⁰

Para el parto prematuro se identificaron muchos factores de riesgo:

Antecedentes obstétricos

- Partos prematuros previos
- Embarazos múltiples previos
- Múltiples abortos terapéuticos previos o abortos espontáneos

Factores relacionados con el embarazo actual

- Embarazo logrado mediante fertilización in vitro
- Poca o ninguna atención prenatal
- La mala nutrición durante la gestación (y tal vez antes)
- Tabaquismo
- Edad materna muy joven o mayor (p. ej., < 16, > 35 años)
- Las infecciones no tratadas
- Embarazo múltiple (mellizos, trillizos)
- Insuficiencia cervical (antes incompetencia cervical)
- Preclamsia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Ciertos defectos congénitos

El embarazo múltiple es un factor de riesgo importante; el 59% de los gemelos y > 98% de los múltiples de orden superior nacen en forma prematura. Muchos de estos recién nacidos son muy prematuros; 10,7% de los gemelos, 37% de los trillizos y > 80% de los múltiples de mayor orden nacen antes de las 32 semanas.

La incidencia y la gravedad de las complicaciones de la prematurez aumentan con la reducción de la edad gestacional y el peso al nacer.

Signos y síntomas

El recién nacido prematuro es pequeño, en general de < 2,5 kg, y tiende a tener piel delgada, brillante, rosada, a través de la cual es fácil visualizar las venas. Hay escasa grasa subcutánea, pelo o cartílago del pabellón auricular. Se observa reducción de la actividad espontánea y el tono, y los miembros no adoptan la posición en flexión típica de los recién nacidos de término.

En los varones, el escroto puede presentar pocos pliegues, y los testículos a veces no han descendido. En las niñas, los labios mayores aún no cubren los labios menores.

Los reflejos aparecen en diferentes períodos de la gestación. El reflejo de Moro comienza en las semanas 28-32 de gestación y está bien establecido en la semana 37. El reflejo palmar comienza en la semana 28 y está bien establecido en la semana 32. El reflejo tónico cervical comienza en la semana 35 y es más prominente al mes después del término.

Los exámenes físicos seriados son importantes para monitorear el progreso de los lactantes y detectar nuevos problemas (p. ej., problemas respiratorios, ictericia). Las evaluaciones de peso frecuentes son necesarias para optimizar la dosificación del fármaco y la alimentación basadas en el peso.²⁰

Retraso en el crecimiento intrauterino

El Retardo del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como crecimiento fetal menor al potencial debido a factores genéticos o ambientales. Dada la dificultad para la

estimación del potencial genético de cada recién nacido, la definición de RCIU se basa en la disminución de la velocidad de incremento ponderal que se manifiesta en peso bajo el percentil 10 para la edad gestacional.

Las causas y factores de riesgo para el desarrollo de RCIU pueden ser de origen materno, placentaria o fetal.

CAUSAS MATERNAS

- Edad materna, menores de 16 años o mayores de 35 años
- Vivir en altura
- Nivel socioeconómico bajo
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas
- Medicamentos
- Talla materna baja
- Nulípara y grandes multíparas
- Malnutrición durante el embarazo
- Mal control o sin control médico
- Enfermedades maternas, LES, síndrome antifosfolipídico
- Patologías asociadas al embarazo.

CAUSAS PLACENTARIAS

- Infartos placentarios
- Inserción velamentosa de cordón
- Infecciones placentarias

-Disfunción placentarias

-Trombofilia

CAUSAS FETALES

-Alteraciones cromosómicas y genéticas

-Malformaciones congénitas

-Infecciones congénitas

-Enfermedades metabólicas

-Gestaciones múltiples

Cabe destacar que posterior a un estudio inicial solo en el 40% de los casos es identificable una causa concreta de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). De los pacientes en que se sospecha RCIU, descartadas las causas antes descritas y con la condición de crecimiento sobre percentil 5, simétricos, Doppler de arteria uterina y umbilical normal y que mantiene carril de crecimiento en ecografías seriadas; se puede plantear como feto pequeño constitucional. Éstos dan cuenta de dos tercios de los fetos bajo percentil 10 y son una expresión estadística de fetos pequeños, pero que no tendrán las manifestaciones patológicas de RCIU. Fetos con RCIU pueden ser clasificados según severidad de la restricción de crecimiento, por las proporciones corporales y la edad gestacional al momento de la detección de la patología.

Según Severidad de RCIU el uso de tablas de peso para la edad gestacional permite identificar la severidad de la RCIU:

- Severo: Peso menor al percentil 3

- Moderado: Peso entre los percentiles 3 y 5

- Leve: Peso entre los percentiles 5 y 10

Según Proporciones Corporales

El feto con RCIU simétrico se caracteriza por disminución de forma proporcionada de sus segmentos corporales. Se asocia a inicio precoz en la gestación por lo que tiene menor cantidad total celular. Su origen es principalmente de factores intrínsecos como infecciones congénitas o anormalidades cromosómicas/genéticas.

En casos de RCIU asimétrico, éste aparece en el segundo y tercer trimestre y ocurre por reducción de nutrientes fetales que limitan el almacenamiento de glicógeno y grasa, por lo que habitualmente su perímetro abdominal es menor a fetos con EG similar, pero otras variables corporales son similares. Se caracteriza por número celular normal, pero de menor tamaño.

Una última forma de presentación es el RCIU mixto en que hay disminución de células y de su tamaño, y es la consecuencia de la suma de RCIU precoz más insuficiencia placentaria.

Según Edad Gestacional al momento de aparición de RCIU

Se clasifica como Precoz cuando se inicia antes de las 28 semanas y Tardío posterior a aquella edad gestacional. Su importancia radica en que representa dos fenotipos distintos de enfermedad, siendo la forma Precoz la que se relaciona estrechamente con formas severas de RCIU.

Las consecuencias de la aparición de RCIU se clasifican en aquellas de aparición inmediata (morbilidad perinatal), a mediano y a largo plazo. Es en relación a estas últimas que se plantea la "Hipótesis de Barker": alteraciones causadas por patologías maternas, placentarias o del feto que se manifiestan en el periodo intrauterino y cuya expresión clínica es el RCIU, denotan la adaptación del feto al déficit de nutrientes fundamentales. Esto genera cambios en la función cardiovascular, endocrinológica y metabólica con el consiguiente aumento del riesgo de dislipidemia, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2.

CRECIMIENTO POST-NATAL

El crecimiento post-natal en recién nacidos con antecedente de RCIU está determinado por la patología causal del mal incremento ponderal durante el embarazo, en el momento en que éste ocurre, a la nutrición post-natal y al nivel socio-económico.

En neonatos con RCIU simétrico, el mal incremento ponderal ocurre de forma precoz dado que la etiología desencadenante se relaciona con trastornos genéticos o cromosómicos. Es por este motivo que en el periodo post-natal su crecimiento habitualmente se encuentra en los percentiles inferiores. En cambio, la presentación tardía de RCIU es secundaria a insuficiencia de nutrientes, por lo que en un ambiente post-natal en que presenta adecuada estimulación y aporte calórico desarrolla “catch up” o crecimiento acelerado hasta la curva de incremento ponderal según su potencial genético.

Diferentes estudios han evaluado el crecimiento a largo plazo de neonatos con RCIU. Por ejemplo, Chaudhari et al evaluó el crecimiento y la maduración sexual a los 12 y 18 años para lo cual fueron evaluados dos cohortes de pacientes con RCIU. En estos grupos logró determinar que pacientes prematuros con RCIU tenían a los 12 años menor talla, peso y circunferencia craneana. Posteriormente a los 18 años, la talla era aun significativamente menor en pacientes prematuros con RCIU.²¹

V.- Capitulo III Metodología

5.1 Estrategias de investigación: Selección de caso y fuentes de información

La selección del caso se realizó por asignación en el área de cuidados intensivos neonatales, en un hospital de tercer nivel, durante el transcurso de prácticas clínicas, de un neonato nacido de un embarazo múltiple (trillizos) de 32 semanas de edad gestación.

El desarrollo del presente estudio inició el día 10 de octubre, una vez asignado el neonato, se solicitó de manera verbal y escrita a la madre su consentimiento para llevar a cabo la investigación. La información se recabo a través una fuente directa en este caso el neonato mediante la exploración física, entrevista a la madre y de fuentes indirectas con el expediente clínico.

Durante la etapa de valoración se aplicó una guía basada en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem (ANEXO) compuesta por recopilaciones de diferentes valoraciones utilizadas en estudios de casos previos; a su vez, se hizo una recolección de datos objetivos y subjetivos del neonato organizados por requisitos de autocuidado, posterior a esto se complementa la valoración con la entrevista al cuidador primario.

A continuación, se analizaron los datos obtenidos, logrando identificar los requisitos universales con déficit y en la siguiente etapa del proceso, se elaboraron los diagnósticos de enfermería. Al continuar con el estudio, se formularon planes de cuidados con intervenciones especializadas que se fundamentan mediante la Enfermería Basada en Evidencia a través de una revisión bibliográfica de artículos científicos y guías de práctica clínica de distintos países incluyendo México.

Para finalizar durante la evaluación se logró identificar el cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno de los diagnósticos emitidos para mejorar el estado de salud del neonato. Se creo un plan de alta con los cuidados posteriores al tratamiento dentro de la UCIN, además se educa a los padres para brindar cuidado optimo al neonato en el hogar.

5.2 Consideraciones éticas

De acuerdo con el reglamento establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, se tomaron en cuenta para esta investigación el artículo 13 el cual menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Así mismo, en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice como marca el artículo 16.

El artículo 20 señala como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

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. Por lo que se le explica a la madre del menor el tipo de investigación, la cual se realiza mediante un proceso de atención de enfermería con intervenciones ya establecidas, comprobadas y sustentadas científicamente como el artículo 21 lo refiere. Así mismo el artículo 36 habla que 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.²²

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

La observación del Código de Ética para el personal de enfermería compromete a respetar, cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas. Así como proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos, manteniendo una relación estrictamente profesional con los pacientes, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa o preferencia política y asumir la responsabilidad como parte del

equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

Además, procurar que el entorno laboral sea seguro para el paciente y los miembros del equipo de salud, de la misma forma evitar la competencia desleal y compartir experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad enfermera. También se debe asumir el compromiso de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional. Y no menos importante siempre pugnar por el desarrollo de la profesión.²³

Declaración De Los Derechos Del Recién Nacido prematuro

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. El personal de enfermería tiene el deber y la obligación de conocer los derechos de los recién nacidos prematuros, así como sus implicaciones en el actuar de la profesión.

La declaración menciona que la prematuridad se puede prevenir en ocasiones, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres, así mismo los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados, ellos tienen derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro, en este mismo contexto los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo

Otro derecho fundamental de los bebés prematuros es ser alimentados con leche materna, también menciona que los prematuro de alto riesgo debe acceder cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.²⁴

VI.- Capítulo 4. Aplicación del proceso de atención de enfermería

El proceso de atención de enfermería configura por ser un método una serie de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, llevadas a la práctica, cada una de las etapas se superpone; valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

6.1 Ficha de identificación 10 de octubre 2019

Unidas hospitalaria	Hospital Regional de Alta Especialidad de Cd. Victoria, Tamaulipas
Servicio	Unidad de cuidados intensivos neonatales
Fecha de elaboración	10 de octubre del 2019
Nombre del Recién Nacido	Miranda
Lugar de nacimiento	HRAE Victoria
Edad gestacional	30 semanas de edad gestacional al nacer
Edad gestacional corregida	32.6 semanas de edad gestacional corregidas
Sexo	Femenino
Fecha de nacimiento	20 de septiembre del 2019
Hora de nacimiento	18:12 hora
Peso al nacer	780 gramos peso actual
Grupo y RH	A positivo (+)

Tipo de parto	Cesaría
Embarazo	Múltiple (trillizos)
Maniobras de reanimación	Básicas Estimulación, Avanzadas CPAP Nasal
Días de estancia	20 días
Fecha de ingreso	20 de septiembre del 2019
Fuentes de información	Directa: explicación física y entrevista con la madre. Indirecta: expediente clínico

Motivo de consulta

Mujer de 42 años, con embarazo múltiple (trillizos) por fertilización in-vitro, presentaba signos de parto prematuro y preeclamsia detectada en el control prenatal. Se indica interrupción vía abdominal, administrando anestesia general, obteniendo 3 productos vivos de 30 semanas de edad gestacional al momento del nacimiento, se dan pasos iniciales de reanimación básicas y avanzadas con CPAP Nasal a Miranda identificada fenotípica de sexo femenino trilliza 2 con un Apgar de 8 al nacer y 8 a los 5 minutos.

Actualmente Miranda se encuentra en el día 20 de estancia hospitalaria con bajo peso para edad gestacional

6.1.1 Descripción de caso


1.- Factores básicos condicionantes


Neonato femenino identificado como Miranda de 32.6 semanas de edad gestacional, peso actual de 890 g, talla 30 cm., grupo sanguíneo A (+). Producto múltiple, trillizo II de fertilización in-vitro, nacido vivo, vía abdominal, se realizan pasos iniciales de reanimación neonatal.

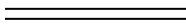
Nuevo miembro de una familia de 5, siendo 4° integrantes. Madre de 42 años de edad, de religión católica, profesionista, licenciatura terminada, vive en cd. Victoria Tamaulipas. Su padre tiene 42 años, profesionista, licenciatura terminada, estado civil casados. Actualmente viven en casa propia en un área urbana, vivienda de concreto, refieren buena ventilación e iluminación, cuentan con todos los servicios básicos, jardín, una mascota (perro) sin fauna nociva.


Antecedentes heredofamiliares. abuelo de RN hipertenso. Madre niega toxicomanías considera su alimentación es adecuada y de calidad, realiza baño diario, aseo dental 2 veces al día por su trabajo, esquema de vacunación completo. Derechohabiente del ISSSTE, es referida de su servicio médico por embarazo múltiple de fertilización in-vitro, alto riesgo, trabajo de parto prematuro.


2.-Familiograma

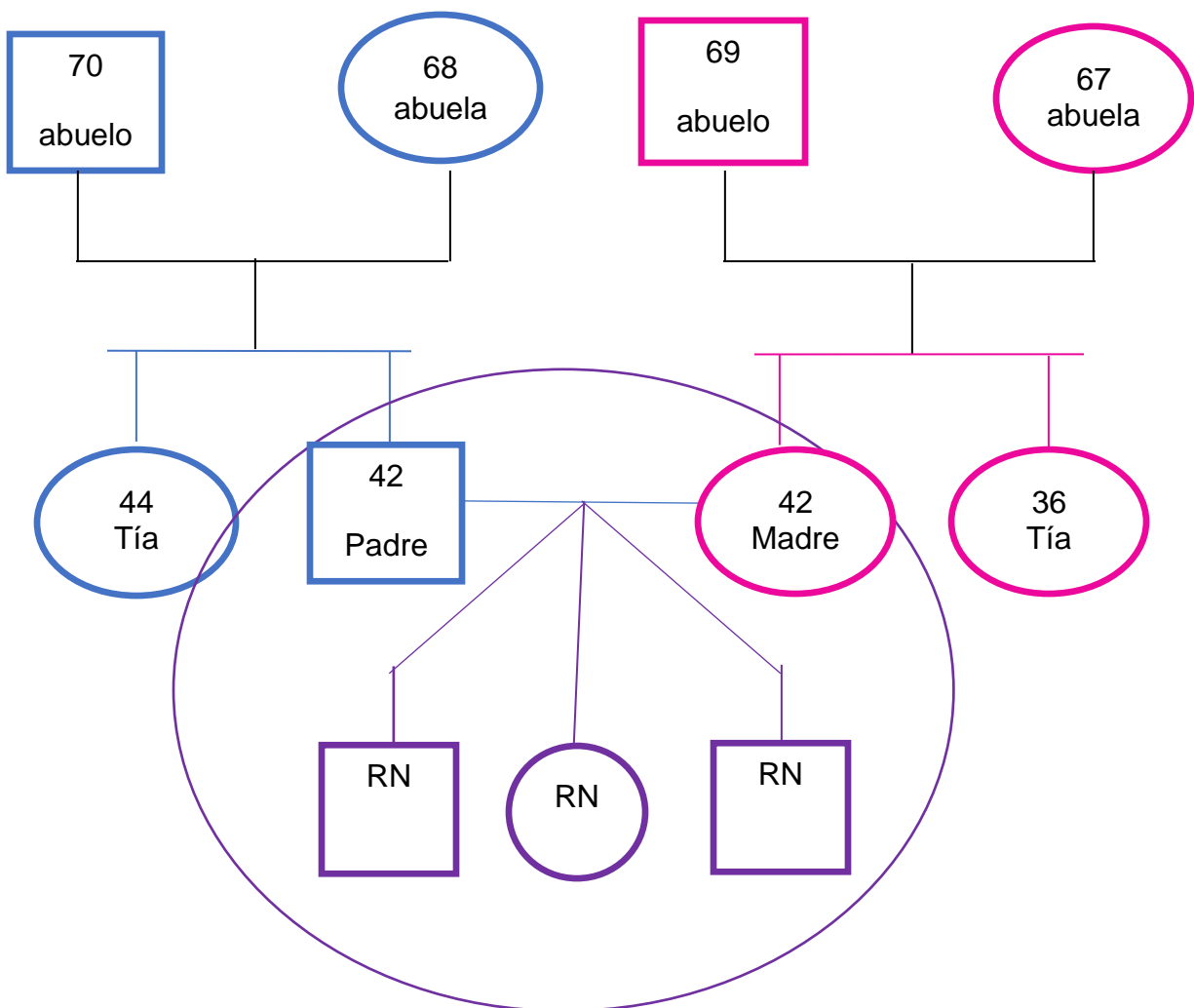
Hombre 

Mujer 

Relación afectiva 

Matrimonio 

Unión libre 



3.- Requisitos de autocuidado del desarrollo

De acuerdo con la valoración obtuvo un Apgar: 8-8, Silverman 2, Capurro extendido 31.6
SDG

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 40,
tensión arterial 59/30, temperatura 35°C, saturación 87%

Antropometría: talla 30cm, Perímetro cefálico 25cm, Perímetro torácico 24 cm. Perímetro
abdominal 24, Segmento superior 17, pie 6 cm. Peso 780 g.

Profilaxis oftálmica cloranfenicol una gota en cada ojo dosis única, vitamina K
intramuscular, dosis única.

Al nacimiento tenía un peso de 780 gr. Con 30 semanas de edad gestacional, de acuerdo
con la gráfica de García Jurado se sitúa en el percentil menor 10 que indica un bajo peso
para la edad gestacional.

Actualmente cuenta con un peso de 890 gr. Pese a la ganancia de peso se mantiene con
un percentil inferior a 10 basada en la gráfica de García Jurado persistiendo el bajo peso
para su edad gestacional

4- Requisitos de desviación de la salud

Antecedentes personales patológicos (madre).

Gestas 2, Partos 0, Abortos 1, Cesáreas 0, con control prenatal un total de 6 consultas desde el primer mes de embarazo y 3 ultrasonidos. Durante su embarazo se aplicó la vacuna de Influenza y tétanos. Sometida a tratamientos de fertilización in-vitro en 3 ocasiones.

Preclamsia diagnosticada en control prenatal con tratamiento hidralazina y reposo, así como ácido fólico y sulfato ferroso hasta el final del embarazo. Prueba de V.D.L.R. y VIH negativo

Parto asistido por cesárea por ruptura prematura de membranas a las 30 SDG, preclamsia y dolor en hipogastrio, debido a la condición del parto pretérmino se le aplican dos dosis de betametasona para maduración pulmonar evolucionado a las 48 horas, se lleva a cabo cesárea con anestesia general obteniendo 3 productos nacidos vivos.

Antecedentes neonatales. – se obtiene vía abdominal, producto vivo trillizo II femenina, con dificultad respiratoria leve la cual fue tratada con CPAP Nasal al nacer y posterior con oxígeno suplementario siendo remitida a los 7 días, presenta la siguiente somatometría al nacer peso:780g, talla 30 cm. Apgar de 8-8.

El recién nacido ingresa a área de UCIN con los siguientes Diagnósticos Médicos:

- RN pretérmino hipotrofia de 32 SDG por Capurro
- Peso muy bajo al nacer
- síndrome de dificultad respiratoria leve remitido
- desnutrición in útero con retraso del crecimiento intrauterino tipo II.

5. Factores de riesgo

El neonato se encuentra en riesgo alto con un peso inferior a las 2500 gr. Con 32 SDG, dentro de los antecedentes heredofamiliares su abuelo materno cuenta con carga genética para enfermedades crónico-degenerativas de hipertensión arterial, dentro de los antecedentes obstétricos se trata de una madre multigesta de 42 años, con un aborto

previo y preclamsia. En cuanto a toxicomanías, farmacodependencias, exposición a radiación, desnutrición y anemia no se encontró a la madre expuesta. Con un nivel socioeconómico medio.

De acuerdo con los cuidados recibidos al momento de nacer se clasifica en un riesgo medio, se le brindo atención inmediata con pasos iniciales de reanimación, así como reanimación avanzada también fueron brindados cuidados mediatos con profilaxis oftálmica, hemorragias, valoración de signos vitales, cuidados de Cordón umbilical educación a la madre sobre la hospitalización.

6.2 Exploración física

10 de octubre

Signos vitales: frecuencia cardiaca de 166 latidos por minuto, 69 respiraciones por minuto, tensión arterial 83/39, temperatura de 36.9°C, saturación 98% antropometría.

Habitus exterior:

Neonato prematuro femenino de 20 días de vida extrauterina, pequeño para su edad, palidez de tegumentos, constitución débil, conformación simétrica con integridad de todos sus miembros, con apariencia desnutrida, actitud libremente escogida decúbito lateral izquierdo, facias no características, alerta a estímulo, cuna térmica, con contención y pañal, con una bomba de infusión del lado derecho de la cuna, monitor de signos vitales del lado izquierdo, luz artificial

La exploración física se encuentra en vigilia tranquila de acuerdo con la escala de Brazelton, piel integra, delgada y fina con adecuada hidratación, palidez generalizada de tegumentos, equimosis en talón de ambos pies por toma de glicemia capilar. Cráneo normocéfalo con adecuada implantación de cabello, color café oscuro, las suturas se palpan a menos de 5mm de distancia, fontanelas normotensas, la fontanela bregmática normotensa, la fontanela posterior lambdaide normotensa, facies simétricas al llanto, ojos edematizados y prominentes con escasa implantación de cejas y pestañas en parpados, sin alteraciones, reflejo rojo normal, fotomotor disminuido. Oídos íntegros, orejas pequeñas con curvatura delgada y pabellón auricular adecuadamente implantado. Nariz simétrica, pequeña, coanas permeables sin presencia de secreciones, mucosas hidratadas. Boca integra, simétrica con presencia de ambos labios rosados, paladar blando y duro integro, lengua pequeña rosada, frenillos íntegros, con sonda orogástrica de 5 Fr. Reflejo de búsqueda, succión y deglución inmaduro. Cuello simétrico, integro sin adenomegalias movimientos de flexión y extensión presentes, tráquea en línea media correspondiente, hombros simétricos con clavículas integras.

Tórax simétrico, adecuada implantación de mamas con movimientos respiratorios normales, a la auscultación murmullo vesicular bilateral. Los focos cardiacos se auscultan con buena intensidad y ritmo regular, llenado capilar de 2 segundos. Abdomen

ligeramente distendido, peristaltismo audible levemente con leve dibujo de asas intestinales, sin visceromegalias palpables y sin cordón umbilical. Dorso y columna vertebral íntegros y simétricos. Genitales íntegros de acuerdo con edad, fenotípicamente de sexo femenino con labios prominentes sin llegar a cubrir labios menores, sin lesiones aparentes. Extremidades íntegras simétricas levemente flexionadas, orfejos bien implantados sin aumento en cantidad, pliegues palmares y plantares tenues por edad, en extremidad superior derecha colocado catéter PICC de 1 Fr. Funcional. Cadera simétrica e íntegra signo de Ortolani y Barlow negativo.

A la exploración neurológica el reflejo de succión es inmaduro, hay ausencia del reflejo de búsqueda. Presión palmar, presión plantar, Babinski y moro presente. Marcha automática inmadura.

6.3 Requisitos universales

1- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Neonato con patrón respiratoria normal, a la auscultación murmullo vesicular bilateral, tórax simétrico, movimientos respiratorios de amplitud normal y ritmo regular, con Silverman de 0. Auscultación cardiaca buena con ritmo regular, pulsos homocrotos, sin presencia de soplos con amplitud y ritmo regular. Saturación de oxígeno > 90% con oxígeno ambiental, sin requerimiento de apoyo ventilatorio, llenado capilar 2 segundos.

2- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

Peso (21 días de vida extrauterina) de 890 gramos, por debajo del percentil 10 (OMS) Boca y lengua simétrica, integra y alineada, mucosa oral hidratada, paladar integro rosado, permeabilidad esofágica, abdomen cilíndrico, distensión abdominal leve, peristaltismo audible, reflejo de succión inmaduro, reflejo de búsqueda ausente, deglución inmadura. Nutrición Parenteral Total (NPT) 100 ML/KG/DIA: AA: 4gr. Lip: 3 gr. NA: 3, K: 2(1:1), CA: 50, MG: 25, OLIGO: 0.3, M.V: 1.5, GKM: 10, infusión: 3.7 ml/hora. Se inicia formula alfare 4 ml cada 2 horas por sonda orogástrica de 5 fr Perímetro preprandial y posprandial de 24 y 24.5 cm. Respectivamente. Piel hidratada, fontanelas normotensas, se tomó control metabólico con glucosa preprandial de 144mg/dl. Madre primerisa con poca prduccion de leche se reparte el seno materno en 3 bebes.

4- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas

Genitales femeninos íntegros de acuerdo con edad, fenotípicamente de sexo femenino con labios prominentes sin llegar a cubrir labios menores, sin lesiones aparentes, meato urinario funcional, orificio vaginal y ano permeable, micción amarilla clara sin olor fétido una diuresis horaria de 3.4 ml. No es posible medir densidad urinaria. En cuanto a eliminación fecal sin presentar evacuaciones en 24 hrs. Sin vomito con residuo gástrico de 0.5 ml

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

En cuanto a los reflejos primarios miranda presenta Reflejo de succión y deglución inmaduro, búsqueda, enderezamiento del cuello y puntos cardinales ausentes, moro, Babinsky, presión plantar y palmar presentes. Galeazzi, Ortoloani y Barlow negativos. Postura 2 de escala de Ballard.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales, en cuna de calor radiante con servo control. Con protocolo de mínima estimulación, luz artificial, ruido de monitores, sin aislamiento otacústico. Con nido para dar contención y confort.

Estado de conciencia

De acuerdo con la escala de Brazelton el neonato se encuentra en estado II con un sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos, bajo nivel de actividad, se realizan cambios de postura gentiles cada 3 horas en decúbito lateral izquierdo, derecho y prono.

6- Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad e interacción social

Separación del binomio por prematurez debido a estancia en UCIN, se inicia el día 10 de octubre visitas controladas de la madre por las mañanas para iniciar contacto piel a piel 1 hora por turno de 11:00 a 12:00, por las tardes el contacto es intermitente debido a que sus hermanos también se encuentran en el área de UCIN.

Neonato deseado, planeado con padres mayores de 35 años, responde a estímulos visuales, táctiles y auditivos. Durante su estancia hospitalaria es llamada por su nombre.

Los padres son orientados acerca del servicio y son aclaradas sus dudas, así como también reciben información por parte del médico, se brinda información a la madre sobre cuidados en el recién nacido prematuro a pesar de la hospitalización

7- Prevención de peligro para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos.

Debido a la hospitalización el neonato se encuentra expuesto a los peligros medio ambientales como el ruido, afección de la iluminación, así como por su prematurez tiene riesgos de broncoaspiración y caída por su edad.

Además, debido a los procedimientos realizados en su estancia hospitalaria se encuentra expuesto a riesgos de infecciones por procedimientos invasivos por lo que se hace énfasis en utilizar las precauciones universales para la transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud. el neonato cuenta con un catéter PICC (catéter central colocado por vía periférica) de 1 lumen/ 1 Fr. Fecha de instalación: 26 de septiembre del 2019. Laboratorio hemoglobina 7.3.

la higiene del neonato se realiza por parte del personal de enfermería a través de aseo de cavidades diario y baño parcial cada 2 días con toallitas húmedas para prevenir cambios bruscos de temperatura y evitar la pérdida de calor manteniendo la eutermia en la cuna de calor radiante, así como evitar una manipulación excesiva que provoquen una pérdida de peso; posteriormente se realizan cambios de ropa de cama y se mantiene eutérmico con “nido” de ropa.

La madre del neonato es primípara en edad adulta de 42 años, sin conocimientos sobre los cuidados que se deben brindar a la recién nacida durante y fuera de la hospitalización, y en este caso con mayor complejidad por la condición de prematurez, pese a esto se brinda información explicando generalidades de los cuidados ya que se estima una estancia prolongada del neonato, por lo tanto, no sería aplicable un plan de alta para el hogar sin embargo se hace partícipe a la madre.

En la valoración de dolor de Susan Givens, el primer día se encuentra con una expresión facial de dolor intermitente, una actividad motora espontánea con agitación moderada dándole una puntuación de 2 en la valoración

8- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

La neonato tiene una transición favorable, con signos vitales dentro de parámetros normales. Mueve todas las extremidades, reflejo de presión y moro presentes, reacciona a sonidos, manos cerradas, no es capaz de fijar la mirada, cuando llora se calma al hablar o al cogerle, reflejo de succión inmaduro. Edad gestacional por Capurro de 31.6 SDG. Se clasifica como Retraso en el Crecimiento Intrauterino tipo 2.

6.4 Análisis y jerarquización de requisitos afectados.

Requisitos	Déficit		Priorización	Datos Alterados
	SI	NO		
1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	No		6	Riesgo de aspiración
2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimento	Si		1	Reflejo de succión deglución inmaduro, Alimentación con sonda nasogástrica y formula, peso bajo para edad gestacional
4 Provisión de cuidado asociados con el proceso de eliminación y los excrementos	Si		2	Distensión abdominal, ausencia de evacuaciones en 24 hrs.
5 Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo	Si		3	Sobresaltos, apertura ocular, sueño ligero, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión
6 Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social	Si		5	Interrupción del vínculo madre e hijo manifestado por separación de padre-hijo
7 Prevención de peligro para la vida el funcionamiento humano y el bienestar humano	Si		4	Niveles por encima de los niveles normales, glicemia capilar de 144mg/dl

<p>8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal</p>	<p>No</p>	<p>7</p>	<p>El ambiente no natural de la UCIN</p>
---	-----------	----------	--

Diagnóstico de enfermería

Se realizaron los diagnósticos a través de los datos obtenidos en la valoración de los requisitos de autocuidado, obteniendo 5 reales y 2 de riesgo.

Listado de diagnósticos

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c alimentación con fórmula m/p ganancia de peso pobre

Déficit en la eliminación intestinal r/c disminución en la motilidad gastrointestinal m/p distensión abdominal, ausencia de evacuaciones en 24 hrs.

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo r/c factores ambientales m/p sobresaltos, apertura ocular, sueño ligero, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión

Alteración de la glucosa relacionada con procesos metabólicos manifestado por glicemia capilar de 144mg/dl

Deterioro del apego relacionado con interrupción del vínculo madre e hijo manifestado por separación de padre-hijo

Riesgo de aspiración relacionado con alimentación con sonda orogástrica

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con el ambiente no natural de la UCIN

PLANEACIÓN.

Se plantearon objetivos a seguir como: Favorecer la nutrición adecuada en Miranda mediante leche materna durante su estancia hospitalaria para lograr un aumento de peso diario de 15 gr., lograr la eliminación intestinal, disminuir los sobresaltos de neonato para mejorar el sueño favoreciendo la recuperación del cuerpo, recolectar e interpretar información del neonato para tomar decisiones clínicas entre otros.

Durante la ejecución se implementaron intervenciones acordes a la planeación establecida procurando la estabilidad del neonato. Las intervenciones plasmadas en los planes de atención de enfermería pertenecen al grupo de independientes, están fundamentadas en el actuar de un enfermero especialista, siempre encaminadas en su valoración y evaluación de estas, basadas en guías de práctica clínica y en artículos científicos, e interdependientes en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud. Presentando planes de atención en orden de prioridad en que se ejecutaron.

6.4.1 Prescripción del cuidado

FECHA DE INTERVENCIÓN: 10 de octubre 2019

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Recién Nacido Miranda

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: García Morales María

AGENCIA DE ENFERMERÍA: Licenciada en enfermería Yoletzy Cedillo

Los sistemas de enfermería que se activaron para el desarrollo de las intervenciones fueron: totalmente compensado debido a que se suple la incapacidad de Miranda para satisfacer su autocuidado, apoyo educativo para enseñar a la agencia de cuidado dependiente (madre) sobre las diferentes técnicas a emplear para la atención de Miranda, finalmente se activó el sistema parcialmente compensatorio dado que se trabajó en conjunto con la madre en algunas actividades

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

Diagnóstico de enfermería: Deficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos r/c alimentación con formula m/p ganancia de peso pobre

Objetivo: Favorecer la nutrición adecuada en el neonato mediante leche materna durante su estancia hospitalaria para lograr un aumento de peso diario de 15 gr.

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por sonda orogástrica. Con leche materno cada 3 hrs. • Vigilancia de tolerancia de alimentación enteral • Administración de Nutrición Parenteral Total a través de 	<ul style="list-style-type: none"> • Fijar la sonda y marcar la distancia para evitar la aspiración por desplazamiento • Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45° al alimentar al recién nacido • Comprobar la existencia de residuo previo a cada toma • Utilizar la técnica de alimentación por goteo • Comprobar el peso diario • Realizar ejercicios para fortalecer la succión • Con un guante estéril estimular los carrillos internos • Dar pellizcos alrededor de los labios • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 o 8 hr. • Medir el perímetro abdominal pre y postprandial. • Vigilar presencia de vomito o regurgitación • Dar posición adecuadamente para favorecer la digestión (decúbito lateral derecho) • Mantener la permeabilidad de la vía central 	<p>La alimentación por goteo por sonda orogástrica es mejor tolerada en RN mayores de 750gr. Durante la transición de nutrición parenteral a la alimentación enteral. El contenido intestinal es aspirado cada hora para detectar volúmenes residuales anormales. Cuando se alcanza la cantidad total de aporte es recomendable cambio por la administración en bolo.</p> <p>El prematuro menor de 32 semanas no tiene succión coordinada, la alimentación por succión consumo mucha energía por lo que es conveniente alimentarlo por sonda orogástrica.²⁵</p> <p>Los prematuros nacen con muy bajo almacenamiento de nutrientes. La función digestiva y motora del intestino es inmadura y la tolerancia a la alimentación enteral en los niños de muy bajo peso es muy pobre, pueden presentar vómito estasis gástrica, aspiración, distensión abdominal y en casos extremos obstrucción por bolo de leche. La baja producción de enzimas del RNPT hace</p>

<p>Catéter PICC a una velocidad de infusión de 4 ml/hr.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una técnica estéril al preparar las soluciones • Utilizar una bomba de infusión para el aporte de soluciones y mantener una velocidad constante en la administración • Fijación correcta • Controlar ingresos y egresos • Control de signos vitales 	<p>que tenga deficiencia de aminoácidos y acumulación tóxica de otros.²⁵</p> <p>Los recién nacidos prematuros de peso muy bajo tienen probabilidades de alimentarse inadecuadamente, así como de presentar deficiencias nutricionales y pobre ganancia de peso, necesitando nutrición parenteral total durante las primeras semanas de vida.²⁶</p>
<p>Evaluación (control del caso): El neonato recibe una cantidad adecuada de nutrientes combinando nutrición enteral con leche materna y parenteral con NPT, demuestra un aumento de peso regular de 15 a 30 gr. Por día, no se inicia la succión debió al peso de miranda</p>		

Requisito de autocuidado: Provisión de cuidado asociados con el proceso de eliminación y los excrementos

Diagnóstico de enfermería: Déficit de la eliminación intestinal r/c ausencia de evacuaciones en 24 horas m/p distensión abdominal

Objetivo: Vigilar y contribuir a la eliminación intestinal de Miranda durante el periodo de hospitalización

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del patrón de eliminación • Manejo del estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar los movimientos intestinales, así como incluir frecuencia, e intensidad. • Vigilar la existencia de peristaltismo • vigilar la presencia de dolor a la palpación abdominal • Realizar ejercicios con masajes abdominal suaves para favorecer la eliminación fecal • Alimentación con seno materno • Medir perímetro abdominal antes y después de cada toma • Vigilar la presencia y características del drenaje de la sonda orogástrica 	<p>La falta de alimentación enteral favorece la disminución de la motilidad gastrointestinal, no obstante, se deben de descartar patologías intestinales previamente. Deben vigilarse las condiciones abdominales con registro del perímetro abdominal, presencia de evacuaciones, presencia de residuos gástricos, vómitos o presencia de sangre en las evacuaciones en todos los pretérmino que se haya iniciado la alimentación.²⁷</p> <p>El masaje en el área abdominal funge como ayudante no farmacológico para el alivio de los cólicos del lactante, dado que acelera la peristalsis cambiando la presión intraabdominal, la creación de un efecto mecánico y reflexivo en los intestinos, la disminución de la distensión abdominal y el aumento de los movimientos intestinales.²⁸</p>

Evaluación (control del caso):
 Se logro que Miranda presenta evacuaciones espontaneas de consistencia pastosa, así como la disminución de la distensión abdominal.

			<p>tranquilizarse. Lo que a su vez ayuda en la organización de la conducta.²⁹</p> <p>La constante manipulación del RN ha sido asociada con fluctuaciones en la presión arterial y presión venosa central con riesgo potencial de hemorragia interventricular. Las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas durante la noche.²⁹</p>
<p>Evaluación (control del caso): Miranda se encuentra en una cuna de calor radiante en un nido, se maneja el ambiente bajando el volumen de las alarmas, se prenden las luces solo cuando se realizan procedimientos favoreciendo su periodo de descanso de 2-3 horas entre tomas.</p>			

Requisito de autocuidado: Prevención de peligro para la vida el funcionamiento humano y el bienestar humano		
Diagnóstico de enfermería: Alteración de la glucosa r/c procesos metabólicos m/p glicemia capilar de 144mg/dl		
Objetivo: lograr que Miranda mantenga una glucosa capilar dentro de los niveles normales en el periodo que cuente con NPT		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
<p>Vigilancia los valores de glicemia capilar</p> <p>Control metabólico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los niveles de glucosa en sangre. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, debilidad, letargia, etc. • Vigilar la glucemia durante el aporte nutricional con NPT. • Identificar las causas de la hiperglucemia • llevar sus registros de niveles de glucemia pre o posprandial • Comentar oportunamente al médico si la glucosa es menor a 50 o mayo a 110 mg/dl • Ajustar NPT según indicación medica 	<p>Los rangos normales de glicemia en neonatos se consideran entre 50 y 110 mg/dl.</p> <p>Los prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional, pueden desarrollar hiperglucemias cuando ellos reciben una infusión de 80 ml/kg/día de D10W. esto ocurre debido a la inmadurez de su sistema endocrino. Los prematuros pueden necesitar una concentración más baja de dextrosa y un incremento de los líquidos administrados debido a intolerancia a la glucosa y al aumento de pérdidas insensibles.³⁰</p>
Evaluación (control del caso): se vigila la glucosa del neonato durante la alimentación mixta y se le informa al médico oportunamente sobre los niveles, se logra un ajuste en la alimentación de Miranda logrando glucosas de 99mg/dl y de 93mg/dl los días posteriores .		

Requisito de autocuidado: Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social		
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del apego relacionado con interrupción del vínculo madre e hijo manifestado por separación de padre-hijo		
Objetivo: Fomentar el apego favoreciendo el vínculo madre-hijo en el periodo de hospitalización.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> Fomento del apego Manejo del entorno Educación parenteral 	<ul style="list-style-type: none"> Informa a los padres sobre los cuidados que se están proporcionando al RN Animar al padre a visitar a su hijo con frecuencia Animar a los padres a tocar mimar y acariciar al bebe (después de un correcto lavado de manos) Emplear contacto piel a piel Estar atenta a los signos de tensión y estrés de los padres Reducir las intervenciones del personal de salud Ayudar a interpretar las respuestas del bebe, comentarles lo positivo Valorar los factores que podrían causar problemas de apego Resolver dudas de la madre respecto al estado del recién nacido Enseñar y demostrar los cuidados al RN Instruir a los padres acerca del desarrollo del niño Enseñar a los padres técnicas para calmar e incrementar la habilidad de los padres para aliviar el malestar del niño 	<p>El desarrollo del recién nacido prematuro esté ligado a la calidad de interacción que tenga con los padres. Es posible que los padres del niño prematuro tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil debido a su pequeño tamaño. Sin embargo, es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible.²⁶</p> <p>El contacto prenatal inmediato de la madre o padre con su hijo y el subsecuente cuidado maternal/paternal facilita el fortalecimiento de vínculo afectivo.²⁶</p> <p>La posición mama canguro ofrece diferentes ventajas, como estabilidad térmica, estabilidad fisiológica, crecimiento somático y organización neuroconductual. Por otro lado, sirve para disminuir los sentimientos negativos en la madre, mejorar el vínculo madre-hijo y generar satisfacción en la madre y su familia.³¹ El cocimiento respecto a la enfermedad refuerza la necesidad de seguir indicaciones y tratamiento.³¹</p>

		La evidencia de los estudios sugiere que la demostración de la capacidad del recién nacido no es suficiente para promover mejor interacción entre la madre y el recién nacido y consecuentemente no promueve el vínculo afectivo. El involucrar a la madre en la valoración y el aprendizaje sobre como estimular las capacidades del recién nacido puede ser una intervención más prometedora. ³²
--	--	---

Evaluación (control del caso):

Con las intervenciones realizadas los padres visitan al neonato con frecuencia y se relacionan positivamente con el (lo llaman por su nombre, lo tocan)

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con alimentación por sonda orogástrica

Objetivo: Disminuir el riesgo de broncoaspiración antes durante y después de la alimentación de Miranda

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
<p>Vigilancia respiratoria</p> <p>Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>Cambio de posición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la proporción, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo respiratorio • Auscultar los pulmones antes y después de la alimentación • Valorar la función gástrica. • Comprobar la colocación de la SOG antes de la alimentación • Comprobar el residuo gástrico antes de la alimentación • Vigilar la aparición de signos de broncoaspiración durante la alimentación; cianosis, sibilancias o fiebre • Colocar a Miranda en posición fowler, alta o media durante la comida. • Colocar a miranda en decúbito lateral derecha después de la toma. 	<p>La auscultación del tórax es un medio adecuado para valorar la permeabilidad de las vías respiratorias y la distribución de la ventilación.³³</p> <p>Identificar en forma temprana los signos de dificultad respiratoria, ya que son los primeros signos que sugieren la presencia del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.³⁴</p> <p>Una correcta posición favorece la respiración a la autoorganización y disminuye la situación de estrés al mantener estable al prematuro.³⁵</p>

Evaluación (control del caso): con las intervenciones implementadas no se presenta ningún evento adverso, evitando el riesgo durante la estancia hospitalaria de Miranda.

Requisito de autocuidado: Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos

Objetivo: Minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales derivado de los dispositivos invasivos durante su permanencia en el área de UCIN

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Protección contra infecciones • Control de infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos y síntomas de infección en la zona del catéter (como temperatura cutánea, pulso, aspecto del sito de punción, lesiones cutáneas, fatiga, malestar) • Curación del catéter cada 7 días • Mantener una técnica estéril al manipular el catéter usar guantes estériles, gorro, bata, cubrebocas • Cambio del equipo de infusión cada 24 horas • Uso de conectores libres de agujas o llaves de paso • Realizar lavado de manos antes y después de cada actividad tanto personal médico como familiares del paciente • Lavar todas las cunas y otros aparatos con solución antiséptica una vez por semana • Cambiar el equipo del cuidado del paciente según el protocolo. • Limitar el número de visitas • Usar guantes según las normas de precaución universal 	<p>Identificar los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas y la interpretación de los estudios hematológicos puede ayudar en la detección temprana de la infección neonatal.²⁵</p> <p>La prevención de infecciones nosocomiales en recién nacidos prematuros es la “terapia” que da mejor resultados en el combate de este tipo de infecciones, por lo que se debe seguir todas las medidas de asepsia y antisepsia cuando se tiene contacto con estos niños.³²</p> <p>El lavado de manos debe realizar tanto el personal médico, paramédico y los familiares. Antes y después del contacto con el recién nacido, es la media más efectiva para evitar las infecciones.</p> <p>El riesgo de infección disminuye después de la estandarización de la técnica, asepsia, de la inserción y mantenimiento de las líneas vasculares por personal experto. El recién nacidos el antiséptico de elección es el alcohol al 70%.³⁶</p>

Evaluación (control del caso): se llevaron a cabo las medias asépticas durante los procedimientos, logrando evitar infección durante la estancia de Miranda en la UCIN.

Requisito de autocuidado: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con el ambiente no natural de la UCIN		
Objetivo: Armonizar las prácticas de cuidados con las necesidades de desarrollo y fisiológicas individuales del lactante prematuro para fomentar el crecimiento y el desarrollo.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de mínima estimulación • Cuidados del desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer horas de contacto • Permitir periodos suficientes de descanso • Disminuir la exposición a riesgos innecesarios • Realizar monitorización clínica no invasiva • Disminuir la estimulación táctil • Colocar al recién nacido en nido de contención • Disminuir niveles de iluminación, graduar intensidad de la luz • Disminuir niveles de ruido, bajando el volumen de las alarmas, modulación de voz, no colocar objetos sobre las cunas, disminuir el sonido de teléfonos e impresoras • Minimizar los olores fuertes y no familiares la neonato. • Llevar a cabo le protocolo de mama canguro 	<p>Con la finalidad de favorecer y no interferir en los ciclos de sueño- descanso que el neonato requiere para su normal crecimiento, desarrollo fisiológico, y ahorro de calorías.³⁷</p> <p>El exceso de maniobras terapéuticas con procedimientos innecesarios son factores causantes de la fluctuación de flujo sanguíneo cerebral que aumenta el riesgo de HIV e infecciones nosocomiales. La sobreestimulación interrumpe funciones fisiológicas, impidiendo que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo.³⁷</p> <p>Uno de los elementos ambientales más importantes a los que se enfrenta el recién nacido prematuro es la fuerza de gravedad. En estos niños un aspecto muy importante es la contención del cuerpo para incrementar en ellos la sensación de seguridad y proporcionar quietud y autocontrol.²⁶</p> <p>El niño prematuro es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, los cuales pueden altera su</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento, los recursos, el sistema de apoyo y las destrezas de afrontamiento del cuidador. • Informar a los progenitores sobre los aspectos del desarrollo en los lactantes • Instruir a los padres para que identifiquen las señales y estados del lactante. • Ayudar a los progenitores a planificar los cuidados en respuesta a las señales y estados del lactante. 	<p>estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud.²⁶</p> <p>Cuando el feto llega al término de la gestación, el crecimiento y el desarrollo del cerebro se dan en el contexto de la protección que ofrece la madre, de las perturbaciones ambientales, a través del ambiente uterino donde la temperatura, nutrición y otros sistemas de regulación son provistos en forma constante.³⁸</p>
<p>Evaluación (control del caso): Se armonizan las practicas con Miranda permitiendo periodos de descanso más prolongados, favoreciendo el desarrollo y crecimiento, así mismo se apoya a los padres a planificar cuidados cuando en sus visitas.</p>		

EVALUACIÓN:

Posterior a la primera valoración, se efectúa una segunda valoración el día 11 de octubre la cual se realizó de manera focalizada, enfocándose en los requisitos de auto cuidado 2, 3 y 4 los cuales son los de mayor relevancia en el estado de salud. En dicha valoración se recabaron los siguientes hallazgos.

2- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimento

El 11 de octubre (22 días de vida extrauterina) el neonato tubo un peso de 900 gramos, por debajo del percentil 10 (OMS) Boca y lengua simétrica, integra y alineada, mucosa oral hidratada, paladar integro rosado, permeabilidad esofágica, abdomen cilíndrico, blando depreciable peristaltismo audible, reflejo de succión inmaduro, reflejo de búsqueda ausente, deglución inmadura. Nutrición Parenteral Total (NPT) 100 ML/KG/DIA: AA: 4gr. Lip: 3 gr. NA: 3, K: 2(1:1), CA: 50, MG: 25, OLIGO: 0.3, M.V: 1.5, GKM: 10, infusión: 2.5 ml/hora. Se inicia leche materna/ alfare 5 ml cada 2 horas por sonda orogástrica de 5 fr Perímetro preprandial y postprandial de 24 y 24.5 cm. Respectivamente. Piel hidratada, fontanelas normotensas, se tomó control metabólico con glucosa preprandial de 99 mg/dl.

Diagnóstico: Riesgo de crecimiento alterado r/c bajo peso para edad gestacional, peso por debajo del percentil 3

3- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas

Genitales femeninos íntegros, meato urinario, orificio vaginal y ano permeable, micción amarilla claras, inolora con una diuresis horaria de 2.5 ml. Con evacuaciones espontaneas amarillas liquidas. Sin vomito con residuo gástrico de 0.5 ml

Diagnóstico: Bienestar del proceso de eliminación m/p diuresis y evacuaciones espontaneas

4- Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo

De acuerdo con la escala de Brazelton el neonato se encuentra en estado I con un sueño profundo respiratoria regular, ojos cerrados, cambios de postura en decúbito lateral izquierdo, derecho y prono cada 3 hrs. Reflejo de succión y deglución inmaduro, búsqueda, enderezamiento del cuello y puntos cardinales ausentes, moro, Babinsky, presión plantar y palmar presentes. Galeazzi, Ortoloani y Barlow negativos. Postura 2 de escala de Ballard.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales, en cuna de calor radiante con servo control. Con protocolo de mínima estimulación.

Diagnóstico: Disposición para mejorar la conducta desorganizada de la lactante relacionada con estados de sueño-vigila bien definidos

Requisito de autocuidado: Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excretas		
Diagnóstico de enfermería: Bienestar del proceso de eliminación m/p diuresis y evacuaciones espontaneas		
Objetivo: Mantener un adecuado patrón de eliminación en Miranda		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
Vigilar el patrón de eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las características de la micción del neonato • Considerar un indide urinario normal • Determinar la frecuencia de las evacuaciones • Evaluar peristaltismo abdominal • Vigilar la consistencia de las evacuaciones • Evaluar las características de las evacuaciones • Evaluar el perímetro abdominal pre y postprandial 	La diuresis mínima de cualquier Rn a término es de 1 ml/kg/hora, definiendo la oliguria por debajo de estas cifras. Los límites de la poliuria son más difíciles de establecer, pudieran establecerse con volúmenes de diuresis mayores de 6 o que provoque un balance negativo. ⁵⁰
Cuidados de la piel en el área del pañal	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar coloración de la piel • Cambio de pañal con frecuencia • Limpieza del área genital con agua • 	
Evaluación (control del caso): se mantiene un adecuado patrón de eliminación en Miranda durante su permanencia en la UCIN		

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la conducta desorganizada de la lactante relacionada con estados de sueño-vigila bien definidos

Objetivo: educar a los padres de Miranda, para lograr periodos de descansos adecuados en ella

Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
Mejora del sueño. Educación de los padres	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar el patrón y la calidad de sueño del lactante• Programar la administración de medicamentos y tratamiento para respetar el sueño del lactante.• Mantener las rutinas habituales del sueño del lactante• Adaptar el entorno para facilitar el sueño• Enseñar a la familia medidas para facilitar el sueño• Ayudar a los padres a identificar los signos de sobre estimulación y estrés del lactante• Moldear y enseñar a los padres diariamente estímulos adecuado a la edad del neonato (táctil: contacto piel a piel, masaje, contacto suave y firme).• Explicar que la estimulación para el desarrollo debe proporcionarse cuando, el lactante esta alerta.	<p>-Se recomienda establecer un patrón, programa o protocolo en la unidad de intervenciones, tratando de agruparlas o sincronizarlas para así reducir el número y tiempo de las mismas. De este modo se fomenta la continuidad del sueño y descanso fisiológico del recién nacido ³⁷</p> <p>La luz continua en las UCIN es perjudicial e induce a estados de privación del sueño y a cambios en los ritmos diurnos del neonato, los recién nacidos hospitalizados en las UCIN están expuestos de forma permanente a la luz brillante con pocas variaciones entre el día y la noche estas pueden afectar su situación clínica y evolución posterior en forma de alteraciones en la frecuencia cardiaca, respiratoria, oxigenación, hormonales y trastornos psicológicos como alteraciones del ritmo del sueño, e irritabilidad.³⁸</p>

Evaluación (control del caso): Los agentes de cuidado dependientes conocen y aprenden habilidades para facilitar el sueño de Miranda, así como los momentos adecuados para estimularla.

EVALUACIÓN

Posterior a la segunda valoración, se realiza una tercera valoración el 14 de octubre, la cual se efectuó de manera focalizada, centrándose en los requisitos de auto cuidado 2, 6 y 7 los cuales presentaban déficit, recabando la siguiente información.

2- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimento

el 14 de octubre el neonato tubo un peso de 1030 gramos, por debajo del percentil 10 (OMS) Boca y lengua simétrica, integra y alineada, mucosa oral hidratada, paladar integro rosado, permeabilidad esofágica, abdomen cilíndrico, blando depreciable, peristaltismo audible, reflejo de succión inmaduro, reflejo de búsqueda ausente, deglución inmadura. Sol. Glucosada 1.7 ml/hora. leche materna/ alfare 8 ml cada 2 horas por sonda orogástrica de 5 fr Perímetro prepandial y postprandial de 24.5 y 25 cm. Respectivamente. Piel hidratada, fontanelas normotensas, se tomó control metabólico con glucosa prepandial de 93 mg/dl.

La madre expresa deseo de alimentar al bebe con leche materna.

Diagnósticos: Disposición de la madre para mejorar la producción láctea, manifestada por el deseo de la madre para mejorar la lactancia

6- Prevención de peligro para la vida el funcionamiento y el bienestar humanos

Por su prematurez tiene riesgos de lesión cutánea, infección y caída debido a los procedimientos realizados en sus días de estancia hospitalaria. Se encuentra en cuna de calor radiante de la UCIN con servocontrol luz artificial controlada y ruido de monitores disminuidos, con catéter PICC (catéter central colocado por vía periférica) de 1 lumen/ 1 Fr. Fecha de instalación: 26 de septiembre del 2019.

Se realiza aseo de cavidades diario y baño parcial cada 2 días. Con nido para dar contención y confort. La madre no tiene conocimiento previo sobre los cuidados de un neonato.

En la valoración de dolor de Susan Givens, se encontró con una puntuación de 0.

Diagnóstico: Riesgo de disminución de la temperatura corporal relacionada con aumento de los mecanismos de pérdida de calor (convección, conducción, radiación), bajo peso al nacer

7.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

El recién nacido tiene una transición favorable, con signos vitales dentro de parámetros normales. Mueve todas las extremidades, reflejo de presión y moro presentes, reacciona a sonidos, manos cerradas, no es capaz de fijar la mirada, cuando llora se calma al hablar o al cogerle, reflejo de succión inmaduro. Edad gestacional por Capurro de 31.6 SDG. Se clasifica como Retraso en el Crecimiento Intrauterino tipo 2.

Diagnóstico: Disposición para mejorar la paternidad M/P Evidencias de apego.

Requisito de autocuidado:		
Diagnóstico de enfermería: Disposición de la madre para mejorar la producción láctea m/p el deseo de la madre para mejorar la lactancia		
Objetivo: Proporcionar a la madre información para aumentar la producción láctea		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
<p>Apoyo y fomento a la lactancia</p> <p>Educación para la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mencionar la manera de como asear sus senos previos a la extracción de leche • Explicar a la madre los beneficios de la lactancia materna • Referencia a la clínica de lactancia materna • Hacerle ver a la madre la importancia de extraerse la leche frecuentemente • Enseñar a la madre el manejo para la conservación de la leche materna • Mostrar a técnica de masajes para favorecer la producción láctea • Recomendarle una alimentación balanceada • Mencionar la importancia de ingerir abundantes líquidos 	<p>La extracción manual de leche es una práctica muy útil para mantener la producción cuando por razones médicas él bebe y la madre se ven separadas o las condiciones del bebe no permiten el amamantamiento inmediato.</p> <p>La leche materna es el alimento idóneo para todos los recién nacidos, es por ello que se debe iniciar la extracción de forma precoz tras el parto, siendo la recomendación de 5 veces al día, aun cuando el neonato se encuentra en ayuno.⁴¹</p>
Evaluación (control del caso): la madre es capacitada corroborando con ella la devolución de la información y llevando la leche a la UCIN en la mañana a las 11:00 y en la tarde a las 17:00 horas llevando alrededor de 30 ml en cada visita		

Requisito de autocuidado: Mantenimiento de equilibrio entre la actividad y el reposo.		
Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar la paternidad m/p Evidencias de apego		
Objetivo: Fortalecer el vínculo afectivo entre padres-hijo involucrándolos en los cuidados básicos del neonato		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción.	Fundamento científico
<p>Educación acerca de la enfermedad de su hijo y como se conlleva su tratamiento.</p> <p>Crear un ambiente de confianza entre el personal de salud y los padres</p> <p>Permitir la interacción de los padres con el neonato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • Evaluar los conocimientos de los padres acerca de las necesidades de los cuidados básicos del bebé o del niño • Proporcionar información sobre los cuidados infantiles, según se requiera • En el caso de neonatos en incubadoras, indicar formas de tocarlos • Presentarse ante los padres. • Resolver todas las dudas que tengan acerca de su hijo usando un vocabulario fácil de entender. • Mantenerlos informados constantemente sobre la evolución de su hijo • Impulsar a los padres en la participación del cuidado del neonato. • Evitar la crítica a la hora de participación de los padres. • En la hora de visita permitir la privacidad de la familia para estar con su hijo, hablar con él y cargarlo de ser posible. 	<p>Los padres son el pilar fundamental del desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado de los RN mejora su pronóstico. ²⁹</p> <p>-La familia se siente apoyada cuando la intervención de enfermería responde a sus prioridades, se les proporciona información regular con relación a la evolución del niño, se logra establecer una relación significativa y se les prepara educándolos para asumir un rol activo - participativo en el cuidado del niño, a partir del reconocimiento de sus propias capacidades y recursos. ²⁹</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los padres formas adecuadas de estimular a los bebés, especialmente los prematuros 	<p>El cuidado centrado en la familia está fundamentado en la comprensión de que la familia para el niño es la primera fuerza y soporte y trae beneficios para su recuperación.⁴²</p>
<p>Evaluación (control del caso): La familia muestran interés por los cuidados de su hija, así como mantenerse informados sobre el progreso de Miranda, tiene una interacción mayor con ella.</p>		

Requisito de autocuidado: Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano		
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de disminución de la temperatura corporal r/c aumento de los mecanismos de pérdida de calor (convección, conducción, radiación), bajo peso al nacer		
Objetivo: proporcionar un ambiente térmico neutro		
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador. Acción	Fundamento científico
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Mantener eutérmico al recién nacido • Evitar pérdidas de calor 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de signos vitales • Medir temperatura cada 2 horas • Revisar la cuna de calor radiante y ajustar la temperatura • Valorar signos de hipotermia (irritabilidad, llanto, letargo, apnea, hipoglucemia, piel marmolea, aumento de la frecuencia respiratoria) • Colocar alarmas en los límites adecuado • Mantener la temperatura de la habitación por lo menos en 24° • Evitar sacar al recién nacido del ambiente térmico • Precalentar objetos que estén en contacto con el paciente. 	<p>Los recién nacidos prematuros sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular.²⁶</p> <p>Temperatura normal OMS 36.5 a 37.5°C Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético. A esta forma de producir calor se le denomina “termogénesis termorreguladora” termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estés térmico.⁴³</p> <p>Evitar pérdida de calor por conducción a través del objeto no precalentado. Vestir al niño normo térmico, ofrece una resistencia a la pérdida de calor.⁴³</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar gorro y calcetas al recién nacido • Colocar al recién nacido en posición de flexión • Colocar al recién nacido en nido de contención • Evitar sacar al recién nacido del ambiente térmico • Evitar colocar la cuna del recién nacido cerca de ventanas, o corrientes de aire 	<p>La posición de flexión disminuye el área expuesta y por consiguiente la pérdida de calor. El niño permanece en su nido con gorro con las medidas generales de protección de pérdida de calor. ⁴³</p>
<p>Evaluación (control del caso): Mantener estable la temperatura corporal, se mantiene signos vitales dentro de los valores normales presentando temperaturas de 3.9 a 37.2 en el transcurso del día de la evaluación.</p>		

6.5 Plana de alta

Miranda es dada de alta hospitalaria el 26 de noviembre del 2019, de la unidad de cuidados intensivos neonatales con un peso de 1.712 kg. Talla 41 cm, PC 32 cm.

6.5.1 Plan de alta de enfermería

1.- Alimentación: lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los 2 años. A libre demanda cada que el recién nacido lo pida. Reconocer señales de hambre. Técnica correcta de lactancia materna o técnica de extracción de leche Marmet, ejercicios orofaríngeos antes de cada toma para lograr un desarrollo de la succión en el neonato.⁴⁴

2.-Termorregulación: control de la temperatura de las habitaciones. Ropa adecuada de acuerdo con el clima. Toma de temperatura axilar e indicar valores normales.

3.-Descanso: los recién nacidos necesitan un ambiente tranquilo y estable. Un exceso de luz y de ruido produce irritabilidad y puede alterar el establecimiento de los ciclos de sueño y alimentación. Los adultos deben adaptarse a los ciclos del recién nacido y no al revés. Advertir a los padres que el exceso de visitas, los ruidos repetidos del teléfono, el volumen alto de la televisión y las conversaciones en voz alta producen estrés en el recién nacido y pueden dificultar el sueño y la lactancia.⁴⁵

4.-Higiene y cuidados de la piel: baño diario, jabón neutro no perfumando, de preferencia a la misma hora. En un espacio sin corrientes de aire, el baño debe terminarse antes de que la temperatura del agua descienda mucho, es decir menos de 5 minutos.⁴⁶

Cuidado de la piel: no se administra colonias, cremas ni aceites rutinariamente. Seque la ropa, apriete excesivamente la piel y que los pañales estén excesivamente ajustados.

Limpieza del periné: si se precisa agua jabonosa, se utiliza una cantidad mínima de jabón neutro sin aditivos. No se utiliza toallas con alcohol in productos perfumados. No se utilizará talco, cremas ni aceites rutinariamente. Si la piel parece seca o irritada se puede administrar alguna crema (óxido de zinc, dexpanthenol) y cambiar frecuentemente los pañales o dejar el periné al aire teniendo cuidado para no erosionar ni irritarla más.

Cambio de pañales: se debe enseñar a los padres a mirar los pañales en cada toma. Deben cambiarse cuando tengan una disposición o cuando se noten mojados con orina. La frecuencia de cambio dependiendo de las deposiciones y micciones de cada neonato cada día. Aunque los pañales actualmente son muy absorbentes, no debe dejarse un pañal sucio o húmedo mucho tiempo, porque puede irritar la piel.⁴⁵

5.- Prevención de muerte súbita: se colocará a los niños en decúbito supino para dormir. Se cuidará que no haya ropa u objetos inadecuados en las cunas. Se evitará el arropamiento excesivo. Se comprobará la temperatura de la habitación, para adecuar la vestimenta. Se desaconseja el uso de chupones durante el primer mes en los niños lactantes al pecho.⁴⁵

6.-Signos de alarma de recién nacido:

-Color de la piel anormal: piel azulada en el interior o alrededor de la boca, lengua en manos y pies (cianosis). Piel amarilla (ictericia). Piel muy pálida o gris, podría indicar que él bebe se encuentra muy frio o que tiene alguna enfermedad.

-Temperatura: fiebre mayor a 38° o hipotermia, piel muy fría por debajo de los 35°C.

-Vómitos frecuentes, de forma violenta diferente a la normal de los bebés evitar la deshidratación

-Dificultad para respirar, ritmo elevado de respiración mayor a 60 respiraciones por minuto o pausas y respiración de más de 20 segundos piel azul ruidos al respirar y quejidos

-Cambios en el comportamiento llanto frecuente si el bebé está irritable, llora sin control aún después de haberle dado de comer, bañado, cambiado, etc. Si el bebé muy adormilado llora débilmente y no sé despierta para alimentarse o si no tiene tono muscular y se mueve menos de lo normal

-Convulsiones son movimientos involuntarios del cuerpo bruscos generalmente, mirada perdida y temblores

-El bebé no come o come poco presenta dificultad o falta de fuerza en la succión de la leche, intolerancia y rechazo al alimento.

-El bebé no orina u orina muy poco; los bebés generalmente orinan cinco veces al día o más.

En caso de presentar algún dato de alarma acudir al hospital más cercano a su domicilio.⁴⁷

7.-Seguimiento preventivo:

Tamiz auditivo: se recomienda realizar antes de los seis meses de vida. Al nacimiento o antes del alta hospitalaria.

Tamiz visual: la aplicación del tamiz oftálmico neonatal, a la cuarta semana de nacimiento para la detección temprana de malformaciones que puedan causar ceguera y su tratamiento en todos sus grados. Cita de lunes a viernes de 8 a 15 horas.⁴⁸

Aplicar vacunación correspondiente alcanzando un peso de 2.5 kg

las cuales corresponden a BCG, Hepatitis b al nacer y a los 2 meses pentavalente acelular, hepatitis b, rotavirus y neumococo conjugada

VII- Capitulo 5 Conclusiones y Recomendaciones

La asistencia al prematuro debe ser inmediata para la detección adecuada y manejo de patologías frecuentes.

En conclusión, el cuidado dentro de UCIN constituye el pilar fundamental en la recuperación del paciente. A través de este estudio de caso se demostró la aplicación del método enfermero basado en la teoría del autocuidado, el cual se realiza como parte de la práctica diaria de enfermería, esto permite colaborar en la mejora de los tratamientos y cuidado individualizado e integral en el recién nacido, ya que su atención es compleja y requiere personal capacitado con conocimientos y habilidades fundamentales para el cuidado.

Con base en la evidencia científica disponible, el cuidado es brindado con calidad y eficacia dentro de la UCIN, al realizar intervenciones que impacten en la recuperación del neonato, como lo fue el caso presentado, a través de este se logró cumplir con los objetivos planteados en cada plan de cuidados de acuerdo con la condición clínica del neonato.

Se recomienda continuar indagando ya que es sugerible darle seguimiento al neonato para poder determinar si las acciones de enfermería son las adecuadas para el paciente y detectar el parto que tienen en el a largo plazo.

Finalmente, también se sugiere que el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos tome conciencia acerca de las repercusiones en el estado de salud del neonato si no se lleva a cabo un cuidado integral y basado en la evidencia que presenten este tipo de patologías ya que tiene una incidencia muy elevada en la UCIN.

VIII.-Referencias

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Who.int. Nacimientos Prematuros [Internet]. Febrero 2018 [citado enero 2020].
2. Pérez R, López C, Rodríguez A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013; Vol 70 (4): 299-303.
3. Lona J, Pérez R, Llamas L, Gómez L, Benítez E, Rodríguez V. Mortalidad neonatal y factores asociados en recién nacidos internados en una Unidad de Cuidados Neonatales. Arch Argent Pediatr 2018; Vol 116 (1): 42-48
4. Instituto mexicano del seguro social IMSS. Por Problemas de Salud en las Mamás, Aumenta el Nacimiento de Bebés Prematuros en el IMSS. imss.gob.mx. julio 2018 [citado enero 2020].
5. Secretaria de salud. 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.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. Unidades de Neonatología Estándares y Recomendaciones de calidad. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. 2014: 23
7. Echevarría L, Suarez N, Guillén A, Linares P. Morbilidad y mortalidad asociadas con el muy bajo peso al nacer. Medisa[Internet]noviembre 2018[cintado en febrero 2020]; 22(8).
8. Bertrán J, Muguercia J, Verdaguer L, Morejon I, García M. Factors de riesgo asociados al bajo peso al nacer en un area de salud de Santiago Cuba. Medisan [Internet] 2019[noviembre 2019] ;23(4).
9. Jiménez A, López J, González M, Relación entre el soporte nutricio enteral, parenteral o mixto y la evolución nutricional de neonatos prematuros en la unidad de cuidados intensivos. Rev. Med MD. [Internet] 2014, (4):225-228.
10. Delgado M, Rodriguez V. Aporte nutricional en pacientes prematuros extremos en la neonatología del hospital de los valles y su relación con el peso y perímetro cefálico

- a los 28 días de vida y a las 36 semanas de edad gestacional. *Rev Ecuat Pediatr* [Internet] septiembre 2018 [consultado noviembre 2019]; 19(1) 28-30.
11. Pineda M, Orozco A, Márquez H. La técnica de alimentación y su influencia en el incremento de peso en el neonato enfermo. *Acta Med.* [Internet] octubre 2017 [consultado noviembre 2019];15(3):200-206.
 12. Santillán O. Lactancia materna en el neonato críticamente enfermo como calidad en la atención médica. *Rev. CONAMED.* [Internet] 2018 [consultado noviembre 2019];23(2):55-57.
 13. Taborda Ortiz A. Rol de Enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *Cuidarte* [Internet]. 2013;4 (1):1-6.
 14. Secretaria de salud. Guía de práctica clínica Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. 2014;(37):1-11.
 15. Sánchez F. Cuidados especializados a neonato prematuro fundamentados en la teoría general del autocuidado. *Enfermería Universitaria.* 2018: 15 (4): 428-440.
 16. Mata M. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev. Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet] 2009; 17 (1): 45-54.
 17. Naranjo Y. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Medica Espiritual.* 2017: 19 (3). |
 18. Balan Gleaves, C. and Franco Orozco, M. (2009). *Teorías y modelos de enfermería.* 2nd ed. México, D.F.: Rafael G. Herrera Martínez, pp.237-263.
 19. González A, Merino M, Cuevas Y, Zulueta M. Modelo de autocuidado. Su aplicación en el proceso de atención de enfermería en Cuba. [Internet]. *Revmedicaelectronica.sld.cu.* 2005 [citado 11 junio 2020].
 20. Martin J, Hamilton B, Osterman M, et al: Births: Final Data for 2015. *Natl Vital Stat Rep* 66(1):1–69, 2017.

21. Rybertt T. et al. Retardo de crecimiento intrauterina: consecuencias a largo plazo. REV. MED. CLIN. CONDES [Internet] 2016; 27(4) 509-513].
22. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Secretaria de salud. 1983 [citado 15 diciembre 2019].
23. Código De Ética Para Las Enfermeras Y Enfermeros En México [Internet]. Cpe.salud.gob.mx. 2020 [citado 15 diciembre 2019].
24. UNICEF. Declaración De Los Derechos Del Recién Nacido Prematuro [Internet]. Argentina. 2013 [citado diciembre 2019].
25. Secretaria de salud. Manejo del prematuro sano en la sala de prematuros, Guia de practica [Internet]. Mexico. 2010.
26. Instituto Nacional del Seguro Social. Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Guia de practica clinica [Internet]. Mexico;2013 [consultado en 2020].
27. Sánchez F., Álvarez L. Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. Enfermería universal [revista en la Internet]. 2018 dic [citado en enero 2020]; 15 (4): 428-441.
28. Castillo M, Vargas K. Efectividad del masaje en el área abdominal para la reducción de los cólicos del lactante [Internet]. Scielo.sa.cr. 2020 [citado mayo 2020].
29. Harillo F, Rico J, López Á. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura [Internet]. SCielo. 2017 [citado 27 diciembre 2019].
30. -Karlsen K. El programa S.T.A.B.L.E. 5th. Edición. Park City, Utah: NNP-BC; 2006
31. Basso G. Neurodesarrollo en Neonatología Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2016.
32. Egan F. QACG. cuidados para el neurodesarrollo. Revista de Enfermería. 2017;(4).

33. Amaya I., Villamizar B. et. al. Cuidados de enfermería al Neonato crítico. 1st ed. casas BI, Medellín Colombia: ACOFAEN; 2005.
34. American Heart Association, American Academy of Pediatrics. Reanimación neonatal 7 edición. 2016
35. CENETEC. Intervenciones de Enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria en el segundo y tercer nivel de atención. Guía de Evidencia y Recomendaciones. Guía de práctica clínica. México; 2015.
36. Centro Nacional de Equidad y género y salud reproductiva. Recomendaciones para el uso de CPAP nasal temprano y surfactante selectivo en recién nacidos prematuros. 2014
37. Secretaría de salud. Guía de práctica clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones relacionadas a Líneas Vasculares [Internet] México: 2012 [citado en enero 2020].
38. Rodríguez A. Cuidados centrados en el desarrollo del neonato prematuro: intervenciones dirigidas a optimizar el microambiente [Internet]. Digital.csic.es. 2020 [citado 30 junio 2020].
39. Balseiro L, Salinas L, Gómez A, Lira G. Prevención de alteraciones ambientales que inciden en el neurodesarrollo de los neonatos en la UCIN: intervenciones de enfermería especializada [Internet]. Revenferneurolenlinea.org.mx. 2020 [citado 30 junio 2020].
40. Monroy R. Ganancia de peso e impacto metabólico como resultados de la terapia nutricional en neonatos prematuros hospitalizados [Internet]. Siicsalud.com. 2020 [citado 29 junio 2020].
41. Plascencia M., Villalobos G. Y Mendoza A. (2010). *Cuidado del Recién Nacido Críticamente Enfermo*. 1st ed. México, D.F: Javier Mancilla Ramírez, pp.153, 154,155.
42. Guías de lactancia en Hospitales infantiles y generales Sindis, 2006, pp:38.

43. Acosta M, Cabrera N. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental [Internet]. UNIMAR. 2020 [citado 29 mayo 2020].
44. Quiroga A., Chattas G., Castañeda A., Ramírez M., Montes M., Iglesias A., Plasencia J., López I., Carrera B., Guía de práctica clínica de Termoregulación en el Recién Nacido. SIBEN. 2010.
45. Mata M., Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17(1): 45-54
Lopez C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediátrica Mexicana. 2014 Octubre; 35(6).
46. Bustos G., Guía de Cuidados del Recién Nacido en la Maternidad. 1ª ed. Madrid: Salud Madrid; 2008.
47. Pozzi E., Valdés R., Bienvenido bebé. 1ª ed. Guía completa para el cuidado del recién nacido. 0 a 3 meses. UNICEF Argentina 2012..
48. Marin V. guiainfantil.com. [Online].; 2016 [cited 2020 Enero. Available
49. Echenique J. Tamizado oftalmico neonatal. Acta Pediátrica Mexico [internet] 2015; 36(4): 361-363.
50. Pérez González E. Martín Serra J. Evaluación de la función renal en el recién nacido Protoc. diang ter pediátr. 2014;1:37-51

IX.- Anexos

1.1.- Ficha De Identificación

Nombre del recién nacido: Hinojosa García Trillizo 2 Sexo: F Hora nacimiento: 18:12

Lugar de nacimiento: Hospital Regional de alta Especialidad Cd. Victoria

Fecha nacimiento: 20 de septiembre 2019 Registro: _____ Peso al nacer: 780 g Talla: 30 cm

Edad gestacional: 32 sdg. Tipo de parto: Cesaría Fecha de ingreso: 20 de septiembre 2019

Días de estancia: 21 Grupo y Rh: A+

Maniobras de reanimación: Básicas: Estimulación Avanzadas: CPAP Nasal

Fuente de información: madre y expediente clínico

Elaborado por: Yoletzy Nallely Cedillo Martínez

Fecha de elaboración: 10 de octubre del 2019 Unidad hospital: Unidad de cuidados intensivos neonatales

1.2 Estado De Salud

1.2.1.-Sano: _____ Enfermo: *

1.2. 2.-Sistema de salud: IMSS _____ 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: 5


Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación
García Morales	42 años	Licenciatura	Profesionista
Hinojosa Hernández	42 años	Licenciatura	Profesionista
Hinojosa García	20días	--	Recién nacido
Hinojosa García	20días	--	Recién nacido
Hinojosa García	20días	--	Recién nacido


1.3.3 Familiograma

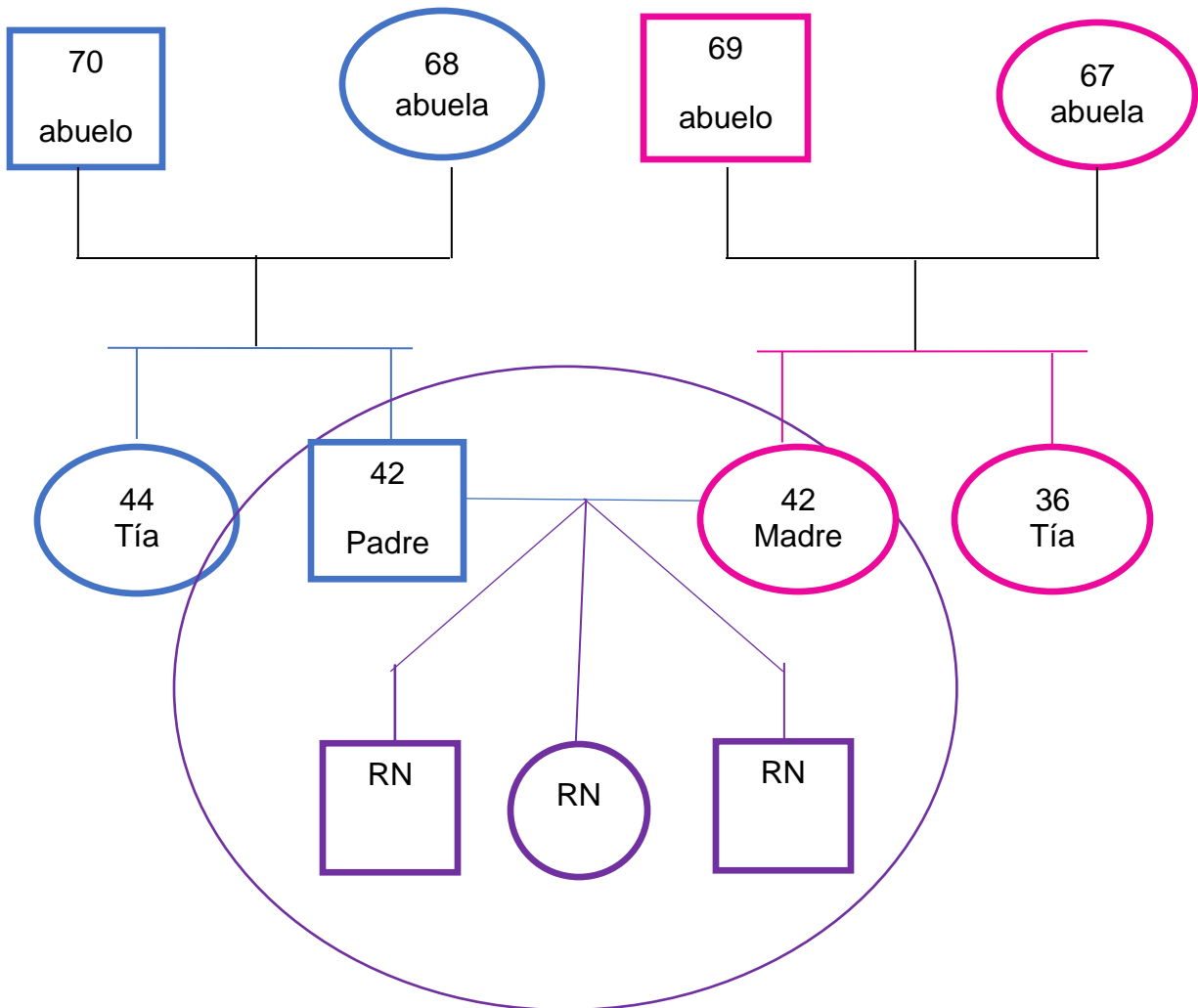
Hombre □

Mujer ○

Relación afectiva =

Matrimonio 

Unión libre 



1.4.- Factores Ambientales

1.4.1.- Área Geográfica: Urbana si Suburbana _____ Rural _____
1.4.2.- Características De La Vivienda: Techo Lámina si Cartón si Concreto si Otros: _____
Paredes: Tabique _____ Madera _____ Otro material _____ Piso: Cemento: si Tierra: _____ Otros: _____ No.
Habitantes 4
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 No. 0 Vacunados no Aves: no No. 0 Otros: ninguno

2.- Requisitos De Desviación De La Salud

2.1 Antecedentes Heredo- Familiares

Nombre De La Madre: García Morales María Edad: 42 años Peso: 69 Kg Talla: 170 M
Lugar De Residencia: Cd. Victoria C. P. _____ Edo. Tamaulipas
Tel. Omitido Ocupación: profesionista Edo Civil: casada Religión: católica
Escolaridad: licenciatura
Hipertensión: si Diabetes: no Cardiopatías: no Cáncer: no Quien Lo Padece: Padre

2.1.2. Antecedentes Personales No Patológico (Madre)

Tabaquismo: no Alcoholismo: no Toxicomanías: no Ninguna: _____ Alimentación: balanceada
Cantidad: Carne, Huevo, Leche, Verduras, Diario Calidad: 3 veces a la semana
Baño: si Aseo Dental: si Esquema De Vacunación: Completa si Incompleta _____
Desconoce _____

2.1.3 Antecedentes Personales Patológicos (Madre)

Transfusiones no Intervenciones Quirúrgicas 1 Alergias: no Hospitalizaciones _____
Antecedentes Perinatales G25 P:0 A:1 C:1 Control Prenatal: si N° De Consultas : 6 Consultas
Usg: 6 Patologías Durante El Embarazo: no Tratamiento Médico: _____
Inmunizaciones: si MICRONUTRIENTES: _____
Isoinmunización: Previa: _____ Tipo De Parto: cesaria Espontáneo _____ Conducido _____ Distócico _____
Fórceps _____ Inducido _____ Eutócico _____ Rm: Espontaneas si Artificial _____
Analgesia: General si BPD si Local _____ Sedación _____ Ninguna _____
Producto: _____ Único _____ Gemelar: _____ Múltiple: si Otros 3

2.1.5.- Antecedentes Del Neonato

Lesiones Y Defectos Al Nacimiento: _____ Negado No Apgar: 8
Dx Medico: RN pretérmino hipotrófica de 32 SDG por Capurro / Peso muy bajo al nacer/ síndrome de dificultad respiratoria leve / desnutrición in útero con retraso del crecimiento intrauterino tipo II.

2.2.-Factor De Riesgo

Factor materno

Parámetro	Especificación	Bajo	Medio	Alto
Edad Materna	42 años		Si	
Nivel socioeconómico	Medio	Si		
Tabaquismo	No	Si		
Ingiere Alcohol	No	Si		
Adicciones	No	Si		
Padecimiento Actual ¿Control?	No	Si		
Gesta N°	2			Si
Control Prenatal	Si	Si		
Complicaciones Prenatales o neonatales previos	preclamsia			Si
Anestesia	BPD			Si
En el transcurso y hasta el final del embarazo presento algún problema de salud	preclamsia			Si
Bajo 5	Medio 1		Alto 4	

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
Edad gestacional	32SDG			*
Peso al nacer	780 gramos			*
Apgar	8/8		*	
Silverman	1	*		
Malformaciones presentes	Sin malformaciones	no		
Lesiones por trauma obstétrico	No	no		
Relación Peso y edad	Menor a 10			*

Cuidados Inmediatos

SE RECIBE RECIEN NACIDO FEMIENDIO EN CAMPOS ESTERILES PREVIAMENTE CALENTADO SE TRASLADA A CUNA DE CALOR RADIANTE, SE SECA Y ESTIMULA CEFALOCAUDALMENTE LLANTO AL ESTIMULARLO, SE DIO APOYO CON OXIIGENO INHALADO MEIDANTE CPAP NASAL, 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 8 PTS.

Cuidados Mediatos

COANAS Y ANO 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 780 G, TALLA 30 CM, PC 25 CM, PT 24 CM, P.A. 24 CM, SS 17 CM, PIE 7 CM.

3. Requisitos De Autocuidado Del Desarrollo

3.1.- Valoración Del Neonato

Valoración de Apgar 8-8 Capurro Extendido 31.6 SDG

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
cardiorrespiratorio	Sin datos de dificultar respiratoria al aire ambiental, riesgo por prematurez	Si	metabólico	Sin datos clínicos de hipoglucemia, ni alteraciones hidroelectrolíticas	si
Hemodinámico	Estable precordio normodinámico, pulsos periféricos presentes, sin soplos	No	neurológico	Activo, reactivo, sin presencia de movimientos anormales, fontanela anterior normotensa	Si
Gastrointestinal	abdomen blando depreciable, peristaltismo presente, sin dolor a la palpación	no	Genitourinario	Uresis espontanea	No

3.3 Exploración física

Signos vitales: fc: 120 fr: 40 ta: 59/30 Temp: 35

Antropometría

PESEO: 780 Kg TALLA: 30cm PC: 25cm PT: 24cm PA: 24cm SS: 17cm PIE: 7 cm

HabitusExterior. - cuan de calor radiante, con contención y pañal
Piel. - integra, pálida rosa hidratada
Cabeza y cara: cabeza normocefalica, fontanelas normotensas, fascias simétricas
Ojos: edema parpleural
Oidos: bien implantados
Nariz: coanas permeables con millium
Boca: labio y paladar integro e hidratados
Cuello y Hombros: cuello cilíndrico sin adenomas, hombros simétricos clavículas integras
Tórax: simétrico, con movimientos de amplexación y amplexión
Cardiovascular: con buen ritmo y frecuencia, sin soplos
Abdomen: blando depreciable, normoperistaltismo
Genitales: íntegros, prominentes, acode a fenotipo femenino
Dorso y columna vertebral: integra simétrica
Extremidades: pulsos presentes, sin alteraciones, llenado capilar 2 seg.
Cadera: integra, simétrica
Estado Neurológico: alerta, sueño fisiológico

4. Requisitos Universales De Autocuidado

1- Mantenimiento De Un Aporte Suficiente De Aire

1.1 ¿Presenta Alguna Dificultad Para Respirar? Si ___ 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	3-4

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	10-10-19	11-10-19	14-10-19	
Fase I (especificar)	--	--	--	
Fase II (especificar)	--	--	--	
Fase II (especifica)	--			
	--			

1.3.- Valores De Gases Sanguíneos

	N/A			
Ph	--			
PCo2	--			
PO2	--			
HCO3	--			
saturación	--			
Interpretación	--			

1.4 Estudios De Gabinete _____

1.4.1 Valoración cardiovascular

10-10-19		11-10-19		14-10-19							
Fc..	166	Fc.	164	Fc	160						
Tem	36.7	Tem	36.9	Tem	36.8						
Sat%	92	Sat%	94	Sat%	94						
Fr	50	Fr.	48	Fr.	56						

Parámetro / Día	10-octubre	11 de octubre	14 de octubre	
Ritmo cardíaco Regular Irregular Arritmia	162 Regular	164 regular	160 regular	
Llenado capilar Mediato Inmediato Lento	Inmediato	Inmediato	inmediato	

Soplo Audible	No audible	No audible	No audible	
No audible				
Precordio Audible	No audible	No audible	No audible	
No audible				
Oximetría de Pulso	92%	94%	94%	

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

DX Riesgo de retraso del desarrollo

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

Parámetro		Si	no	Comentario
Boca	Simétrica	*		
	Integra	*		
	Uvula central	*		
Mucosa	Hidratadas	*		
	Rosada	*		
	Seca		*	
	Integras	*		
Lengua	Hidratada	*		
	Integra	*		
	Rosada	*		
	Frenillo	*		
Paladar	Integro	*		
	Rosado	*		
	Perlas de Epstein		*	
Encías	Integra	*		
	Rosada	*		
	Dientes		*	
Abdomen	Perímetro abdominal	*		
	Blando /depreciable	*		
	Distendido/duro		*	
Cordón umbilical	Limpio	*		
	Arterias 2	*		
	Vena 1	*		
	Momificado	*		
	Eritematoso		*	
Piel	Herniado		*	
	Turgente	*		
	Hidratada	*		
Fontanelas	Húmeda		*	
	Normotensa	*		
	Deprimida Tensa		*	

A) INGRESOS

Ingresos /día	10 de octubre	11 de octubre	14 de octubre	
Vía enteral	Si	Si	si	
Seno materno				
Formula (Especificar)	Leche M / alfare 4 ml	Leche M/ Alfare 5 ml	Leche M/ alfare 8 ml	
Vía de Administración	SOG	SOG	SOG	
Succión	No	No	NO	
Sog	5 fr	5 fr	5 fr.	
Otros (especifique)	--	--	--	
Vía parenteral	Si	Si	no	
NPT	3.7ml/hr	2.5 ml/	--	
Solución Base	--	--	Glucosa al 10%	

Solución para mantener permeable vena	--	--	1.7 ml.	
---------------------------------------	----	----	---------	--

	10 de octubre	11 de octubre	14 octubre	
Peso	885g	900g	1030 gr	
Talla	33 cm	33 cm	34 cm	
Incremento ponderal	+10 gr.	+15 gr.	+100 gr.	
Glicemia capilar	144 mg/dl	99 mg/dl	93 mg/dl	
Glicemia central				

C) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
DX

4.-PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES) ELIMINACIÓN URINARIA

Eliminación Urinaria

Parámetro/ Día	10 de octubre	11 de octubre	14 de octubre
Espontanea	Si	Si	si
Forzada	No	no	No
Color	Amarillo clara	Amarillo clara	Amarillo claro
Olor	Inolora	inolora	inolora
Cantidad ml / hr	3.4 ml	2.5 ml	2.4 ml.

Eliminación Fecal

Parámetro / día	10 de octubre	11 de octubre	14 de octubre	
Espontanea	no	Si	si	
Forzada	si	No	no	
Especificar	estimulación	--	--	
Estomas	no	No	no	
Cantidad gr / turno	2 gr	5 gr	3 gr	
olor				
Características (código Evacuaciones) de	Verde pastoso	Amarilla pastosa	Amarillo pastoso	

Drenajes

	10 de octubre	11 de octubre	14 de octubre	
SOG	2 ml	.5 ml	.5 ml	
Vomito	no	No	No	
Fístula	--	--	--	
Sonda pleural	--	--	--	
otros	--	--	--	

4.2.-Con Base En La Valoración Establece Diagnósticos De Enfermería

5.- Mantenimiento Del Equilibrio Entre La Actividad Y Reposo

5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión (Débil) Deglución (Débil) Búsqueda (no) Moro (SI) Tónico cuello (SI)

Enderezamiento del tronco (no) Puntos cardinales (no) Arrastre (Débil)

Inervación del tronco (SI) presión plantar (SI) presión palmar (SI) Babinsky (débil)

5.2 - ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

Estado de Conciencia en el Neonato	10-10	11-10	14- 10		
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin Estado 1 Estado movimientos sin actividad espontanea a excepción de los 1 sobresaltos		si	si		
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión	si				
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 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

Sistema	Concepto	Signo de Estabilidad	Signo de estrés
Autonómico	Es el funcionamiento básico de Respiración tranquila nuestro cuerpo necesario para nuestra supervivencia. Los indicadores son el color de la piel, frecuencia cardiaca patrón respiratorio.	Respiración tranquila y regular, coloración normal. Reducción de temores y signos viscerales	Pausas respiratorias, taquipnea, cambios de color a cianótico, marmóreo o pálido. Temores, hipo, bostezar, vómito. Regurgitación.
Motor	Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.	Modulación de postura y tono. Actividad mano boca.	Flacidez, hipertono hiperextensión brazos y piernas, manos abiertas, mano en cara.
Estados	Categoriza el nivel del sistema en cuanto a vigilia-sueño- despertar. Llanto	Alerta e interactúa, acepta consuelo duerme tranquilo, sonríe	Despierto, Cambios bruscos de dormido a despierto, irritable. Difícil consuelo
Atención/ Interacción	Capacidad del niño para interactuar con el medio	Acepta estimulación visual, estabilidad de los otros subsistemas.	Aversión a la mirada. somnolencia e inestabilidad de los estados motor o autonómico
Autorregulación	Valorar los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas	Acepta estimulación e interactúa, estabilidad de los sistemas	Inestabilidad de los subsistemas

Interpretación de estados

10 de octubre	11 de octubre	14 de octubre		
motor	motor	motor		

5.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dx _____

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN 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	1	2	3		
Fecha y hora	10/10/2019 11:00 am	11/10/2019 11:00 am	14/10/2019 11:00am		
Edad Días de Vida Extrauterina	20	21	24		
Peso	885g	900 g	1030gr		
Método de alimentación	SNG	SNG	SNG		
Duración del contacto piel a piel	1 hora	1 hora	1 hora		
Comentario / observaciones	La madre se nota nervosa y feliz era el primer día que cargaría a su bebe	La madre tiene más confianza al cargar al bebe	La madre tiene más confianza al cargar al bebe y ver sus reacciones		

6.7.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Dx _____

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 (si) No () ¿Porque? Su prematuréz

7.2.- La Madre Tiene Conocimiento Previo Sobre Los Cuidados Al Neonato Si () No (no) Y Especifique Si Pone En Peligro Al Neonato: es su primer embarazo a término, por lo cual la madre no tiene experiencia en los cuidados que se brinda a un recién nacido

7.3.- Características Ambientales: Se Encuentra en cuan de calor radiante, Eutérmico, Con pañal gorro y calcetas

7.4.- Preparación Del Ambiente: Se Proporciona Un Ambiente Óptimo Para El Neonato

7.5.-Seguridad Y Protección

Parámetro / Día	10 octubre	11 octubre	14-octubre		
Barrera primaria Catéter Tipo Localización	1lum/ 1 fr Brazo derecho	1 lum/ 1 fr Brazo derecho	1 lum/ 1 fr Brazo derecho		
Barrera secundaria Laboratorio BH Inmunoglobulinas	Hb 7.3				
Factores ambientales Luz Ruido	artificial monitores	Artificia Monitores	Artificia Monitores		
Riesgo de Caída	alto	Alto	Alto		
Riesgo de Infección	alto	Alto	Alto		

7.6.- Higiene

Intervención	10- octubre	11- octubre	14-octubre		
Baño de Esponja	no	No	no		
Baño parcial	si	No	si		
Aseo de cavidades	si	Si	si		
Aditamentos utilizados para dar posición	Nido, sabana para posición de cabeza	Nido, sabana para posiciona de cabeza	Nido, sabana para posiciona de cabeza		

7.7.- 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 cardíaca >	> 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	10-octubre	11- octubre	14- octubre
Escala utilizada	Susan Givens	Susan Givens	Susan Givens
Puntuación	2	1	0
Medida emprendida para control del dolor	confort	confort	confort
Resultado	Mejorar el bienestar	Mejorar el entorno	n/a

Dx: _____

8.- Promotor a la Normalidad

8.1.-Como es la adaptación del neonato a la vida extrauterina

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