



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

SEDE:

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE ZUMPANGO

“ESTUDIO DE CASO DIRIGIDO A RECIÉN NACIDO DE 33.5SDG CON
DETERIORO EN LA ELIMINACIÓN INTESTINAL BASADO EN LA TEORÍA
GENERAL DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM“

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

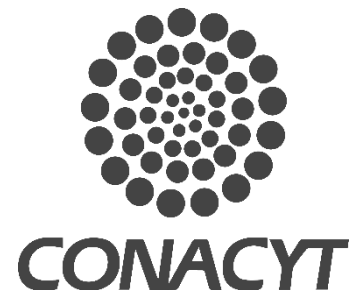
P R E S E N T A:

L.E. MELISSA DÍAZ ORDAZ ORTEGA

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. LUIS ALBERTO CONTRERAS URIBE

CIUDAD DE MÉXICO A 20 DE DICIEMBRE DE 2022





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.

Resumen

“Estudio de caso dirigido a recién nacido de 33.5SDG con deterioro en la eliminación intestinal basado en la teoría general del autocuidado de Dorothea E. Orem”

“33.5SDG newborn case study with impaired bowel elimination based on Dorothea E. Orem's general theory of self-care”

- Introducción: El desarrollo profesional de enfermería es fundamental al momento de prescribir cuidados al recién nacido pretérmino en el periodo de adaptación a la vida extrauterina.
- Objetivo: Elaborar estudio de caso mediante la aplicación de proceso de enfermería con base en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem para la gestión del cuidado de neonato de 33.5SDG con ictericia multifactorial.
- Método: Recolección de datos de fuente directa e indirecta, revisión de artículos de investigación a través de Bidi UNAM (Pub Med, Sciencedirect, Elsevier y Cochrane), así como tesis de grado y estudios de caso de TESIUNAM, aplicación del proceso de atención de enfermería.
- Descripción del caso: Agente de autocuidado dependiente, ubicado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad Zumpango, neonato de 33.5SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial, SDR modificado por surfactante y deterioro en la eliminación intestinal.
- Consideraciones éticas: Aplicación de principios éticos en salud, decálogo de derechos del prematuro y su familia y marco legal con sustento en el Artículo 4º constitucional, NOM-004-SSA3-2012 y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud.
- Conclusiones: Se logró una gestión eficaz del cuidado, resultado de la valoración que permitió identificar problemas reales, potenciales y la necesidad de un sistema de apoyo educativo dirigido al cuidador principal, concluyendo que esta acción optimiza los cuidados al alta.
- Palabras clave: prematurez, ictericia neonatal, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificultad respiratoria, surfactantes pulmonares.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres y a mis hermanos por todo el apoyo brindado durante el desarrollo de mis estudios de posgrado, sé que el proceso ha sido igual de complejo para ustedes, gracias por respetar mis decisiones. ¡Lo estamos logrando!

Quiero agradecer también a mi asesor EEN Luis Alberto Contreras Uribe, por su compromiso y esfuerzo para conmigo y mi desarrollo profesional, pero sobre todo por enseñarme una perspectiva de la enfermería que no conocía y que día a día me motiva y llena de orgullo.

Gracias al Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango por demostrar su capacidad de atención de calidad y con ello abrirme las puertas al conocimiento y ejercicio digno.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por la oportunidad de estudiar en el Programa Nacional de Posgrados de Calidad y ser acreedora a una beca, misma que me permitió concluir satisfactoriamente.

Infinitas gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de estudiar un posgrado y con ello la responsabilidad de impulsar el desarrollo educativo en mis compañeros profesionales de enfermería.

Dedicatoria

Dedico mi trabajo a mis sobrinos Díaz Ordaz Cruz, mi principal motivación de todos los días, es para mí un privilegio poder formar parte de su vida y hacerles saber el amor que les tengo.

Índice

Resumen	2
Agradecimientos	3
Dedicatoria	3
Introducción	6
Objetivos	7
Capítulo 1: Fundamentación.	8
Capítulo 2: Marco teórico.	11
Marco conceptual.....	11
Marco empírico	12
Teoría de Enfermería	14
Daños a la salud	19
Consideraciones éticas y marco legal.....	28
Capítulo 3: Metodología.	32
Búsqueda de información	32
Sujeto	32
Material y procedimiento para la elaboración del estudio	32
Aspectos éticos aplicados.....	33
Cronograma de actividades	33
Capítulo 4: Elección y descripción genérica del caso.	35
Ficha de identificación.....	35
Motivo de consulta	35
Descripción del caso	35
Capítulo 5: Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	37
Valoración	37
Factores básicos condicionantes	37
Requisitos de desviación de la salud	38
Requisitos de desarrollo.....	39
Requisitos universales de autocuidado.....	39
Diagnóstico	45
Planeación y Ejecución	46
Prescripción del Cuidado	47

Evaluación	61
Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones.	62
Conclusiones.....	62
Recomendaciones	63
Referencias	64
Anexos	68

Introducción

El profesional de enfermería es capaz de desarrollarse en diversos ámbitos, entre ellos, la investigación, actualmente apostamos por una enfermería basada en evidencia y realizamos cuidados cuyas bases científicas fueron ampliamente estudiadas para su sustento, de tal forma que cada una de las intervenciones y actividades que realizamos debe tener una justificación.

El presente estudio de caso está dirigido a agente de autocuidado dependiente, neonato de 33.5SDG por Capurro, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial, síndrome de dificultad respiratoria modificado por surfactante, ubicado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad Zumpango.

El siguiente trabajo fue desarrollado en seis capítulos, el primero comprende la fundamentación, donde se incluyen datos epidemiológicos que describen la relevancia del estudio, el segundo capítulo es el marco teórico, en el que se conceptualizan los principales descriptores, se describen aspectos importantes resultado del análisis de artículos de investigación y estudios de caso, además se describe la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem en la cual se basó el proceso de enfermería aplicado, así como aspectos relevantes de la patología primaria: ictericia neonatal y patología secundaria: síndrome de dificultad respiratoria, por último de este capítulo, se describe el marco legal que rige el estudio de caso, el tercer capítulo incluye la descripción de la metodología llevada a cabo para la aplicación del proceso de enfermería, tales como, estrategias de investigación, selección del sujeto de estudio e instrumentos, en el cuarto capítulo se describe el caso con base en requisitos de desarrollo y de desviación de la salud, información que será retomada en el capítulo cinco, puesto que comprende el desarrollo del proceso de enfermería con sus cinco subprocesos: valoración, planeación, diagnóstico, ejecución y evaluación, por lo tanto se incluyen los planes de cuidado elaborados con base en los requisitos con desviación y por último en el sexto capítulo, se constatan los resultados obtenidos y se aportan algunas recomendaciones.

Objetivos

General

- Elaborar estudio de caso mediante la aplicación del proceso de enfermería con base en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem para la gestión del cuidado de neonato de 33.5SDG con deterioro en la eliminación intestinal.

Específicos

- Realizar valoración por requisitos universales de autocuidado mediante la recolección, validación, organización y documentación de datos obtenidos con el método de entrevista al cuidador primario y exploración física del neonato.
- Establecer y jerarquizar diagnósticos de enfermería reales y potenciales con base en los requisitos universales con desviación identificados.
- Desarrollar estrategias para reducir y corregir problemas identificados durante el diagnóstico mediante la elaboración de planes de cuidado.
- Ejecutar intervenciones y actividades planeadas para el restablecimiento del estado de bienestar del neonato.
- Elaboración del control de casos mediante la evaluación de resultados obtenidos posterior a la ejecución.

Capítulo 1: Fundamentación.

I. Ictericia Neonatal

Ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Hiperbilirrubinemia es un concepto bioquímico que indica una cifra de bilirrubina plasmática superior a la normalidad. Clínicamente se observa en el recién nacido (RN) cuando la bilirrubina sobrepasa la cifra de 5 mg/dL.¹

Prevalencia

Aproximadamente el 60% de los recién nacidos de término y el 80% de los prematuros desarrollan ictericia en la primera semana de vida, así como que el 10% de los recién nacidos alimentados con seno materno presentan ictericia durante el primer mes de vida.¹

Incidencia

Bhutani en 2013 estimó que en un año 481, 000 recién nacidos de termino y prematuros tardíos presentan niveles séricos de bilirrubina mayores de 25 mg/dL, estimó que, de estos, 114,000 mueren y más de 63,000 sobreviven con daño neurológico de moderado a grave.¹

En una revisión sistemática, la incidencia global de ictericia severa a nivel mundial se reportó como 99 casos por 100.000 nacidos vivos. La mayor incidencia de 6678 casos por 100.000 nacidos vivos se reportó en África y la más baja de 37 casos por 100.000 nacidos vivos en Europa.²

Cerca de 84-112 millones de los 140 millones de niños nacidos cada año a nivel mundial desarrollarán esta condición en las primeras 2 semanas de vida. Aproximadamente uno de cada diez neonatos es probable que desarrolle ictericia clínicamente significativa o hiperbilirrubinemia, requiriendo vigilancia estrecha y tratamiento.²

Mortalidad

A nivel internacional en el 2016 la mortalidad por ictericia neonatal fue de 8 de 100, 000 niños menores de 5 años, desde 1990 ocupa el puesto 16 de las 100 causas de mortalidad en menores de 5 años.¹

Por otro lado, los datos del estudio de Carga Global de Enfermedad 2016 mostraron que la ictericia neonatal representó 1309,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.²

Prevención

La hiperbilirrubinemia neonatal grave que progresa a la encefalopatía hiperbilirrubinemia o kernicterus es devastadora para los recién nacidos y sus familiares, por las secuelas a largo plazo como parálisis cerebral, desordenes del lenguaje, sordera y en general retraso del neurodesarrollo, estas complicaciones son raras en países del primer mundo porque se realiza diagnóstico y tratamiento en forma oportuna. A diferencia de la mayoría de los trastornos neonatales la ictericia no se puede prevenir, el objetivo de cualquier intervención en este padecimiento es prevenir su progresión y el desarrollo de encefalopatía aguda de bilirrubina.²

II. Síndrome de Dificultad Respiratoria

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad que se caracteriza por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido, mayormente del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.³

Prevalencia

En el recién nacido pretérmino (RNP), el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), atribuible a déficit o ausencia de factor tensoactivo o surfactante pulmonar, es la principal causa de ingreso en las unidades de cuidado intensivo neonatal y su mortalidad es elevada. Se ha estimado que el SDR se presenta en el 90% de los recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional (SEG), en el 50-60 % de los menores de 30 SEG, del 15-20% entre las 32-36 SEG y en el 5% en mayores de 37 SEG.⁴

Incidencia

Durante 2016 se observaron en México 82.764 casos de nacimientos con anomalías, en un rango de 797 padecimientos distintos. No obstante, el 51% de estos casos se concentra en diez causas únicamente, siendo el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido la tercera causa de mayor frecuencia en el país con 4, 996 casos.⁵

Una investigación sobre los pacientes de la UCIN de Canadá se encontró que de 6 600 admitidos en las UCIN, 44.2% eran RNPTt, 26.2% eran RNTt y sólo 29.6% eran RNT. Los RNPTt eran los que más requerían de maniobras avanzadas de reanimación, se les diagnóstico síndrome de dificultad respiratoria a 14.2%.³

Mortalidad

En México las afecciones en el periodo perinatal y los padecimientos congénitos son causa de muerte particularmente en los primeros 28 días de vida. En el año 2016 los problemas respiratorios y la asfixia ocasionaron casi el 50% de las muertes antes del primer mes de vida y 25% de total de muertes en menores de un año, en este año se contabilizaron en el país 4,996 casos de SDR.⁴

Prevención

Es fundamental una adecuada atención prenatal para tratar de evitar la prematuridad. El uso de corticosteroides prenatales y surfactante en los RNP con SDR han disminuido la mortalidad del 50% a menos del 10% en países desarrollados.⁴

Capítulo 2: Marco teórico.

Marco conceptual

Prematurez: Según la OMS se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse también como: ⁶

- 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

Ictericia: Decoloración amarilla de la piel, membrana mucosa y esclera en el recién nacido. Es un signo de hiperbilirrubinemia neonatal. La mayoría de los casos son autolimitantes y transitorios (ictericia neonatal) produciéndose en la primera semana de vida, pero algunas pueden ser un signo de alteraciones patológicas, sobre todo de hepatopatías.⁷

Hiperbilirrubinemia: Acumulación de bilirrubina, un producto de la degradación de las proteínas hemo, en la sangre durante las primeras semanas de la vida. Puede dar lugar a ictericia neonatal. El exceso de bilirrubina puede deberse a la forma no conjugada (indirecta) o conjugada (directa). La afección puede ser autolimitada (ictericia neonatal fisiológica) o patológica, con concentraciones tóxicas de bilirrubina.⁷

Síndrome de Dificultad Respiratoria: Trastorno del recién nacido caracterizado por disnea con cianosis, anunciado por signos prodrómicos como la dilatación de las aletas nasales, gruñido espiratorio y retracción de la escotadura supraesternal o de los bordes costales, que ocurre más a menudo en lactantes prematuros, niños de madres diabéticas y lactantes nacidos por operación cesárea y en algunas ocasiones sin causa predisponente aparente.⁷

Surfactantes pulmonares: Sustancias y fármacos que disminuyen la tensión superficial de la capa mucosa que rodea los alvéolos pulmonares.⁷

Marco empírico

La ictericia es el problema de salud más común de readmisión hospitalaria en el periodo neonatal, si bien, el tratamiento se establece acorde a la severidad, se requiere de múltiples cuidados específicos para la adecuada evolución, por otro lado, al no ser prevenible, es necesario identificar factores de riesgo, para una atención oportuna que permita prevenir complicaciones asociadas.

En la Tesis de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano titulada “Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2018” la cual constituye un estudio de tipo retrospectivo, analítico observacional, de casos y controles, con una muestra de 80 casos y 160 controles, cuyo objetivo es establecer los factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Abancay 2018, se concluye que los RN que desarrollaron ictericia neonatal tienen como factores de riesgo materno de mayor asociación a la edad materna, menor de 35 años y madre primigesta y dentro de los factores de riesgo perinatal el bajo peso del RN, nacimiento pretérmino e incompatibilidad sanguínea.⁸

Además, una revisión sistemática cuyo objetivo es mostrar las evidencias científicas con más impacto a nivel de América Latina sobre ictericia neonatal, muestra como resultados una prevalencia de entre el 60% y 80% en neonatos a término y prematuros, teniendo como factores de riesgo la incompatibilidad sanguínea, prematuridad, lactancia materna, implicando complicaciones graves como encefalopatías, kernícterus, sordera, en este artículo se menciona que el profesional de enfermería cuenta con autonomía en el cuidado aplicando la fototerapia efectiva para el neonato.⁹

Con respecto al síndrome de dificultad respiratoria, es considerado la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria en el recién nacido prematuro (RNP) por deficiencia de surfactante, y de acuerdo al análisis exploratorio de datos (EDA) a partir de los registros de nacimientos recopilados por el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), una fuente oficial con una cobertura nacional que permite lograr

estimados comparables en el contexto internacional ya que utiliza la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, se concluye que, a pesar de que hay una concentración evidente en la región centro del país, explicada por la mayor densidad demográfica de las principales áreas urbanas, la estimación revela que la condición de SDR es mayor en la región de la frontera sur, donde se ubica el centro hospitalario de mayor incidencia, este es el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, Tabasco. Por su parte, al norte del país se detectan importantes áreas de concentración que incluyen la ciudad de Durango, Torreón y Saltillo en Coahuila y Nuevo Laredo, Tamaulipas. Mientras en la frontera norte se tiene presencia importante en centros hospitalarios de Ensenada y Mexicali. Esta distribución indica un rasgo importante, ya que no necesariamente las localidades de mayor tamaño presentan la mayor incidencia. Así mismo, el contar con atención prenatal por parte de la madre se relaciona con una menor posibilidad del desarrollo del SDR para el bebé.⁵

El SDR es un problema de salud por los altos costos de los recursos materiales y humanos que se requieren para los cuidados de estos pacientes durante su estancia hospitalaria inicial y después por los costos derivados de la atención integral de secuelas como la Displasia Broncopulmonar (DBP) y alteraciones del neurodesarrollo.⁴

Otro artículo de revisión que reúne información de múltiples autores con el fin de describir algunos aspectos del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, entre ellos, factores de riesgo, fisiopatología, diagnóstico y auxiliares diagnósticos, tratamiento, pronóstico y complicaciones, concluye que el manejo del SDR requiere la coordinación de la atención entre numerosos equipos, incluidos médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, nutricionistas y farmacéuticos, donde la atención de enfermería neonatal especializada es fundamental para optimizar la mejoría de los recién nacidos críticos, además, recalca la importancia de la prevención de partos prematuros mediante la consulta prenatal, así como la administración de corticosteroides prenatales si existe sospecha de un parto prematuro.¹⁰

Descripción biográfica

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, 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.

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 reeditó 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 Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word 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.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹¹

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 tipo de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo.
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro del concepto de factores condicionantes básicos: edad, sexo, estado redesarrollo 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 mismo que afectan las capacidades de los individuos para ocuparse de su autocuidado.¹¹

La teoría del 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.¹¹

Dorothea E. Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.¹¹

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado.

La teoría de los sistemas de Enfermería

Dorothea E. Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería:

1. Sistema totalmente compensatorio: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensatorio: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el 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, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.¹¹

Metaparadigmas de enfermería según Dorothea Orem

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.¹¹

Relación de la teoría del déficit de autocuidado y el proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Comprende cinco etapas:

1. Valoración: se lleva a cabo una recolección, validación, organización y documentación de datos e información obtenida.

Teoría del déficit de autocuidado: Se obtiene información relevante respecto a los factores básicos condicionantes, se identifica la capacidad de autocuidado y

demanda del mismo, así como los requisitos de universales, de desarrollo y de desviación de la salud y sus alteraciones.

2. Diagnóstico: con base en el juicio clínico, se establecen problemas de salud reales, potenciales, de promoción de la salud o bienestar.

Teoría del déficit de autocuidado: Se jerarquizan los requisitos alterados y se elaboran diagnósticos con base en el déficit de autocuidado valorado.

3. Planeación: se establecen objetivos y se desarrollan estrategias para evitar, reducir y corregir los problemas identificados mediante intervenciones y actividades.

Teoría del déficit de autocuidado: Se aplica la teoría de los sistemas de enfermería.

4. Ejecución: se llevan a cabo las intervenciones planteadas en la prescripción del cuidado, poniendo especial atención en el logro de objetivos.

Teoría del déficit de autocuidado: Se atiende la demanda terapéutica.

5. Evaluación: se realiza una confrontación de los resultados obtenidos y esperados.

Teoría del déficit de autocuidado: Se realiza una comparación de la capacidad de autocuidado valorada previamente con la actual mediante valoración focalizada por requisitos universales de autocuidado.

Daños a la salud

I. Ictericia neonatal

Ictericia, hace referencia a la coloración amarilla de la piel y las mucosas, que se presenta cuando las bilirrubinas en sangre se encuentran elevadas generalmente sobrepasa la cifra de 5 mg/dL, condición conocida como hiperbilirrubinemia. La ictericia en periodo neonatal se presenta debido a la corta vida media de los eritrocitos, a una concentración alta de eritrocitos y al lento metabolismo y excreción de la bilirrubina, que da como resultado aumento en los niveles de bilirrubina no conjugada en el torrente sanguíneo misma que es potencialmente tóxica al tejido neural, principalmente para los núcleos basales.¹

La ictericia neonatal es la patología más común de readmisión hospitalaria en el periodo neonatal.¹

Factores de Riesgo

Hay evidencia consistente procedente de estudios de buena calidad que demuestran que son cuatro los factores asociados con un incremento en el riesgo de hiperbilirrubinemia:¹

- Edad gestacional menor de 38 semanas.
- Presencia de ictericia dentro de las primeras 24 horas de vida.
- Historia familiar de ictericia que requirió fototerapia.
- Alimentación exclusiva con leche materna.

Fisiopatología

La mayor parte de la bilirrubina se produce por la degradación de hemoglobina a bilirrubina no conjugada (y otras sustancias). La bilirrubina no conjugada se une a la albúmina de la sangre para ser transportada al hígado, donde es captada por los hepatocitos y conjugada con ácido glucurónico por la enzima uridindifosfoglucuronato glucuronosiltransferasa (UGT) para hacerla hidrosoluble. La bilirrubina se excreta por la bilis hacia el duodeno. En los adultos, las bacterias intestinales reducen la bilirrubina conjugada a urobilina, que es excretada. Los recién nacidos, sin embargo, tienen menos

bacterias en su tubo digestivo, por lo que menos bilirrubina se reduce a urobilina y se excreta. También tienen la enzima beta-glucuronidasa, que conjuga bilirrubina. La bilirrubina no conjugada ahora puede reabsorberse y se recicla en la circulación. Este proceso se denomina circulación enterohepática de bilirrubina.¹

Clasificación de la ictericia neonatal

Ictericia fisiológica	<p>Ocurre en la primera semana de vida y no tiene causa subyacente identificable, relacionada con las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor carga de bilirrubinas en el hepatocito, debido a que existe mayor volumen eritrocitario por kg de peso. • Menor vida media de los eritrocitos fetales (90 días). • Mayor reabsorción de bilirrubina en el intestino por la circulación enterohepática. • Defectuosa captación de bilirrubina del plasma <p>Las concentraciones de bilirrubina pueden aumentar hasta 18 mg/dL (308 micromol/L) a los 3-4 días de vida y descienden de ahí en adelante.¹</p>
Ictericia asociada a leche materna	<p>Ocurre durante la primera semana de vida y generalmente persiste más allá de las dos primeras semanas de vida, por sus características se considera fisiológica y en consecuencia inofensiva.</p> <p>El mecanismo se desconoce, pero se ha relacionado con la ingesta reducida de leche materna (falta de apoyo y asesoramiento para la lactancia materna) que ocasiona que el tránsito intestinal sea lento y aumente la circulación enterohepática de la bilirrubina.¹</p>
Ictericia no fisiológica	<p>Relacionada con incompatibilidad de los grupos sanguíneos (Rhesus, ABO o subgrupos), hemólisis, sepsis, hematomas y trastornos metabólicos.</p>

	Por otro lado, la obstrucción y las deformidades congénitas del sistema biliar (atresia biliar), causan ictericia obstructiva asociada con hiperbilirrubinemia conjugada. ¹
Gráfico elaborado por: L.E. Melissa Díaz Ordaz Ortega	

Diagnóstico

La concentración sérica de bilirrubina requerida para causar ictericia varía según el tono de la piel y la región corporal, pero la ictericia suele ser visible en las escleróticas cuando la bilirrubina alcanza una concentración de 2-3 mg/dL (34-51 micromol/L) y en la cara con alrededor de 4-5 mg/dL (68-86 micromol/L). Con concentraciones crecientes de bilirrubina, la ictericia parece avanzar en dirección cefálico-caudal y aparece en el ombligo con aproximadamente 15 mg/dL (257 micromol/L) y en los pies con alrededor de 20 mg/dL (342 micromol/L).¹²

Al recién nacido que presenta ictericia visible dentro de las primeras 24 horas de vida se le debe realizar el siguiente protocolo de medición de bilirrubinas séricas:¹

- Mida y registre el nivel de bilirrubina sérica dentro de las siguientes dos horas.
- Posterior medición cada 6 horas para vigilancia hasta que el nivel se encuentre por debajo del umbral de tratamiento y se encuentre en reducción continua.

La ictericia no fisiológica o patológica en recién nacidos de término se diagnostica si:¹²

- La ictericia aparece en las primeras 24 h, después de la primera semana de vida o persiste > 2 semanas.
- La bilirrubina total sérica aumenta > 5 mg/dL por día (> 86 micromol/L/día).
- La bilirrubina total sérica es > 18 mg/dL (> 308 micromol/L/día).
- El recién nacido muestra signos o síntomas de una enfermedad grave: letargo, irritabilidad, dificultad respiratoria.

Los recién nacidos con incremento continuo del nivel de bilirrubinas séricas deberán ser evaluados en forma integral por un médico con experiencia lo más pronto posible dentro

de las primeras 6 horas de vida para excluir causas patológicas de la ictericia, una bilirrubina sérica superior a 14.7 mg/dl, es sugestivo de enfermedad hepática grave. ¹

Para detectar la presencia de alguna enfermedad subyacente se recomienda realizar:¹

- Biometría hemática completa.
- Reticulocitos.
- Grupo Sanguíneo y Rh del binomio madre-hijo.
- Prueba de Coombs.

Tratamiento

El tratamiento deberá ser dirigido dependiendo la etiología y el tipo de ictericia, para la ictericia no fisiológica, el propósito de la fototerapia y/o exanguinotransfusión es evitar el kernicterus.

1. Fototerapia:

La fototerapia convierte la bilirrubina en un compuesto soluble en agua llamado lumirubina, que se excreta en la orina o la bilis sin necesidad de conjugación en el hígado. Para que la bilirrubina se convierta en lumirubina requiere de un determinado espectro y cantidad de luz, la luz fluorescente y en especial la “luz azul” son las más eficaces. La fototerapia se deberá iniciar cuando:

- El nivel de bilirrubinas séricas incrementa rápidamente más de 0.5 mg/dl/h (8.5 μ mol/litro/h) o se encuentran 3 mg/dl (50 μ mol/litro/h) por abajo del umbral para exanguinotransfusión después de 72 horas.¹

Durante la fototerapia se requiere el uso de protección ocular, para evitar daño a la retina por exposición a luz azul, se deben minimizar las interrupciones, es necesario favorecer un ambiente térmico neutro, así como vigilar el estado hídrico del recién nacido y realizar balance estricto de líquidos.

La respuesta máxima a la fototerapia se observa en las primeras 2 a 6 horas de su inicio, por lo que el seguimiento consiste en una medición de bilirrubina sérica total cada 4-6

horas y repetir la medición de la bilirrubina sérica total cada 6-12 horas, cuando el nivel de bilirrubina sérica es estable o decreciente.¹

Se suspenderá la fototerapia cuando la bilirrubina sérica ha descendido al menos 2.94mg/dl (50 µmol/l) por abajo del umbral para iniciar fototerapia, tomando en cuenta que generalmente hay un “rebote” durante las 12-18hrs siguientes, por lo que requiere una nueva medición de bilirrubina sérica.¹

2. Exanguinotransfusión:

Tiene la finalidad de eliminar rápidamente de la circulación la bilirrubina para reducir el riesgo de encefalopatía, así como los anticuerpos que pueden estar contribuyendo a la hemólisis y en consecuencia a la presencia de anemia.¹

El procedimiento consiste en tomar pequeñas alícuotas de la sangre del recién nacido y sustituirlas por la misma cantidad de sangre de un donador a través de uno o dos catéteres centrales hasta que el volumen de sangre del recién nacido se ha sustituido dos veces.¹

El doble volumen para la exanguinotransfusión se calcula de la siguiente forma:¹

- Recién nacido de término (80 ml/kg) × 2.
- Recién nacido pretermino (90ml/kg) × 2

Velocidad de la extracción/introducción sanguínea se debe realizar de 2-3 ml/kg/min durante la exanguinotransfusión se debe continuar la fototerapia múltiple. ¹

Los factores que se deben consideran para decidir la realización o no la exanguinotransfusión son: ¹

- Edad gestacional.
- Horas de vida postnatal.
- Nivel de bilirrubinas séricas.
- Presencia de encefalopatía aguda.

En el caso de la ictericia por leche materna se requiere incrementar la frecuencia de las tomas. Si la concentración de bilirrubina sigue aumentando a > 18 mg/dL (> 308

micromol/L) sustituir la lactancia materna por fórmula de inicio durante 1 o 2 días y reanudar el amamantamiento en cuanto la concentración de bilirrubina del recién nacido comience a declinar.¹²

A todos los recién nacidos que presentaron ictericia se debe dar seguimiento posterior al alta brindando información importante a los cuidadores principales con respecto a datos de alarma, características del desarrollo neurológico y relevancia de las consultas subsecuentes de especialidad.

II. Síndrome de Dificultad Respiratoria por déficit de surfactante

Cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria progresiva que afecta principalmente al RNP secundaria a deficiencia de factor tensoactivo pulmonar, que en su curso natural puede iniciar tan pronto como al nacer o pocas horas después del mismo y agravarse en los 2 primeros días de vida extrauterina, la ausencia de tratamiento puede llevar a hipoxia progresiva e insuficiencia respiratoria grave.³

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que aumentan la incidencia de SDR son:⁴

- Prematurez
- Asfixia perinatal
- Menor edad gestacional
- Sexo masculino
- Segundo gemelo
- Hijo de madre diabética
- Raza blanca
- Nacimiento por cesárea, sin trabajo de parto
- Infección materna
- No administración de esteroides prenatales a la madre

Fisiopatología

El déficit de surfactante disminuye la tensión superficial del alveolo favoreciendo el colapso, lo que origina disminución progresiva de la capacidad funcional residual y disminución de la distensibilidad pulmonar, provocando aumento del esfuerzo respiratorio y aunado a la escasa masa muscular del RNP condiciona que la pared torácica se deforme y la función diafragmática se debilite. Además se presentan alteraciones de la ventilación-perfusión que originan hipoxemia y retención CO₂ por hipoventilación alveolar. Todo lo anterior favorece la presencia de acidosis mixta, que aumenta la resistencia vascular pulmonar y la aparición de cortocircuito de derecha a izquierda en el conducto arterioso y el foramen oval, lo que aumenta la hipoxemia y condiciona hipoxia tisular.⁴

Cuadro clínico

La dificultad respiratoria puede presentarse desde los primeros minutos de vida y progresar en las siguientes 24 a 48 horas. Los signos que se presentan son: Taquipnea, quejido espiratorio, incremento del trabajo respiratorio, cianosis, apnea.⁴

Diagnóstico

Además del cuadro clínico, la radiografía de tórax tiene gran relevancia al establecer el grado de severidad del SDR, tiene una sensibilidad del 91% y especificidad del 84%. Las atelectasias propias del SDR presentan una apariencia granular fina bilateral o apariencia de "vidrio esmerilado", de modo que la extensión de la enfermedad corresponde al nivel de opacidad pulmonar.⁴

Clasificación radiológica del SDR	
Estadio	Hallazgos radiológicos
I Leve	Imagen retículo-granular muy fina, broncograma aéreo muy discreto que no sobrepasa la imagen cardio-tímica, transparencia pulmonar conservada. ⁴
II Moderada	La imagen reticulogranular se extiende a través de todo el campo pulmonar, broncograma aéreo muy visible y sobrepasa los límites de

	la silueta cardíaca, transparencia pulmonar disminuida, disminución del volumen pulmonar. ⁴
III Grave	Infiltrado reticulogranular muy difuso, los nódulos tienden a hacerse más confluentes, mayor visibilidad del broncograma aéreo, transparencia pulmonar disminuida pero todavía se distinguen los límites de la silueta cardíaca, disminución del volumen pulmonar. ⁴
IV Muy grave	La opacidad del tórax es total (Imagen en vidrio esmerilado), no se distingue la silueta cardíaca ni los límites de los hemidiafragmas, pudiera observarse broncograma aéreo, ausencia total de aire pulmonar. ⁴
Gráfico elaborado por: L.E. Melissa Díaz Ordaz Ortega	

Tratamiento

El tratamiento inicia desde la sala de partos con la obtención de información precisa recabada en la historia clínica que permita conocer aspectos a tomar en cuenta para la reanimación neonatal, en los RNP se debe favorecer la transición del ambiente intrauterino al extrauterino, usando el mínimo indispensable de intervenciones invasivas que son potencialmente dañinas.

- Oxígeno suplementario: se recomienda iniciar la estabilización o reanimación del RNP con FiO₂ de acuerdo a la edad gestacional.⁴
 - ≤ 28 SDG → 30%
 - 28-35 SDG → 21 -30%
 - ≥ 35 SDG → 21%

Los cambios en la FiO₂ deben guiarse por oximetría de pulso preductal, además el oxígeno debe controlarse con un mezclador de aire/ oxígeno y humidificado con calor.

- Presión Positiva Continua en la Vía Aérea nasal- CPAPn: El empleo de CPAPn y el inicio temprano con surfactante se considera por el momento como el tratamiento óptimo para el RNP con SDR. La evidencia demuestra que el CPAPn mantiene la capacidad residual funcional pulmonar, apoya el intercambio de

gases, reduce la presencia de apnea, disminuye la dificultad respiratoria, ayuda a reducir la lesión pulmonar que la ventilación invasiva pudiera causar y displasia broncopulmonar (DBP).⁴

Se recomienda iniciar la CPAPn desde el nacimiento en:⁴

- Todos los RNP con riesgo para desarrollar SDR, especialmente en los menores de 30 SDG, que respiran de forma espontánea después de la estabilización.
3. Surfactante: Sustancia formada principalmente por 90% lípidos y 10% proteínas cuya función es reducir la tensión superficial del alveolo pulmonar, con lo que evita su colapso al final de la espiración, disminuyendo la mortalidad, la DBP y mejorando la sobrevivencia de recién nacidos con SDR.⁴

Se recomienda administrar surfactante en los RNP que tienen una o más de las siguientes condiciones:⁴

- Necesidad de aumento en los parámetros de CPAPn: 1. $FiO_2 \geq 30\%$ 2. Presión ≥ 8 cm H₂O
- Necesidad de intubación endotraqueal para lograr la estabilización
- Incremento de los signos de dificultad respiratoria
- Factores de riesgo para SDR
- Aumento rápido en los requerimientos de FiO_2

Dosis recomendadas de surfactante con respecto al preparado/volumen:⁴

- I. (2.5 ml/Kg) → 200mg/kg/dosis
- II. (1.25 ml/Kg) o (4 ml/Kg) → 100mg/kg/dosis

4. Ventilación mecánica: se deberá emplear ventilación mecánica en RNP con SDR cuando los métodos de soporte ventilatorio no invasivo fallaron y cuando para lograr la estabilización del RNP en la sala de parto requirió intubación endotraqueal. Debe evitarse en la medida de lo posible el empleo de ventilación mecánica y favorecer el apoyo ventilatorio no invasivo.⁴

Esteroides prenatales

Un solo ciclo de corticosteroides prenatales en mujeres con amenaza de parto prematuro acelera la maduración pulmonar del feto, por lo que todas las mujeres con riesgo de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas de gestación deben recibir un solo ciclo de esteroides. Se puede administrar un segundo ciclo de corticosteroides prenatales sí, el primer ciclo fue administrado 2 o 3 semanas antes del nacimiento inminente o si se administraron cuando el embarazo tenía menos de 32 semanas de gestación.⁴

Dosis:⁴

- Betametasona intramuscular 2 dosis de 12 mg con espacio de administración de 12 a 24 horas.
- Dexametasona intramuscular 4 dosis de 6 mg con espacio de administración de 12 horas.

Consideraciones éticas y marco legal

El ejercicio de la profesión en términos de investigación en salud requiere retomar aspectos legales y normativos importantes a tomar en cuenta para la elaboración del presente estudio de caso, además de consideraciones éticas universales necesarias para el actuar responsable, ambos rubros, legal y ético, son descritos a continuación:

Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.¹³

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. “Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones

que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.”¹⁴

“Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.”¹⁴

En México, la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud han basado parte de su articulado en la Declaración de Helsinki, lo cual es evidente en el contenido de la Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 100.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda, y

VIII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.¹⁵

Principios de la ética en salud:

- No maleficencia: cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno, *primum non nocere* (en latín), que significa primero no dañar.
- Beneficencia: hacer y promover el bien, los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto.
- Autonomía: derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán en su propio cuerpo y que afectarán de manera directa o indirecta su salud, su integridad y su vida.
- Justicia: obliga a tratar a cada paciente como le corresponde, es decir, la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico.¹⁶

Decálogo de derechos del prematuro y su familia:

1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
3. El recién nacido prematuro tiene 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.
4. 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.
5. Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna. La leche humana es el mejor alimento para los bebés, incluidos los prematuros. Si un niño nace prematuro, lo mejor es que la madre permanezca junto a él y lo alimente con su leche.
6. Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP). Un niño prematuro necesita controles oftalmológicos desde las primeras semanas de vida.
7. Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.
8. 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.
9. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo. Para un bebé prematuro es muy importante sentir las caricias, la voz y el olor de sus padres. Para eso, debe estar junto a ellos el mayor tiempo posible.
10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.¹⁷

Capítulo 3: Metodología.

Búsqueda de información

Se realizó una búsqueda de artículos de investigación a través de Bidi UNAM (Pub Med, Sciencedirect, Elsevier y Cochrane) con información relevante y actualizada relacionada con el problema de salud del agente de cuidado dependiente a estudiar, encontrando artículos de revisión, estudios de caso disponibles en TESIUNAM, guías de práctica clínica y revisión sistemática, gestionando la búsqueda con las palabras: prematuro, pretérmino, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, surfactante, ictericia neonatal, hiperbilirrubinemia, cuidados de enfermería en ictericia neonatal.

Sujeto

Agente de cuidado dependiente, recién nacido de 33.5SDG, edad postconcepcional de 34.6 SDG, con los diagnósticos médicos de peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y síndrome de dificultad respiratoria modificado por surfactante, ubicado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad Zumpango, el cual fue seleccionado con base en el interés de la autora por la alta incidencia y prevalencia del problema de salud y los cuidados de enfermería proporcionados durante la rotación en dicho campo clínico.

Material y procedimiento para la elaboración del estudio

Se aplicó el proceso de enfermería con base en la teoría general del autocuidado de Dorothea E. Orem mediante una valoración por requisitos universales que comprende recolección, validación, organización y documentación de datos, con el uso de la guía de valoración al recién nacido basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem que permite el registro de los datos recolectados obtenidos mediante la entrevista al cuidador principal (madre del recién nacido), consulta de expediente clínico y exploración física, después se llevó a cabo un proceso de diagnóstico con problemas de salud reales y potenciales, los cuales fueron jerarquizados de acuerdo a las desviaciones valoradas, posteriormente se desarrollaron estrategias para evitar, reducir y corregir los problemas identificados en el juicio clínico mediante la planeación que requiere priorizar,

fijar resultados esperados, determinar intervenciones, elaborar planes de cuidado y documentar, se ejecutaron las intervenciones planteadas en la prescripción del cuidado y por último se realizó una evaluación confrontando los resultados esperados y los resultados obtenidos.

Aspectos éticos aplicados

Resulta importante mencionar que para efectos del presente estudio de caso se obtuvo un consentimiento informado firmado por el cuidador principal del sujeto de estudio (madre) además de regirse por la normativa, leyes y principios descritos en el capítulo anterior y aplicable en su totalidad para fines de investigación en salud, con el fin de preservar el bienestar de las personas que participaron en el presente trabajo.

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2022	OCTUBRE 2022	NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2022
Selección del paciente			
Entrevista con la madre			
Explicación, entrega y firma del consentimiento informado			
Aplicación de guía de valoración			
Recolección de datos en expediente clínico			
Organización de información			
Documentación de información			
Elaboración y jerarquización de diagnósticos de enfermería			
Planeación de intervenciones y objetivos			

Búsqueda de evidencia para justificación de intervenciones			
Elaboración de planes de cuidado			
Ejecución de intervenciones			
Evaluación de intervenciones: revaloración			
Fundamentación de estudio de caso			
Redacción de objetivos del estudio de caso			
Búsqueda, lectura y resumen de estudios relacionados			
Consulta de referencias para elaboración de marco teórico			
Descripción de metodología			
Descripción del caso			
Redacción de aplicación del proceso de enfermería			
Conclusiones y recomendaciones			
Gráfico elaborado por: L.E. Melissa Díaz Ordaz Ortega			

Capítulo 4: Elección y descripción genérica del caso.

Ficha de identificación

Nombre: Vallejo Nieto RN Masculino. Fecha de nacimiento: 27/09/2022	Edad Postconcepcional: 34.6 SDG al nacimiento: 33.5	
Diagnostico medico principal: Recién nacido pretérmino de 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial, síndrome de dificultad respiratoria modificado por surfactante.	Peso: 1.540 kg.	Talla: 43 cm.
Días de hospitalización: 8	Perímetro cefálico: 30 cm.	

Motivo de consulta

Madre quien acude a clínica privada pues refiere ruptura de membranas de 10hrs de evolución y disminución de movimientos fetales, sin embargo, no se cuenta con recursos humanos y materiales, por lo que solicita alta voluntaria y se traslada por medios propios a Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango, a la valoración continúa sin trabajo de parto, registro cardiotocográfico categoría III por lo que se decide cesárea, la edad gestacional esperada es de 33SDG por FUM, el líquido amniótico es claro, posterior a anestesia epidural, se obtiene recién nacido masculino, único, con tono muscular disminuído, que respira y llora al nacer, no se realiza pinzamiento tardío, se brindan pasos iniciales de la reanimación bajo calor radiante, FC >100lpm, FR de entre 70-75rpm, APGAR 8/9, Silverman Anderson 1, a expensas de tiraje intercostal, no logra saturación objetivo, persiste con saturación de oxígeno de 79% a los 10 minutos de vida, se administra dosis de surfactante 200mg/kg, posterior se coloca CPAP y se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Descripción del caso

Recién nacido masculino de 33.5 SDG por CAPURRO con fecha de nacimiento 27/septiembre/2022, cursando su octavo día de VEU en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: RNPt 33.5SDG/ Peso bajo para la edad gestacional + ictericia multifactorial + síndrome de dificultad respiratoria modificado por surfactante. Peso actual: 1.540kg.

Signos vitales: FC 126pm, FR 55rpm, SatO₂ 95%, Temperatura Corporal 36.7°C. Actualmente a nivel respiratorio sin datos de dificultad, con oxigenoterapia indirecta menor a 0.5 lts/min, sin eventos de apnea, se reporta coloración ictérica KRAMER 3 desde quinto día de VEU, peristalsis audible y disminuida, alimentación por sonda orogástrica con leche humana pasteurizada 12ml cada 3 horas, técnica 2x1, tolerando tomas, perímetro abdominal preprandial 24cm y posprandial 24.5 cm, micción espontánea amarillo clara, sin evacuaciones durante el turno.

Capítulo 5: Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Factores básicos condicionantes

Estado de salud

Agente de cuidado dependiente recién nacido de 33.5SDG masculino, cursando su octavo día de vida extrauterina y octavo día de estancia hospitalaria en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diagnóstico de peso bajo para la edad gestacional, ictericia neonatal y síndrome de dificultad respiratoria modificado por surfactante, tipo de sangre O Rh positivo.

Entorno del agente de autocuidado: Factores socioculturales

Primer hijo de madre adolescente, de la segunda década de la vida, originaria del Estado de México, soltera, educación hasta nivel secundaria, profesa la religión católica, de nivel socioeconómico medio, quien labora en taller de costura y vive con su madre.

Padre de la tercera década de la vida, originario del Estado de México, soltero, sin datos respecto a ocupación, escolaridad, religión y vivienda.

Vivienda

Vivienda propia de concreto pavimentada, con adecuada iluminación, ventilación y todos los servicios básicos de saneamiento.

Factores ambientales

Zona urbana, niegan convivencia con fauna nociva y doméstica.

Sistema familiar

Familia integrada por madre y abuela materna.

Sistema de salud

No derechohabientes de seguridad social.

Requisitos de desviación de la salud

Antecedentes heredofamiliares

Madre de 17 años, tipo de sangre O Rh positivo, alimentación 2/7 pollo o carne de res, 5/7 lácteos, 2/7 verduras, 4/7 frutas, 7/7 pan, tortillas, 2/7 refrescos y bebidas azucaradas, niega toxicomanías, no realiza actividad física, niega crónico-degenerativas, estado nutricional y de salud, adecuado, niega exposición a teratógenos.

Padre de 20 años de edad, tipo de sangre O Rh positivo, alcoholismo positivo una vez por semana sin llegar a la embriaguez, estado nutricional y de salud, adecuado. Antecedentes heredofamiliares interrogados y negados.

Antecedentes perinatales

G1, C0, P0, A0, cinco consultas prenatales en centro de salud y dos ultrasonidos sin hallazgos de importancia, quien recibió inmunizaciones durante el embarazo con Tdpa, influenza y 2 dosis covid Astra Zeneca, consumo de ácido fólico y multivitamínico desde primer trimestre, pruebas ELISA y VDRL negativas, refiere haber presentado cervicovaginitis durante el primer trimestre, sin recibir tratamiento, niega alergias,

Antecedentes neonatales

Nace por cesárea, recién nacido masculino, único, con tono muscular disminuido, que respira y llora al nacer, líquido amniótico claro, APGAR 8/9, Silverman Anderson 1, Capurro 33.5, se realizan pasos iniciales de la reanimación neonatal bajo calor radiante, se administra dosis de surfactante pulmonar y se coloca CPAPn, es trasladado a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Valoración del riesgo perinatal

1. Factores de riesgo.

Madre adolescente, número de consultas prenatales de acuerdo a las semanas de gestación, inmunizaciones completas, no presenta estudios de laboratorio, no cuenta con

esquema de maduración pulmonar, ruptura de membranas de 10 horas de evolución, sin trabajo de parto, cesárea sin complicaciones.

Recién nacido pretérmino, tono muscular disminuido, en adaptación al medio extrauterino, datos de dificultad respiratoria, dosis de surfactante y apoyo ventilatorio fase II con CPAPn, peso bajo para la edad gestacional.

2. Riesgo neonatal.

Recién nacido no exento de complicaciones propias de la edad y problemas de salud actuales, además de las relacionadas a la estancia hospitalaria, intervenciones y procedimientos invasivos. Si bien se reporta estable, se requiere de cuidados especializados para una óptima evolución y capacitación a la madre para llevar a cabo los cuidados al alta.

Requisitos de desarrollo

Recién nacido pretérmino, 33.5 SDG por Capurro, con peso de 1.540kg, por debajo del percentil 10, correspondiente a prematuro hipotrófico, de acuerdo a curva de crecimiento intrauterino de Jurado García.

Requisitos universales de autocuidado

Exploración física

1. Habitus exterior

Neonato masculino, ubicado en unidad de cuidados intensivos neonatales, en cuna radiante con potencia al 0%, activo, reactivo a estímulos externos, facies de sueño fisiológico, contenido mediante dispositivo de apoyo al neurodesarrollo, posición supina, organizado, puntuación 11 en escala IPAT, coloración icterica en cabeza y cuello, parte superior del tronco hasta el ombligo, parte inferior del tronco desde el ombligo hasta las rodillas KRAMER 3, con protección ocular por fototerapia, con oxigenoterapia indirecta,

sonda orogástrica, catéter central de inserción periférica instalado en miembro superior derecho con terapia de infusión, electrodos para monitorización cardiaca y dispositivo para oximetría de pulso en miembro inferior izquierdo.

- Cabeza, cara y cuello

Normocéfalo sin cabalgamiento de huesos del cráneo, fontanela anterior normotensa 1.5 x 3.5cm fontanela posterior puntiforme 6mm, sin lesiones asociadas al nacimiento, perímetro cefálico de 30cm, cabello corto, suave, abundante, sin zonas de alopecia, párpados alineados sin edema, ojos simétricos de 2mm, apertura ocular espontánea, conjuntivas transparentes sin exudado, esclerótica con tinte icterico, pupilas isocóricas, reactivas al estímulo luminoso, tercio superior de ambos pabellones auriculares en alineación con respecto a canto externo del ojo, nariz pequeña en posición central, coanas permeables, con oxigenoterapia indirecta menor a 0.5 lts/min, mucosas orales hidratadas, labio y paladar sin hendiduras, con sonda orogástrica 5fr con fecha de instalación: 04/10/2022, reflejo de succión con patrón inmaduro, esófago permeable, cuello corto y simétrico sin masas palpables.

- Tórax

Clavículas íntegras, tórax con movimientos simétricos, murmullo vesicular bilateral audible, frecuencia respiratoria de 55rpm, manteniendo saturaciones de oxígeno de entre 93 y 95% por oximetría de pulso, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad con frecuencia cardiaca de 126lpm auscultable en quinto espacio intercostal borde esternal izquierdo, sin ruidos agregados, ritmo sinusal evidenciado por trazo de monitorización cardiaca, glándulas mamarias palpables de 8mm, pezones de 7mm, areola lisa y chata, perímetro torácico de 28 cm.

- Abdomen

Abdomen globoso, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de hepatoesplenomegalia, ruidos peristálticos hipoactivos, discreto dibujo de asas intestinales, muñón umbilical en proceso de deshidratación, perímetro abdominal preprandial 24cm y posprandial 24.5 cm.

- Tronco posterior

Adecuada extensión de la columna vertebral sin malformaciones visibles, sin masas palpables, mechones de pelo, manchas visibles, sin presencia de fosas.

- Genitales

Pene con meato uretral central, fimosis fisiológica, ambos testículos descendidos, sin edema escrotal, ano permeable, micción espontánea amarilla clara, sin evacuaciones.

- Miembros torácicos

Íntegros, adecuado tono muscular, flexionados, sin restricción de movimientos de aducción y abducción, cinco pulpejos en cada mano sin alteraciones cutáneas, uñas largas y delgadas, surcos palmares, perímetro braquial de 9 cm, llenado capilar de dos segundos, miembro superior derecho con catéter central de inserción periférica 2Fr bilumen, fijo en 13cm, cubierto por apósito transparente, sitio de inserción visible sin datos de infección ni sangrado, fecha de instalación: 05/10/2022, catéter permeable con terapia de infusión.

- Miembros pélvicos

Íntegros, adecuado tono muscular, flexionados, sin restricción de movimientos de aducción y abducción, Barlow, Ortolani y Galeazzi negativos, con simetría de pliegues, cinco ortejos en cada pie sin alteraciones cutáneas, uñas cortas y delgadas, surcos plantares en mitad anterior, longitud de pie de 7 cm, se palpan pulsos femorales, llenado capilar de 2 segundos.

- Valoración neurológica y exploración de reflejos primarios.

Sin movimientos anormales ni eventos convulsivos.

Reflejo de Moro, agita los brazos y arquea la espalda. Reflejo de búsqueda, gira la cabeza al lado estimulado buscando el pezón. Reflejo de succión, patrón en transición. Reflejo de prensión, empuña palmas y plantas. Reflejo de marcha, simula marcha al sostenerlo erguido apoyando los pies en la superficie. Reflejo tónico cervical asimétrico, al movilizar

la cabeza adopta posición de “esgrimista” correspondiente al lado estimulado. Reflejo de Babinski, despliega los dedos y posterior encoje el pie. Reflejo de Galant, al colocarlo en decúbito prono y estimular la espalda, presenta incurvación del tronco al lado estimulado.

Valoración por requisitos universales de autocuidado

1. Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire. FC 126 lpm, Eupnea: FR 55rpm, SatO₂ 95%, Temperatura Corporal 36.7°C. T/A 59/41 (47) Coloración ictérica KRAMER 3. Sin datos de dificultad respiratoria, Silverman Anderson 0, nariz simétrica, coanas permeables, cuello corto y simétrico, clavículas íntegras, tórax simétrico, se ausculta murmullo vesicular bilateral, en Fase I con oxígeno indirecto a 0.5 lts/min, FiO₂:100%, fecha de inicio: 03/10/2022. Se administra dosis de surfactante 200mg/kg, 27/09/2022. Última gasometría de control 02/10/2022 equilibrio ácido-base, valores: pH 7.34, pCO₂ 36, pO₂ 85, Lact 2, Ca 1.33, HCO₃ 19.4, EB -6.4.
2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua. Sin edema, llenado capilar de 2 segundos, fontanela bregmática normotensa de 1.5 x 3.5cm, fontanela lambdaideea puntiforme de 6mm, mucosa oral hidratada, piel hidratada y turgente, con líquidos totales a 150 ml/kg/día, de los cuales, líquidos vía oral: 96ml/día y líquidos intravenosos: 135 ml/día.
3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos. Peso actual de 1.540kg, paladar íntegro, permeabilidad esofágica, abdomen globoso, depresible, peristalsis audible y disminuida, discreto dibujo de asas intestinales, reflejos de succión y deglución no coordinados, alimentación por sonda orogástrica con leche humana pasteurizada 12ml cada 3 horas, técnica 2x1, perímetro abdominal preprandial 24cm y posprandial 24.5 cm, íleo en radiografía de abdomen del día 02/10/2022, glicemia capilar 98mg/dl.

4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria o intestinal. Pene con meato uretral visible, central, fimosis fisiológica, testículos descendidos, escroto pigmentado y rugoso, sin edema escrotal, ano permeable, micción espontánea, orina de características macroscópicas normales, amarillo claro, no presenta evacuaciones, uresis media horaria de 1.2 ml/kg/hr y gasto fecal de 0 gr/kg/hr, se realiza ayuda para la evacuación mediante una estimulación rectal durante el turno y masaje abdominal colónico, continúa sin presentar evacuación. Balance de líquidos turno matutino, ingresos vía oral: 24ml, ingresos NPT: 39.2ml, ingresos medicamentos intravenosos cafeína 12mg: 2.5ml, total ingresos: 65.7, egresos orina: 13ml, egresos heces: 0, total egresos: 13 ml, balance: +52.7.

5. Equilibrio entre actividades y descanso. Normoactivo, en cuna radiante con potencia al 0%, contenido mediante nido, organizado, en posición supina, puntaje de 6 escala PIPP, iluminación no adecuada y ruido ambiental excesivo, normoactivo, signos conductuales de estrés irritabilidad y llanto, con respuesta al estímulo, somnoliento, interrupciones durante el sueño, periodos de sueño de 30 minutos, tono muscular normal, extremidades simétricas, ligera palidez, con movilidad articular, pulsos radiales y femorales presentes, columna íntegra y alineada, cadera simétrica Barlow y Ortolani negativos.

6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social. Ojos simétricos, sin presencia de secreciones, esclerótica con tinte icterico, párpados alineados, apertura ocular espontánea, movimientos oculares sin alteración, pupilas isocóricas, reactivas al estímulo luminoso, orejas simétricas, pabellón auricular formado, tercio superior de ambos pabellones auriculares en alineación con respecto a canto externo del ojo, recibe visita de madre con duración de 60 minutos, se consuela rápidamente a la interacción con la madre, permanece atento al medio externo y responde a estímulos visuales, táctiles y auditivos, pertenece a una familia integrada por abuela materna y madre, es hijo no planeado, deseado y querido.

7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano. Identificación con datos completos y visibles en ficha de identificación, pechera y brazalete, termorregulación eficaz, puntaje de 2 en escala MACDEMS correspondiente a mediano riesgo, se brinda orientación a la madre sobre medidas de seguridad, uso de nido de contención y barandales de cuna radiante, no cuenta con inmunizaciones, tamiz metabólico normal del día 03/10/2022, se brinda información a la madre respecto a inmunizaciones, piel hidratada, coloración icterica KRAMER 3, bilirrubinas totales de 15.7 mg/dl, bilirrubina indirecta 15.1 mg/dl, bilirrubina directa 0.6 mg/dl, valores del día 02/10/2022, en tratamiento con fototerapia, puntaje de 19 en escala e-NSRAS correspondiente a neonato con bajo riesgo, estructuras óseas íntegras, se realizan cambios posturales cada 3 horas, sensor de oximetría de pulso localizado en miembro inferior izquierdo se realiza rotación cada 3 horas, se realizan cambios de pañal frecuentes cada 3 horas y limpieza de área genital, no presenta lesiones dérmicas, miembro superior derecho con catéter central de inserción periférica 2Fr bilumen, fijo en 13cm, cubierto por apósito transparente, sitio de inserción visible sin datos de infección ni sangrado, fecha de instalación: 05/10/2022, catéter permeable con terapia de infusión. Orientación y percepción de los padres sobre el agente de cuidado, la madre refiere preocupación por estado de salud de su hijo sin embargo percibe mejoría, se brinda información y se resuelven dudas respecto al estado de salud y cuidado del recién nacido.

8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano. Índice de incremento ponderal 1.2, no presenta defectos congénitos, se realiza baño de artesa 4 veces por semana y aseo de cavidades dos veces por turno. Con respecto a la motricidad y neurodesarrollo según edad, motricidad gruesa, patea vigorosamente, motricidad fina y adaptativa, sigue movimiento horizontal, audición y lenguaje, se sobresalta con el ruido y personal social, sigue movimiento del rostro, aparentemente sin alteraciones.

Diagnóstico

Orden	Requisito	Diagnóstico
1	2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y 3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	Lactancia materna no exclusiva asociada con falta de conocimientos con respecto a alimentación materna, manifestado por intolerancia a leche materna extraída y alimentación con leche pasteurizada.
2	4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria o intestinal.	Deterioro de la eliminación intestinal asociado con intolerancia a la alimentación manifestado por peristalsis disminuida, dibujo de asas intestinales y ausencia de evacuaciones.
3	7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.	Ictericia neonatal relacionada con retraso en la eliminación intestinal, manifestado por coloración amarillo-naranja de la piel KRAMER 3, bilirrubinas totales de 15.7 mg/dl, bilirrubina indirecta 15.1 mg/dl, bilirrubina directa 0.6 mg/dl.
4	5. Equilibrio entre actividades y descanso.	Patrón de sueño perturbado relacionado con micro y macroambiente no aptos, manifestado por dificultad para mantener el estado de sueño y puntuación de 6 en escala PIPP.
5	6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.	Proceso familiar interrumpido relacionado con recién nacido hospitalizado manifestado por expresión verbal de la madre de participar en el cuidado del recién nacido.
6	8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de	Disposición para el cuidado del recién nacido manifestado por expresión verbal

	los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.	de la madre recibir orientación para incrementar su capacidad de cuidado al alta domiciliaria.
--	---	--

Planeación y Ejecución

En esta etapa, se establecen objetivos y se desarrollan estrategias para evitar, reducir y corregir los problemas identificados mediante intervenciones, actividades y se aplica la teoría de los sistemas de enfermería. Posterior se llevan a cabo las intervenciones planteadas en la prescripción del cuidado, poniendo especial atención en el logro de objetivos y atendiendo la demanda terapéutica, siendo la autora estudiante de posgrado de enfermería del neonato la agencia de enfermería.

Prescripción del Cuidado

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional: 34.6	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 2. Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua y 3. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.		Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio y Apoyo educativo.	
Diagnóstico de enfermería: Lactancia materna no exclusiva asociada con falta de conocimientos con respecto a alimentación materna, manifestado por intolerancia a leche materna extraída y alimentación con leche pasteurizada.			
Objetivo: Establecer una lactancia materna exclusiva, mediante la capacitación a la madre sobre alimentación durante la lactancia materna para la alimentación del recién nacido.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> Apoyo educativo: lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar información sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y para el bebé. Brindar información para la lactancia materna: higiene, ropa adecuada, estimulación/formación del pezón, posicionamiento. Brindar información respecto a la prevención y tratamiento de lesiones por mal agarre. 	<p>La lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones hidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos.¹⁸</p> <p>Todos los recién nacidos deberían recibir: Lactancia materna temprana y exclusiva.¹⁹</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● Capacitación para la alimentación durante la lactancia materna. ● Alimentación enteral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la calidad de la alimentación actual de la madre: recordatorio de 24hrs. - Brindar información con respecto a la alimentación de la madre durante la lactancia. - Ajustar la alimentación recomendada con el contexto personal de la madre y la tolerancia del recién nacido a tomas previas. - Alimentación con leche materna. 	<p>A la madre lactante se le debe orientar sobre una buena nutrición, que la dieta sea equilibrada y con variedad de alimentos. Hay estudios que han demostrado que la madre lactante que come cacao, chocolate, maní, y si los padres son atópicos a los derivados de la leche, a sus hijos les pueden producir cólicos, por lo que en ocasiones, es necesario suspender estos alimentos en la dieta de la madre.²⁰</p>
<p>Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.</p>		

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional:34.6	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria o intestinal.		Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio.	
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación intestinal asociado con intolerancia a la alimentación manifestado por peristalsis disminuida, dibujo de asas intestinales y ausencia de evacuaciones.			
Objetivo: Favorecer la eliminación intestinal, mediante el establecimiento de la función gastrointestinal con alimentación con leche materna exclusiva, masaje colónico y estimulación rectal.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> ● Alimentación enteral. ● Valorar tolerancia a la vía enteral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación con leche materna. - Valorar datos de intolerancia a la vía enteral: distensión abdominal, vómito, regurgitación. - Cuantificación y registro de evacuaciones. - Valorar características macroscópicas de las heces. 	<p>Las enzimas digestivas en la leche materna (amilasa y lipasa) actúan en el recién nacido para compensar la función pancreática inmadura.²¹</p> <p>La posición en decúbito lateral derecho incrementa el vaciamiento gástrico, el plan de alimentación deberá ser reevaluado, si ocurre importante distensión abdominal, residuo gástrico significativo, cianosis, apnea, vómito, diarrea, evacuaciones con sangre o aspirado biliar.²¹</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del estreñimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración abdominal: Inspección, auscultación, percusión y palpación. - Realizar masaje colónico. - Valorar ausencia de evacuaciones y necesidad de estimulación rectal. 	<p>La primera deposición debe ocurrir dentro de las 48 horas posteriores al parto. Si se aproxima a los límites de tiempo y no ha tenido lugar la primera deposición se estimula al recién nacido haciendo masajes abdominales o estimulación rectal.²²</p>
<p>Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.</p>		

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional: 34.6.	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.		Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio.	
Diagnóstico de enfermería: Ictericia neonatal relacionada con retraso en la eliminación intestinal, manifestado por coloración amarillo-naranja de la piel KRAMER 3, bilirrubinas totales de 15.7 mg/dl, bilirrubina indirecta 15.1 mg/dl, bilirrubina directa 0.6 mg/dl.			
Objetivo: Disminuir coloración icterica mediante eliminación intestinal y fototerapia efectiva.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la piel. • Fototerapia efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar coloración de tegumentos a través de escala KRAMER. - Evaluar características de la piel: integridad, textura, hidratación, lubricación. - Mantener al neonato sin ropa, sólo pañal, con el fin de que la fototerapia cubra la mayor superficie posible. - Colocar protección ocular para evitar daño a la retina. 	<p>Durante la fototerapia se requiere el uso de protección ocular, para evitar daño a la retina por exposición a luz azul, se deben minimizar las interrupciones, es necesario favorecer un ambiente térmico neutro, así como vigilar el estado hídrico del recién nacido y realizar balance estricto de líquidos.¹</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Balance hídrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuantificar y registrar ingresos: vía oral, medicamentos intravenosos, líquidos parenterales. - Cuantificar y registrar egresos: orina, heces, vómito, drenajes. - Realizar, registrar y reportar balance con ingresos y egresos. - Calcular y registrar diuresis media horario y gasto fecal. 	
<p>Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.</p>		

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional: 34.6	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 5. Equilibrio entre actividades y descanso.		Sistema de Enfermería: Totalmente compensatorio.	
Diagnóstico de enfermería: Patrón de sueño perturbado relacionado con micro y macroambiente no aptos, manifestado por dificultad para mantener el estado de sueño y puntuación de 6 en escala PIPP.			
Objetivo: Mejorar el patrón del sueño incrementando la duración del descanso y disminuir puntuación de escala PIPP mediante la reducción de estímulos luminosos, sonoros y manipulación mínima.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> Gestión del microambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar posicionamiento a través de escala IPAT. - Contención suficiente a través del uso de nido. - Planear y agrupar actividades, cuidados y procedimientos a realizarse para evitar la manipulación excesiva, inapropiada, de larga duración e intensidad. - Individualizar el cuidado para lograr sesiones de manipulación no mayor a 15 minutos. 	<p>Llamamos manipulación mínima al manejo integral planeado por el grupo interdisciplinario encargado de la atención del recién nacido, para realizar todos los cuidados en una sola manipulación y en el menor tiempo posible.²⁵</p> <p>La exposición continuada a luces intensas y ruido interrumpe los estados de sueño, interfiere en los estados conductuales y favorece que el neonato utilice su energía para hacer frente a los estímulos nocivos, perjudicando su crecimiento y</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del macroambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar estímulos auditivos superiores a 45dB: disminuir el volumen de las alarmas, no apoyarse sobre la cuna para escribir o realizar procedimientos, evitar el movimiento innecesario de las cunas, evitar el choque de la cuna con alguna otra superficie, modular la voz. - Evitar estímulos visuales nocivos: uso de luz natural si se dispone de ella y regular su intensidad con cortinas/persianas, uso de luz artificial tenue, evitar mantener la luz encendida de forma innecesaria. 	<p>neurodesarrollo somático y funcional; para lo que se deben mantener unos niveles de ruido inferiores a 45 decibelios (dB) de día y 35 dB de noche según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría. Con respecto a los estímulos visuales, el objetivo es facilitar la exposición del recién nacido a estímulos luminosos ajustados a su condición individual.²⁶</p>
<p>Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.</p>		

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional: 34.6.	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 6. Equilibrio entre soledad y la comunicación social.		Sistema de Enfermería: Apoyo educativo.	
Diagnóstico de enfermería: Proceso familiar interrumpido relacionado con recién nacido hospitalizado manifestado por expresión verbal de la madre de participar en el cuidado del recién nacido.			
Objetivo: Mejorar el vínculo madre- recién nacido, mediante un tiempo de visita efectivo con el mínimo de interrupciones y que incluya contacto piel con piel.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer vínculo afectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a la madre sobre las medidas necesarias a tomar en cuenta para el ingreso al servicio de cuidados intensivos: uso de bata, técnica correcta de lavado de manos. - Presentarse con la madre y explicar los cuidados de enfermería que se han brindado a su recién nacido. - Facilitar la expresión de dudas e inquietudes. - Motivar a la madre a establecer contacto con su recién nacido mediante el tacto y voz, 	<p>Durante la hospitalización el proceso de unión normal se inicia a través de la proximidad, el contacto, el tacto, el calor, el olor, la piel y la voz. La proximidad física tiene varios beneficios para el desarrollo del recién nacido, como la estabilidad hemodinámica, el aumento de peso, la estabilización de la temperatura, la reducción de la estancia hospitalaria, el neurodesarrollo y el dolor.²⁷</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer contacto piel con piel. ● Planificar cuidados. 	<p>favorecer el vínculo y dar espacio para la interacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrar a la madre en el cuidado del recién nacido: cambio de pañal, posicionamiento del recién nacido. - Brindar información a la madre respecto a los beneficios del contacto piel con piel y explicar técnica. - Apoyo a la madre para tomar al recién nacido fuera del bacinete. - Iniciar contacto, minimizar interrupciones. - Planear y agrupar actividades, cuidados y procedimientos a realizarse para evitar la manipulación excesiva, inapropiada, de larga duración e intensidad. - Individualizar el cuidado para lograr sesiones de manipulación no mayor a 15 minutos. 	<p>Solo el contacto próximo entre madre e hijo permitirá una adaptación fisiológica, psicológica, crítica y mutua que no se desarrolla de la misma forma si ambos están separados. El CPP permite, por tanto, realizar una adecuada transición favoreciendo su adaptación fisiológica al medio extrauterino y mejoría de la organización cerebral y sistema motor.²⁸</p>
<p>Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.</p>		

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino.		Edad Postconcepcional: 34.6	Diagnóstico médico: RNPT 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.
Requisito de autocuidado: 8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.		Sistema de Enfermería: Apoyo educativo.	
Diagnóstico de enfermería: Disposición para el cuidado del recién nacido manifestado por expresión verbal de la madre recibir orientación para incrementar su capacidad de cuidado al alta domiciliaria.			
Objetivo: Mejorar los conocimientos de la madre con respecto al cuidado del recién mediante capacitación e información.			
Prescripción del cuidado y/o tratamiento regulador		Fundamentación de las intervenciones	
Intervención	Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo educativo: cuidado del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación para el baño del recién nacido: frecuencia, momento del día, técnica, material a utilizar (jabón, shampoo, emolientes), temperatura del agua, características físicas del área donde se realizará el baño. - Información acerca de los cuidados del muñón umbilical: higiene sólo con agua y jabón, no utilizar ningún otro producto, no utilizar fajeros, canicas, monedas, secar perfectamente el área, no mantener el muñón umbilical dentro 	<p>Es una filosofía de cuidado que necesita que todo el equipo de salud entienda a los padres como socios del cuidado, que comparta con ellos los aspectos relacionados con la atención y la toma de decisiones, involucrar a la familia en el cuidado de su hijo es la clave para el logro de los efectos positivos a largo plazo en el desarrollo de los cuidados recién nacidos.²⁹</p>	

del pañal, no manipular en exceso, se desprende por sí sólo al cabo de 7-15 días.

- Higiene del área del pañal: realizar cambios de pañal tan frecuente como sea necesario, limpiar y secar el área (especial cuidado en pliegues), necesidad de uso de cremas.
- Alimentación: Lactancia materna exclusiva.
- Prevención de la muerte súbita del recién nacido: posición supina, sin almohadas, sin cobijas demasiado grandes o pesadas.
- Información acerca de los datos de alarma:
 - + Piel: coloración anormal de la piel (cianosis, ictericia, palidez), hidratación, lubricación de la piel, dermatitis del pañal.
 - + Respiratorio: dificultad para respirar (aleteo nasal, quejido espiratorio, retracción xifoidea, tiros intercostales, disociación toracoabdominal), respiración acelerada.
 - + Digestivo: vómitos frecuentes, regurgitación, no tolerancia a la vía oral, distensión abdominal, características y frecuencia o ausencia de las evacuaciones y micciones.

	+ Temperatura del bebé (hipo e hipertermia). +Llanto inconsolable, hipoactividad.	
Agencia de Enfermería: L.E. Díaz Ordaz Ortega Melissa.		

Evaluación

Control de casos

Se trabajó durante 4 días con el agente de autocuidado y cuidador principal, tiempo en el que se llevaron a cabo las intervenciones descritas con anterioridad, obteniendo los siguientes resultados:

- Se capacitó a la madre del recién nacido para la lactancia materna exclusiva y alimentación durante la lactancia, con lo que se logró cambiar leche humana pasteurizada por leche materna para la alimentación del recién nacido, la cual fue tolerada.
- Posterior a la alimentación con leche materna, masaje colónico y estimulación rectal, se restableció la función gastrointestinal logrando evacuaciones intestinales de características macroscópicas normales y gasto fecal 1.3 gr/kg/hr.
- Se logró disminuir la coloración icterica a puntuación 2 en escala KRAMER, así como los valores de bilirrubinas totales de 5.2 mg/dl, bilirrubina indirecta 4.7 mg/dl, bilirrubina directa 0.5 mg/dl, al cabo de 48 horas y posterior a la eliminación intestinal y fototerapia efectiva.
- Se logró mantener periodos de sueño de mínimo 90 minutos, sin evidencia de signos conductuales de estrés, mejorando la puntuación de 2 en escala PIPP, posterior a la gestión eficaz del micro y macroambiente.
- Se logró mejorar el vínculo afectivo, prolongando el tiempo de contacto con el recién nacido quien muestra signos de bienestar y autorregulación posterior al contacto piel con piel con su madre.
- Se logró la capacitación de la madre para los cuidados del recién nacido, mismos que se ajustaron a su contexto familiar y personal, para garantizar la aplicación de los mismos, la madre mostró interés y fue participativa durante el proceso enseñanza aprendizaje, fue capaz de explicar y demostrar los procedimientos, se resolvieron dudas existentes al respecto.

Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones

Se aplicó el proceso de enfermería con base en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea E. Orem para la atención de agente de autocuidado, posterior al desarrollo de la valoración y diagnóstico se obtuvo información clave para la elaboración de planes de cuidado completamente enfocados en las necesidades del recién nacido estudiado, además se identificaron áreas de oportunidad a tomar en cuenta para el proceso de enseñanza y capacitación a los cuidadores principales, al llevar a cabo la prescripción del cuidado fundamentada en evidencia científica y con base en la evolución clínica del neonato fue posible evaluar los resultados obtenidos y concluir satisfactoriamente con el logro de los objetivos planteados para cada plan de cuidados de enfermería, enfatizando la importancia de la atención integral y oportuna por parte de personal de enfermería especializado cuyo compromiso profesional permite la actualización de conocimientos y capacitación constante y que en conjunto con todos los profesionales de la salud, constituyen un sólido equipo de trabajo para la mejor atención de los recién nacidos.

Recomendaciones

El profesional de enfermería tiene un compromiso muy grande en el cuidado del recién nacido, cada una de las intervenciones y actividades que realiza impactan de forma positiva o negativa en el crecimiento y desarrollo del neonato, por lo que se recomienda realizar una gestión del cuidado dirigida e individualizada, planear y agrupar intervenciones de acuerdo a las necesidades propias de cada recién nacido.

En el caso muy específico de la persona recién nacida, la valoración por requisitos universales en conjunto con una minuciosa exploración física, permiten identificar problemas de salud reales y potenciales que requieren de un sistema de enfermería no únicamente compensatorio sino de apoyo educativo, dirigido en su totalidad al cuidador principal.

Involucrar a los cuidadores en la atención de enfermería, incrementa la posibilidad de que se lleven a cabo cuidados óptimos al alta y por consiguiente, evitar perder el estado de salud y bienestar del recién nacido.

Por otro lado, la exposición temprana y excesiva de factores estresantes generan efectos adversos en el desarrollo del recién nacido prematuro, los Cuidados Centrados en el Desarrollo y la familia (CCD) tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido mediante su interacción con el ambiente y la familia, por lo tanto, se recomienda tomar acciones para la adecuada gestión del macro y microambiente, manejo del dolor e intervenciones enfocadas en la participación de la familia.

Referencias

- 1 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. [Internet]. Ciudad de México: IMSS; 2019. [Consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3SAkxLc>
- 2 Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. Lancet Child Adolesc Health. 2018; 2(8):610-620. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30139-1.
- 3 Angulo Castellanos E y García Morales E. Programa de Actualización Continua en Neonatología. Insuficiencia Respiratoria Neonatal. 4ª ed. Ciudad de México: Intersistemas editores. 2016. Libro 2:22-9. [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3xNc92r>
- 4 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificulta Respiratoria en el Recién Nacido Prematuro. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. [Internet]. México, CENETEC; 2021. [Consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <bit.ly/3Oo61o8>
- 5 Manzanares Rivera JL. Distribución geográfica de los casos por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido en México: oportunidades para el diseño de estrategias de prevención. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2019; 18 (36): [Consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <bit.ly/3tD3dKf>
- 6 Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]. OMS; 2018 [Revisado 19 de febrero de 2018; Consultado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zvaQF4>
- 7 Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Sao Paulo: BIREME / OPS / OMS; 2017 [Revisado 18 mayo de 2017; Consultado 04 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3vAz4wA>
- 8 Flores Velasquez SY. Factores de riesgo asociados a ictericia neonatal en recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega, Abancay 2018.

[Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2021. [Consultado 25 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oR89sn>

9 Taipe-Paucar A, Toaquiza-Alvarado A, Merchán-Coronel G. Ictericia Neonatal a Nivel de América Latina. *FACSALUD-UNEMI*. 2022; 6(10): 76-84. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol6iss10.2022pp76-84p>

10 García Lago MG, Medranda Cano KJ, Faubla Zambrano MS, Delgado Vélez EC. Riesgos del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. *RECIAMUC*. 2021; 5(2): 172-80. DOI: 10.26820/reciamuc/5.(2).abril.2021.172-180

11 Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Méd Espirit*. 2017; 19(3): 89-100. [Consultado 15 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oTByIQ>

12 Dysart K. Encefalopatía icterica (kernícterus) [Internet]. Manual MSD; 2021 [Revisado marzo de 2021; Consultado 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://msdmnls.co/3vCS9ye>

13 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2021 [Consultado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3Qn4LkV>

14 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2012 [Consultado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zXiHwG>

15 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2014 [Consultado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oTjHLH>

16 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Aspectos éticos en la atención médica. [Internet]. Ciudad de México: Dirección de investigación; 2017 [Consultado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zV78Gd>

17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Decálogo de los derechos del prematuro y su familia. [Internet]. UNICEF; 2013. [Revisado octubre de 2013; Consultado 25 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://uni.cf/3PZ9aL3>

18 Otaola J. Lactancia materna. La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida. [Internet]. UNICEF; [Consultado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://uni.cf/3O24hzC>

19 Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. OMS; 2020; [Consultado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3mLEobC>

20 Pacheco Romero J. Nutrición en el embarazo y lactancia. Rev peru ginecol obstet. [Internet]. 2014; 60(2):141-5. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v60i128>

21 Angulo Castellanos E y García Morales E. Programa de Actualización Continua en Neonatología. Alimentación en el recién nacido. 4ª ed. Ciudad de México: Intersistemas editores. 2016. Libro 4:35-6. [Consultado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3b0VHCP>

22 Ruiz García RM, Garrido Manóv S y Padilla Camacho L. Necesidad de eliminación en el recién nacido. Portales Médicos. 2017; XII (15):. [Consultado el 17 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3tyf0dg>

23 Alcalá Millán P, Figuerola Novell J, Eddrhourhi Laadimat H, Zamora Bagüés M, Ibáñez Tomás E, Berga Liarte L. Termorregulación en el recién nacido pretérmino: una revisión bibliográfica. RSI. 2021; [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oQNMVl>

24 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2013 [Consultado 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zXiHwG>

25 Muñoz Illescas MA, Sevilla Salgado S y Pérez Lafuente E. Tecnología y mínima manipulación en prematuros. *Enferm Integral*.2017; (116): 41-5. [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3tzDnHm>

26 Enfermería NENE. Estímulos sonoros y lumínicos estrategias para promover un ambiente que favorezca el óptimo neurodesarrollo [Internet]. FUNDACION NENE/SIBEN. 2019; [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zARnEs>

27 Querido D, Lourenço M, Charepe Z, Caldeira S y Nunes E. Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados, revisión scoping. *Enferm. glob*.2022; 21(66): 594-637. DOI: 10.6018/eglobal.479291.

28 Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Pública*.2019; 93: 19 de febrero e201902006. [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3oOPj5n>

29 Quiroga A. Cuidado centrado en la familia en la unidad de neonatología: una filosofía de cuidado que no se puede postergar. *Revista de Enfermería Neonatal*. 2018; 27: 4-10. [Consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3xtqIXF>

Anexos

GUÍA DE VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO BASADA EN LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E.OREM

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Sexo: Masculino DVEU: 8

No. Expediente: 30072

Fecha de nacimiento: 27 septiembre2022 Hora de nacimiento: 00:48hrs

Servicio: UCIN Condición de Salud: Recién nacido pretérmino de 33.5 SDG, peso bajo para la edad gestacional, ictericia multifactorial y SDR modificado por surfactante.

Días de estancia: 8 Grupo Rh: O Rh positivo

Entorno del agente de autocuidado

Nivel socioeconómico al que pertenece: Medio

Cuidador dependiente posterior al alta: Madre y abuela materna

Lugar en el que va hacer cuidado al egreso (describir entorno): Vivienda propia de concreto pavimentada con todos los servicios básicos de saneamiento.

FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA MADRE Y LA FAMILIA

Integrantes de la familia

Nombre de la madre: Vallejo Nieto Key Zurisadai

Edad: 17 años Estado civil: Soltera Escolaridad: Secundaria

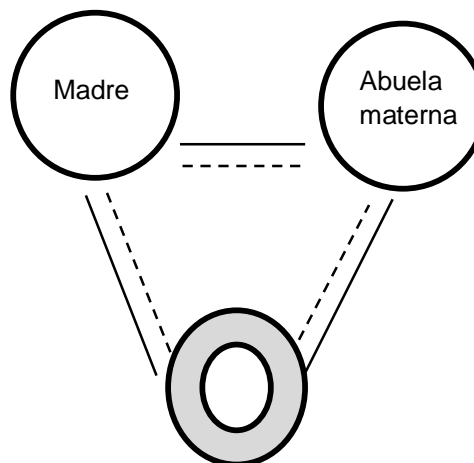
Ocupación: Empleada de taller de costura

Nombre del padre: Asunción Soria Daniel

Edad: 20 años Estado civil: Soltero Escolaridad: Sin datos

Ocupación: Sin datos

Mapa Familiar: Descripción de la familia, tipo de familia en la que se integrara el neonato.



VIVIENDA

Tendencia de la vivienda

Propia (X) Rentada () Prestada () Invasada ()

Tipo de vivienda

Casa sola (X) departamento vecindad

Número de habitaciones: (2)

Material predominante de la construcción de la vivienda

Tabique madera () Concreto (X) Lámina de asbesto () Lámina de cartón ()

Otro material: (especificar) _____

II. VALORACIÓN DEL RIESGO PERINATAL

Nombre de la Madre: Vallejo Nieto Key Zurisadai Edad: 17 años

Grupo y Rh: O Rh positivo

Inmunizaciones durante el embarazo: Tdpa, influenza, 2 dosis covid Astra Zeneca.

Control prenatal: Si (X) No ()

Lugar: 3º nivel 2º nivel 1º nivel Privado Centro de Salud (X) Otro: _____

No. De consultas: 5 No. Ultrasonidos: 2 Hallazgos: Sin hallazgos de importancia

Riesgos maternos:

IVU APP Cervicovaginitis (X) Desprendimiento de placenta ETS

Prueba ELISA (X) Negativa.

VDRL (X) Negativo.

Observaciones: Sin tratamiento.

Otras: _____

Tratamiento _____

Antecedentes heredofamiliares

Estado nutricional: Adecuado.

Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico: Consumió ácido fólico y multivitamínico desde el primer trimestre.

Exposición a teratógenos: Solventes Plaguicidas Radiación

Toxicomanías: Si No (X) ¿Cuál? _____

Esquema de Vacunación: Tdpa, influenza, 2 dosis covid Astra Zeneca.

Antecedentes Gineco - Obstétricos: FUM: 02/02/2021 No de parejas sexuales: 2

Gestas: 1 Partos: 0 Cesáreas: 0 Aborto: 0 Ectópico: 0 Óbito: 0

Muerte neonatal

Periodo Intergenésico: _____ Fecha de último parto: _____

Nombre del Padre: Asunción Soria Daniel Edad: 20 años

Gpo y Rh: O Rh positivo Toxicomanías: Alcoholismo positivo 1 vez por semana sin llegar a la embriaguez

Condición de Salud actual: Bueno.

Antecedentes Heredofamiliares: Interrogados y negados.

III. REQUISITO DE AUTOCUIDADO

Vía de nacimiento: Vaginal Cesárea (X)

Características de líquido amniótico: Claro

APGAR: 1min 8 5 min 9 Silverman: 1 Capurro: 33.5 Ballard: X

Vérnix: Caseoso Lanugo (X)

Atención inicial al RN: Aplicación de calor (X) Estimulación (X) Vitamina K (X)

Profilaxis Oftálmica (X) Aspiración de Secreciones

Maniobras de reanimación: VPP RCP

Complicación al nacimiento: Sí (X) No ¿Cuáles? Dificultad respiratoria

Apego Inicial Lactancia en la 1ra hora Formula Vaso

FC (x'): >100 FR (x'): 70-75 Temp (°C): 36.5°C T/A (M): X SpO₂ (%): 79%

Glicemia Capilar (mg/dl): X

SOMATOMETRÍA	
PESO	1.540 kg
TALLA	43 cm
PC	30 cm
PT	28 cm
PA	25 cm
PB	9 cm
PIE	7 cm

EXPLORACIÓN FÍSICA

Habitus exterior: Neonato masculino, ubicado en unidad de cuidados intensivos neonatales, en cuna radiante con potencia al 0%, activo, reactivo a estímulos externos, facies de sueño fisiológico, contenido mediante dispositivo de apoyo al neurodesarrollo, posición supina, organizado, puntuación 11 en escala IPAT, con protección ocular por fototerapia, con oxigenoterapia indirecta, sonda orogástrica, catéter central de inserción periférica instalado en miembro superior derecho, con electrodos para monitorización cardiaca y dispositivo para oximetría de pulso en miembro inferior izquierdo.

Piel: Coloración icterica en cabeza y cuello, parte superior del tronco hasta el ombligo, parte inferior del tronco desde el ombligo hasta las rodillas KRAMER 3.

Cabeza y cara: Normocéfalo sin cabalgamiento de huesos del cráneo, fontanela anterior normotensa 1.5 x 3.5cm fontanela posterior puntiforme 6mm, sin lesiones asociadas al nacimiento, perímetro cefálico de 30cm, cabello corto, suave, abundante, sin zonas de alopecia.

Ojos: Párpados alineados sin edema, ojos simétricos de 2mm, apertura ocular espontánea, conjuntivas transparentes sin exudado, esclerótica con tinte icterico, pupilas isocóricas, reactivas al estímulo luminoso.

Oídos: Implantación de pabellones auriculares en alineación con respecto a la posición de los ojos, conducto auditivo permeable.

Nariz: Nariz pequeña en posición central, coanas permeables, sin secreciones.

Boca: Mucosas orales hidratadas, labio y paladar sin hendiduras, con sonda orogástrica 5fr, reflejo de succión con patrón inmaduro, esófago permeable.

Cuello y hombros: Cuello corto y simétrico sin masas palpables, hombros simétricos sin restricción de movimientos de aducción y abducción.

Tórax: Clavículas sin datos aparentes de lesión asociada al nacimiento, tórax con movimientos simétricos, murmullo vesicular bilateral audible, glándulas mamarias palpables de 8mm, pezones de 7mm areola lisa y chata, perímetro torácico de 28 cm.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad con frecuencia cardiaca de 126lpm auscultable en quinto espacio intercostal borde externo izquierdo, sin ruidos agregados.

Abdomen: Abdomen globoso, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de hepatoesplenomegalia, ruidos peristálticos hipoactivos, discreto dibujo de asas intestinales, muñón umbilical en proceso de deshidratación, perímetro abdominal preprandial 24cm y posprandial 24.5 cm.

Dorso y columna vertebral: Adecuada extensión de la columna vertebral sin malformaciones visibles, sin masas palpables, mechones de pelo, manchas visibles, sin presencia de fosas.

Extremidades: Íntegros, adecuado tono muscular, flexionados, sin restricción de movimientos de aducción y abducción, cinco pulpejos en cada mano sin alteraciones cutáneas, uñas largas y delgadas, surcos palmares, perímetro braquial de 9 cm, llenado capilar de dos segundos, miembro superior derecho con catéter central de inserción periférica 2Fr bilumen, fijo en 13cm, cubierto por apósito transparente, sitio de inserción visible sin datos de infección ni sangrado.

Miembros pélvicos íntegros, adecuado tono muscular, flexionados, sin restricción de movimientos de aducción y abducción, cinco ortejos en cada pie sin alteraciones cutáneas, surcos plantares en mitad anterior, pie de 7 cm, llenado capilar de 2 segundos.

Cadera: Barlow, Ortolani y Galeazzi negativos, con simetría de pliegues.

Estado neurológico: Sin movimientos anormales ni eventos convulsivos. Reflejo de Moro, agita los brazos y arquea la espalda. Reflejo de búsqueda, gira la cabeza al lado estimulado buscando el pezón. Reflejo de succión, patrón en transición. Reflejo de prensión, empuña palmas y plantas. Reflejo de marcha, simula marcha al sostenerlo erguido apoyando los pies en la superficie. Reflejo tónico cervical asimétrico, al movilizar la cabeza adopta posición de “esgrimista” correspondiente al lado estimulado. Reflejo de Babinski, despliega los dedos y posterior encoje el pie. Reflejo de Galant, al colocarlo en decúbito prono y estimular la espalda, presenta incurvación del tronco al lado estimulado. Reflejo de Landau, al sostenerlo con una mano suspendido en el aire, logra mantener el cuerpo en tensión y elevar la cabeza.

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

FC (x'): 126 FR (x'): 55 Temp (°C): 36.7 T/A (M): 59/41 (47) SpO₂ (%): 95

Coloración de piel: Ictericia KRAMER 3 Silverman: 0 pts.

Tipo de Respiración: Eupnea (X) Apnea Polipnea Taquipnea Bradipnea

Nariz: simétrica (X) Narinas permeables (X) Tipo de cuello: Corto (X) Largo
Cilíndrico (X)

Observaciones: Sin secreciones.

Clavículas: Integras (X) Alteradas Tórax: Simétrico (X) Asimétrico

Forma: Cilíndrico, simétrico, sin presencia de lesiones.

Movimientos Respiratorios: Especificar: Simétricos

Auscultación Pulmonar: Ventilados Hipoventilados Murmullo vesicular (X)

Estridor Quejido Sibilancias Estertores Localización: Ápices Bases

Oxigenoterapia: Si (X) No ()

Fase I. Fecha de inicio: 03/10/2022 Flujo: 0.5 Lpm FiO2: 100% Humedad: X % T°: X °C
Oxígeno: Indirecto (X) Puntas nasales Cámara cefálica

Fase II. Fecha de inicio: _____ Flujo: _____ Lpm FiO2 _____ % Humedad _____ % T°: _____ °C
Presión _____ CmH2O
CPAP Tipo: _____ Dispositivo de fijación: _____

Fase III. Fecha de inicio: _____ Días de Intubación: _____ No Intentos: _____ No de
cánula: _____ Fr Fijación en N°. _____ Humedad _____ % T°: _____ SpO2: _____ %
FIO2: _____ % Flujo: _____ Lpm

Modalidad: A/C CMV SIMV/PS Presión Soporte VG VAFO

Óxido nítrico: _____ Frecuencia: _____ PEEP: _____ Amplitud: _____
Hz: _____ MAP: _____ PIP: _____ I/E: _____ Dispositivo de
fijación: _____ Observaciones: _____

Gasometría. Fecha: 02/10/2022 Hora: 10:00 hrs

GASOMETRÍA					
pH	PaCO2	HCO3	EB	PaO2	Muestra
7.34	36	19.4	6.4	85	Arterial
Equilibrio ácido-base					

Aplicación de surfactante: Si: X No: ___ Profiláctico (X) Rescate No. De Dosis 1

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Edema: (+) (++) (+++) Localizado: _____

Anasarca

Llenado capilar: 2 segundos.

Fontanelas: Bregmática: 3.5 cm Pulsátil Normotensa (X) Deprimida Tensa

Lamboidea: 6 mm Pulsátil Normotensa (X) Deprimida Tensa

Mucosa oral: Hidratada (X) Seca Sialorrea

NPT en 24 hrs: 135ml Soluciones Preparenterales en 24hrs: _____

Otra: _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Peso Actual: 1540 gr.

Paladar: Integro (X) Paladar Hendido

Permeabilidad esofágica: Si (X) No

Abdomen: Cilíndrico Distendido Globoso (X) Blando Depresible (X) Resistente

Dibujo de Asas Intestinales (X) Red venosa

Peristalsis: Presente Audible Disminuida (X) Aumentada

Reflejos: Succión (X) Deglución (X)

Vigorous Coordinados Descoordinados (X) Débil Ausente

Vía alimentación actual: SMLD Vaso Alimentador SOG (X) Gastrostomía

Mixta Infusión continua Otros _____

Cantidad: 12 ml Frecuencia: c/3 hrs Ayuno No. de Días _____

Leche Humana Suplementos Tipo de Formula: Sucedáneos Otros Leche humana pasteurizada

Perímetro Abdominal: Preprandial: 24 cm Postprandial: 24.5 cm

Tolera Alimentación: Si No (X)

Náuseas Vómito Reflujo Regurgitación Residuo gástrico Aerofagia (X)

Placa de abdomen (X) Observaciones: Íleo 02/10/2022

Control metabólico: Glicemia Capilar: <u>98</u> mg/dl

ASPECTO/PUNTAJE	0	1	2
L.- Latch Coger	Demasiado dormido o no coge el pecho	Repetidos intentos de cogerse o mantiene el pezón en la boca o llega a succionar	Agarra el pecho/lengua debajo/ labios se ajusta y succión rítmica
A.- Audible swallowing Deglución audible	Ninguna	Un poco si se le estimula	Espontáneo e intermitente si <24 h./espontáneo y frecuente si ≥24 h
T.- Type of nipple Tipo de Pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
C.- Confort Comodidad, confort del pecho	Mamas Ingurgitadas Grietas con sangrado Disconfort, dolor severo	Mamas llenas Pezón lesionado Dolor moderado	Mamas blandas No dolor
H.- Hold (positioning) Mantener colocado el pecho	Ayuda total	Mínima ayuda	No es necesario ayuda
Clasificación de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna ineficaz: 0 - 5 puntos - Lactancia materna eficaz: 6 - 10 puntos 		

FUENTE: Kumar et al. 2006 (2).

Puntaje de Escala LATCH: No aplica

4. PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

GENITALES FEMENINOS. Secreción _____ Seudo menstruación Hipertrofia de clítoris
Meato urinario visible Orificio vaginal visible Labios formados Himen visible
Labios menores prominentes Hiperpigmentación genital Fístula
Observaciones:

GENITALES MASCULINOS: Pene Si Meato urinario visible Si Prepucio retráctil no
Testículos: Descendidos Hipospadia Epispadia Criptorquidia Hidrocèle
Escroto Sin edema, pigmentado y rugoso Fimosis fisiológica (X) Fístula Esmegma

GENITALES AMBIGUOS: Si No (X) Especificar: _____

ANO PERMEABLE: Si (X) No Especificar: _____

ORINA

Color Amarillo Aspecto Claro No. de micciones o ml por turno 13ml

Sonda No. Sonda: _____ Fecha de instalación: _____

Días de permanencia: _____ Material de fijación: _____

Examen general de orina

PH: ____ Glucosa: ____ Proteínas: ____ Cetonas: ____ Sangre: ____
 Bilirrubinas: ____ Densidad: _____

EVACUACIONES

Meconio Amarilla Verde Café Melena Acolia
 Consistencia: Pastosa Líquida Sólida Grumosa
 No de veces o ml por turno: Sin evacuaciones durante el turno

Tira reactiva en heces

PH: _____ Glucosa: _____ Proteínas: _____ Cetonas: _____ Sangre:

 Bilirrubinas: _____ Densidad: _____

Ayuda para la evacuación (X)

Masaje abdominal colónico (X) Estimulación Rectal (X) Supositorio Enema
 Frecuencia: 1 vez por turno

BALANCE DE LÍQUIDOS							
		TURNO	Total 24 Hrs			TURNO	TOTAL 24 Hrs
NPT	39.2	135ml	Diuresis	13 ml			
NPP			Evacuación				
Solución de base			SOG				
Hemoderivados			Drenajes				
Medicamentos	2.5	2.5	Perd. Insensibles				
Correcciones			Exam. de Laboratorio				
Infusiones			Otros				
Otros			Total De Egresos	13ml			
Total de Ingresos	65.7ml	233.5 ml					
BALANCE PARCIAL: +52.7			BALANCE PARCIAL:				

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL DESCANSO.

Ambiente: Iluminación (X) Temperatura ambiental optima Ruido (X)

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso
* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: dolor leve o no dolor dolor moderado dolor intenso

Escala de dolor:
Puntaje: 6

Actividad: Normoactivo (x) Hiperactivo Hiporeactivo Irritabilidad (x)
llanto (x) Respuesta al estímulo (x)

Posición: Unión corporal a la línea media (X) Supina (X) Prona Fetal
Libre
Decúbito lateral izquierda Decúbito lateral derecha Organizado (X)

Estado De Sueño: Profundo/ Tranquilo Sueño con movimientos oculares
Inducido/sedación Somnolencia(X)

Horas De Sueño: 30 minutos Manejo mínimo Horas contacto (agente de cuidado):
Aislamiento acústico Protección ocular (X)

Esquelético: Tono Muscular: Normal (X) Disminuido Aumentado Rígido
Espástico Lesiones especifique:

Extremidades: Simétricas Si (X) No Coloración: ligera palidez
Pulso: radiales (X) femorales (X) movilidad articular(X)

Alteraciones: Plexo Braquial Polidactilia Deformidades
Observaciones:

Columna: Integra (X) Alineada(X)

Cadera: Simétrica (X) Maniobras de exploración Barlow (X) Ortolani (X)

Observaciones: Negativos

6. MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD

Ojos: Simetría, especifique: simétricos Secreciones Especifique: Sin secreciones.
Coloración esclerótica: Ligero tinte icterico.

Párpados: Alineados (X) Edematosos Hemorragia conjuntiva

Pupilas: Apertura y cierre ocular: si (X) no Movimientos oculares: si (X) no

Orejas: Simétricas (X) Pabellón formado (X) Flexibilidad(X)
Implantación normal (X) Apéndices auriculares Piel integra (X)
Observaciones:

Recibe visita de: Mamá (X) Papá Otro Duración: 60 minutos
Llora con fuerza estando solo Irritable durante la valoración
Se consuela rápidamente con mama (X) Atento al medio externo(X)

Responde a estímulos: Visuales (X) Táctiles (X) Auditivos (X)

Contacto piel a piel: Técnica de mamá canguro Duración _____

Familia: Extensa Nuclear Compuesta (X)
Tipo: Integrada (X) Desintegrada
Es hijo deseado (X) Es hijo planeado

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

Identificación del agente de autocuidado:

Identificación con brazalete (X) Datos completos (acorde a acción esencial #1) (X)
Datos visibles (X) Está colocada ¿En qué extremidad?

Termorregulación

Eficaz (X) Ineficaz Condicionantes:

Intervenciones:

Medidas de seguridad

Incubadora Cuna Radiante (X) Cuna Bacinete Alojamiento conjunto

Tabla No 2. Escala MACDEMS

Variables		Puntaje	
Edad	Recién Nacido	2	
	Lactante Menor	2	
	Lactante Mayor	3	
	Pre - escolar	3	
Antecedentes de caídas previas	Si	1	
	No	0	
	Antecedentes	Hiperactividad	1
		Problemas Neuromusculares	1
Síndrome convulsivo		1	
Daño orgánico cerebral		1	
Otros		1	
	Sin antecedentes	0	
Compromiso de conciencia	Si	1	
	No	0	
Puntaje Obtenido			

Interpretación del Puntaje

4 a 6= Alto Riesgo

2 a 3= Mediano Riesgo

0 a 1= Bajo Riesgo

Orientación a los padres sobre medidas de seguridad: Si (X) No

Uso de barandales y puertas de incubadora: Si (X) No

Temperatura: _____ Humedad: _____ Colchón: Gel Esponja (X) Otros: _____

Uso de medidas de contención (X) Observaciones: _____

Piel: Hidratada (X) Seca Signo de lienzo húmedo Escamosa

Unto sebáceo Lesiones dérmicas Localización de la lesión: _____

Estructuras óseas:

Integras: Si (X) No Cambios posturales (X) Frecuencia: Cada 3 horas

Observaciones: _____

Déficit metabólico:

Hipoglucemia Hiperglucemia Manejo: _____

Tamiz Si (X) No Tipo: Metabólico Normal (X) Alterado Manejo: _____

Inmunizaciones:

BCG

Hepatitis B

Se brinda orientación de las vacunas iniciales Sí (X) No

Otros:

Kramer 3

Bilirrubinas: 15.7 mg/dl

Día	Bilirrubina total	Bilirrubina directa	Bilirrubina indirecta
02/10/2022	15.7 mg/dl	15.1 mg/dl	0.6 mg/dl

Tratamiento:

Fototerapia (X) Fibra Óptica Protección ocular (X) Exanguinotransfusión

ESCALA DE EVALUACION DE RIESGO DE LA PIEL NEONATAL e-NSRAS					
Intensidad y duración de la presión				Pts	
Condición física General	1 Muy pobre (edad gestacional=< 28 SDG)	2 Edad gestacional >28 semanas pero<= 33 semanas	3 Edad gestacional >33 semanas pero<=38 semanas	4 Edad gestacional >38 semanas hasta pos termino	4
Estado mental	1 Completamente limitado No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a un nivel de consciencia o a sedación	2 Muy limitado Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca)	3 Ligeramente limitado letárgico	4 Sin limitaciones Alerta y activo	4
Movilidad	1 Completamente inmóvil No realiza no siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. Relajante muscular)	2 Muy limitada Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente	3 Ligeramente limitada Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4 Sin limitaciones Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. Girar la cabeza)	2
Actividad	1 Completamente encamado En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos	2 Encamado/a en una incubadora de doble pared en cuidaos intensivos	3 Ligeramente limitada en una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios	4 Sin limitaciones en una cuna abierta	4
Nutrición	1 Muy deficiente en ayuno y/o líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	2 Inadecuada recibe menos de la cantidad optima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia)	3 Adecuada alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento	4 Excelente alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento	3
Humedad	1 Piel constantemente húmeda La piel esta mojada/húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato	2 Piel húmeda La piel esta húmeda con frecuencia pero no siempre, las sabanas deben cambiarse al menos tres veces al día	3 Piel ocasionalmente húmeda La piel esta húmeda de forma ocasional/requiere un cambio adicional de sabanas aproximadamente una vez al día	4 Piel rara vez húmeda La piel esta habitualmente seca, se requiere un cambio de sabanas solo cada 24 horas	2

Escala e-NSRAS. Autor: Dr Pablo García-Molina P. 2015.Adaptada de la original.

Huffies & Logdon. 1997 Neonato CON riesgo <17 puntos Neonato SIN riesgo > 17 puntos.

TOTAL: 19

Clasificación eNSRAS	Puntuación
Neonato CON riesgo alto de UPP	< 17 puntos
Neonato SIN riesgo UPP	>17 puntos

Clasificación eNSRAS	Puntuación
Neonato con riesgo Alto de UPP	< 13 puntos
Neonato con riesgo MODERADO de UPP	13-17 puntos
Neonato con riesgo BAJO de UPP	>17 puntos

Rotación de sensor SpO2: Si (X) **Localización:** Miembro inferior izquierdo

Frecuencia: c/3 hrs

Rotación de brazaletes TA: Si No (X) **Localización:** No colocado

Frecuencia: _____

Dispositivos instalados

Onfaloclísis: Venoso Arterial CVPC CVC PICC (X)

Calibre: 2 Fr Longitud interna: 17cm No. De lúmenes: 2

Fecha de instalación: 05/10/2022 Fecha de curación: Pendiente 24-48hrs Días de instalación: 0

Localización: Miembro superior derecho

Observaciones: Cubierto por apósito transparente, sitio de inserción visible sin datos de infección ni sangrado

Drenajes: Si No (X) Tipo: _____ Sondas: Si (X) No Tipo: Sonda orogástrica

Calibre: 5 Fr Fecha de instalación: 04/10/2022 Días de instalación: 1

PREVENCIÓN DE LESIÓN EN ÁREA DEL PAÑAL

Frecuencia de cambio de pañal: c/ 3 hrs Limpieza de área genital: Si (X) No

Lesiones dérmicas: Si No (X) _____

Orientación y percepción de los padres sobre el agente de cuidado:

Información sobre la condición de salud Sí (X) No

Realización de lavado de manos antes de tocar al neonato: Sí (X) No

Información sobre el manejo de la condición de salud: Sí (X) No

Información sobre complicaciones de la condición de salud: Sí (X) No

Información sobre el cuidado del neonato Sí (X) No

¿Cómo perciben los padres el estado de salud de su hijo? Delicado, refiere preocupación

¿Tiene cuidados paliativos el neonato? Sí No (X) ¿Cuáles? _____

8. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL

SOMATOMETRÍA	
PESO	1.540 kg
TALLA	43 cm
PC	30 cm
PT	28 cm
PA	25 cm
PB	9 cm
PIE	7 cm

Índice de incremento ponderal: 1.2

RCEU: Si No (X) Tipo: _____

Presenta algún defecto congénito: Si No (X) _____

Higiene:

Baño artesa (X) Inmersión Esponja Frecuencia: 4 veces por semana

Aseo de cavidades (X) Frecuencia: 2 veces por turno

MOTRICIDAD Y NEURODESARROLLO SEGÚN EDAD

A- Motricidad Gruesa	Edad	B- Motricidad Fino Adaptativa
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patea vigorosamente 	< 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sigue movimiento horizontal y vertical
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levanta la cabeza en prona ▪ Levanta cabeza y pecho en prona ▪ Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos 	1 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abre y mira sus manos ▪ Sostiene objeto en la mano ▪ Se lleva objeto a la boca
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de cabeza sentado ▪ Se voltea de un lado a otro ▪ Intenta sentarse solo 	4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agarra objetos voluntariamente ▪ Sostiene un objeto en cada mano ▪ Pasa objeto de una mano a otra
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sostiene sentado con ayuda ▪ Se arrastra en posición prona ▪ Se sienta por sí solo 	7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manipula varios objetos a la vez ▪ Agarra objeto pequeño con los dedos ▪ Agarra cubo con pulgar e índice
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gatea bien ▪ Se agarra y sostiene de pie ▪ Se para solo 	10 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mete y saca objetos en caja ▪ Agarra tercer objeto sin soltar otros ▪ Busca objetos escondidos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da pasitos solo ▪ Camina solo bien ▪ Corre 	13 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hace torre de tres cubos ▪ Pasa hojas de un libro ▪ Anticipa salida del objeto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patea la pelota ▪ Lanza la pelota con las manos. ▪ Salta en dos pies 	19 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tapa bien la caja ▪ Hace garabatos circulares ▪ Hace torre de 5 o más cubos

C- Audición – Lenguaje	Edad	D- Personal –Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se sobresalta con ruido 	< 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sigue movimiento del rostro
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Busca sonido con la mirada ▪ Dos sonidos guturales diferentes ▪ Balbucea con las personas 	1 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconoce a la madre ▪ Sonríe al acariciarlo ▪ Se voltea cuando se le habla
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 o más sonidos diferentes ▪ Ríe a "carcajadas" ▪ Reacciona cuando se le llama 	4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coge manos del examinador ▪ Acepta y coge juguete ▪ Pone atención a la conversación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pronuncia 3 o mas sílabas ▪ Hace sonar la campana. ▪ Una palabra clara 	7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a sostener taza para beber ▪ Reacciona imagen en el espejo ▪ Imita aplausos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niega con la cabeza ▪ Llama a la madre o acompañante ▪ Entiende orden sencilla 	10 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega juguete al examinador ▪ Pide un juguete u objeto ▪ Bebe en taza solo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconoce tres objetos ▪ Combina dos palabras ▪ Reconoce seis objetos 	13 a 18 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Señala una prenda de vestir ▪ Señala dos partes del cuerpo ▪ Avisa higiene personal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombra cinco objetos ▪ Usa frases de tres palabras ▪ Mas de 20 palabras claras 	19 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Señala 5 partes del cuerpo ▪ Trata de contar experiencias ▪ Control diurno de la orina

GUIA DE LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 2 AÑOS

Unicef - Sinergias ONG

<https://bit.ly/2FLaol>

PLAN DE ALTA A DOMICILIO

Agente de autocuidado: Vallejo Nieto RN Masculino

Servicio: UCIN

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Patrón respiratorio.	Vigilar respiración debe ser regular, rítmica y constante, observar movimientos del tórax, permeabilidad de las narinas o presencia de secreciones, en caso necesario aspirar secreciones con perilla de goma, valorar necesidad de oxígeno e identificar si existen actividades que causen fatiga.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Alimentación.	Seno materno a libre demanda, en caso de que él bebe no se despierte, estimúlelo y proporcione el seno cada 3 horas, solo utilizar fórmula con indicación médica. No dar té, agua o medicamentos no indicados por un médico.
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.		
Provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.	Eliminación.	Mantener limpia, seca e hidratada el área del pañal, se realizarán entre 6-8 cambios de pañal durante 24 horas, el color de la orina debe ser amarillo claro y la consistencia de las heces fecales serán amarillo grumoso.
Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso.	Actividad y reposo.	Favorecer el sueño en horas que no corresponden a alimentación, no sobre arropar, evitar almohadas, peluches.
Mantenimiento de un equilibrio entre la sociedad y la interacción social.	Fortalecimiento de vínculo familiar.	Continúe con la lactancia materna, mantenga el apego con su bebe mediante reboso, utilizar música relajante, dar seguimiento a la terapia de estimulación temprana. Realizar masajes, estimulación táctil, auditiva y visual.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Cuidados en el hogar	Higiene corporal y lubricación de la piel, corte de uñas, gestionar riesgo de caídas, control de fauna, evitar contacto con fumadores o personas enfermas principalmente de vías aéreas. El baño no debe durar más de 15 minutos, vigilar temperatura del agua, asegurarse de tener todo lo necesario cerca, evitar corrientes de aire.
	Signos de alarma.	En caso de presentar coloración de piel pálida- azul, amarilla, fiebre, vómito, rechazo al alimento, llanto sin lágrimas, fontanela hundida, distensión abdominal, intolerancia a vía oral, movimientos anormales, inactividad, respiración rápida, dificultad respiratoria, presencia de sangrado de cualquier parte del cuerpo. Acudir inmediatamente a urgencias.
Promoción del funcionamiento		Cita a consulta externa a pediatría para seguimiento de niño sano.

humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones y el deseo.	Cuidados específicos.	Cita a estimulación temprana. Cita a medicina preventiva para vacunas.
--	-----------------------	---

AUTORIZO

Nombre de la madre o tutor: Key Zurisadai Vallejo Nieto

Firma: 

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

Estudiante de posgrado: Melissa Diaz Ortiz Ortega

Firma: 

TESTIGO

Nombre: Yazmin R. Julio Chamo

Firma: 

AUTORIZACIÓN POR TUTOR CLÍNICO

Nombre: EEN Luis Alberto Contreras Uribe.

Firma: 

Zumpango, Edo. de México, a 03 del mes de octubre del año 2022.