



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE: HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

ESTUDIO DE CASO:

CUIDADO ESPECIALIZADO A UN NEONATO PRETERMINO CON

ENTEROCOLITIS NECROTISANTE

BASADO EN LA TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

P R E S E N T A:

LIC. ENF. ANA LESSLY PALOMA PUENTE MATA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

ASESORA: MTRA. LAURA AL VAREZ GALLARDO



CD. VICTORIA TAMPS. 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE: HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD

ESTUDIO DE CASO:

CUIDADO ESPECIALIZADO A UN NEONATO PRETERMINO CON

ENTEROCOLITIS NECROTISANTE

BASADO EN LA TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO

P R E S E N T A:

LIC. ENF. ANA LESSLY PALOMA PUENTE MATA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

ASESORA: MTRA. LAURA AL VAREZ GALLARDO



CD. VICTORIA TAMPS. 2023

Resumen

TITULO: Cuidado especializado a un neonato pretermino con enterocolitis necrotizante basado en la teoría general del autocuidado.

INTRODUCCION: En México nacen por año cerca de 200 mil niños prematuros considerándose un problema de salud pública, una de las complicaciones más frecuentes es la enterocolitis necrotizante siendo la enfermedad gastrointestinal de mayor urgencia quirúrgica, afectando al prematuro de muy bajo peso al nacer.

OBJETIVO: Elaborar un estudio de caso de un neonato con déficit en los requisitos universales de autocuidado, utilizando la metodología del proceso enfermero para ofrecer atención individualizada que favorezca el restablecimiento de su salud.

MÉTODO: Se eligió un neonato de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de forma aleatoria. Previamente se obtuvo el consentimiento de los padres durante el periodo de prácticas, en el cual se aplicó la cedula de valoración de Dorothea Orem para recabar su información y a su vez aplicamos las etapas del proceso enfermero, para posteriormente elaborar los planes especializados en cuidados de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Recién nacido pre termino con 32 semanas de gestación, de sexo femenino y 24 días de vida extrauterina mismos de estancia en la UCIN, cursando con cuadro abdominal agudo, estando en fase I de ventilación como soporte mediante campana cefálica sin compromiso cardiológico y neurológicamente integra.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Se tomó en cuenta la Ley General de Salud en materia de investigación, considerándose una investigación de riesgo mínimo.

CONCLUSIONES: Las evaluaciones de cada plan demuestran que los cuidados especializados a neonatos son necesarios y garantizan una mejor atención. Por lo cual la enfermera debe estar preparada, conocer la situación de salud y fundamentar científicamente los cuidados a ejecutar en cada paciente.

PALABRAS CLAVE: enterocolitis necrotizante, prematuro, enfermería, cuidados.

SUMMARY

TITLE: Specialized care for a preterm neonate with necrotizing enterocolitis based on the general theory of self-care.

INTRODUCTION: In México, about 200 thousand premature babies are born per year, which is considered a public health problem, one of the most frequent complications is necrotizing enterocolitis being the gastrointestinal disease with the greatest surgical urgency, which affects very low birth weight premature.

OBJECTIVE: To develop a specialized care plan based on the theory General by Dorothea Orem, to offer an individualized care plan that restores the health of the newborn.

METHOD: A patient was chosen from the Neonatal Intensive Care Unit randomly, parental consent was previously obtained during the internship period, in which the certificate of assessment of Dorothea Orem to collect the information and in turn apply the stages of the nursing process to later develop specialized plans in nursing care.

CASE DESCRIPTION: Preterm newborn with 32 weeks of gestation, female and 24 days of extrauterine life residence in the NICU, presenting with acute abdominal symptoms, being in phase 1 of ventilation as support by cephalic bell without cardiological and neurological compromise integrates.

ETHICAL CONSIDERATIONS: The general health law on the matter was taken into account investigation, considering a minimal risk investigation.

CONCLUSIONS: Evaluations of each plan show that care specialized services for neonates are necessary to guarantee better care. Therefore, the nurse must be prepared, know the health situation and scientifically substantiate the care to be carried out in each patient.

KEY WORDS: necrotizing enterocolitis, premature, nursing, care.

AGRADECIMIENTOS

- Agradezco a las instituciones que prestaron su servicio para la realización de este estudio de caso.
- Al instituto CONAHCYT por haber apoyado mis estudios.
- A la ENEO por haber dado oportunidad de ser parte del Plan Único de Especialización en Enfermería.
- Y en especial a mi asesora Laura Álvarez Gallardo por su dedicación paciencia y conocimiento compartido a lo largo de estos meses, gracias infinitas porque sin ella no lo hubiera finalizado.

DEDICATORIA

A Dios que me permitió llegar tan lejos y sin duda ha estado en cada momento de mi vida.

A mis padres y hermanas; Arely, Valeria y Juanelo por ser los primeros en creer en mí y siempre sentirse orgullosos de mis logros.

A mi princesa Aidee un logro más juntas.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
Objetivo General	2
Objetivos específicos	2
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN	3
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Marco Conceptual:	5
2.2 Marco empírico:	6
2.3 Modelo teórico	11
2.4 Método enfermero	16
2.5 Relación del proceso enfermero y el modelo teórico	18
2.6 Daños a la salud:	20
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	27
3.1 Cronograma de Actividades	28
3.1. Consideraciones Éticas	29
CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	31
4.1 Etapa de Valoración	31
4.2 Etapa de Diagnóstico	41
4.3 Etapa de Planeación	43
4.4 Etapa de Ejecución	44
4.5 Etapa de Evaluación	64
4.6 Seguimiento	65
CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1 Conclusiones	76
5.2 Recomendaciones	76
REFERENCIAS	77
ANEXOS	85

INTRODUCCIÓN

Un estudio de caso está diseñado para profundizar sobre una situación determinada y en su defecto analizar un fenómeno, evento o una persona en particular. Es una herramienta mediante la cual facilita la práctica de enfermería aplicada en esta ocasión a un neonato, esto con el fin de indagar el escenario en el que se encuentra, identificando sus déficits, encaminándonos con el proceso enfermero y lograr así los cuidados pertinentes que favorezcan su salud.

Como anteriormente se menciona el sujeto de estudio es un neonato de 32 semanas de edad gestacional por Capurro con enterocolitis necrotizante y peso muy bajo al nacer, el cual se abordó en el Hospital Regional de Alta Especialidad, en el servicio de UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatal), se llevó a cabo dos valoraciones focalizadas y se reunieron todos los datos posibles tanto prenatales hasta de su estancia hospitalaria con el fin de realizar el proceso de atención de enfermería, se realizaron diagnósticos y se enfocaron los cuidados especializados.

Enseguida se entrevistó a la madre y otorgando autorización para continuar con la investigación, se aplicó un instrumento de valoración fundamentado en la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, la cual arroja los requisitos de autocuidado alterados, conforme se avanzaba con el estudio se fundamentó con artículos relacionados basados en evidencia científica para la implementación de los planes de cuidados, se dio prioridad y organizo de acuerdo a las necesidades más apremiantes siempre trabajando con ética y detectando los factores de riesgo que impidan un correcto neurodesarrollo en el neonato.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un estudio de caso de un neonato con déficit en los requisitos universales de autocuidado, utilizando la metodología del proceso enfermero para ofrecer atención individualizada que favorezca el restablecimiento de su salud.

Objetivos específicos

- Realizar una valoración de enfermería para la recopilación de datos sobre el estado de salud del neonato.
- Elaborar diagnósticos que permitan identificar los problemas de salud y resolverlos.
- Diseñar un plan de cuidados estableciendo prioridades y objetivos.
- Ejecutar el plan de cuidados dirigido a las necesidades del neonato.
- Evaluar a efectividad de los resultados de cada intervención del plan de cuidado.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes. Tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y de bajo costo. ¹

En México, en el año 2017, de los más 425 mil nacimientos casi el 10 por ciento ocurrieron antes de las 37 semanas de gestación. Este fenómeno se ha incrementado debido al sobrepeso, diabetes, hipertensión, problemas renales, edad muy avanzada o joven de las madres, entre otras. De los 425 mil 516 nacimientos que se registraron durante este año en los hospitales y clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en todo el país, 41 mil 664 fueron de bebés prematuros, es decir el 9.8 por ciento nacieron antes de las 37 semanas de gestación,^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud, junto a los centros europeos, consideran al recién nacido prematuro como una condición adversa del embarazo de riesgo (donde un feto no puede cumplir con su crecimiento potencial a término in útero). Mas no siendo inherente a la gestación de alto riesgo, ya que incluso en mujeres gestantes sanas, una proporción de recién nacidos se puede esperar que nazca prematuro.⁴ Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: prematuros extremos (menos de 28 semanas) muy prematuros (28 a 32 semanas) prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas). ⁴

Teniendo que la característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas. De acuerdo con estas consideraciones, a menor edad gestacional, más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adaptación a las nuevas condiciones de la vida extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidado. Entre los

problemas más frecuentes encontramos: problemas de adaptación respiratoria y cardiocirculatoria, termorregulación, nutricionales, e infecciones, entre otras. ⁴

Por lo que las complicaciones neonatales del parto prematuro incluyen síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, hipotermia, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y dificultades de alimentación. Morbilidad a largo plazo incluye retinopatía del prematuro, neurodesarrollo deterioro y parálisis cerebral.

Algunas de las estrategias para prevenir el nacimiento prematuro se centran en el manejo de factores de riesgo. Esto incluye proporcionar atención prenatal de alta calidad mediante la cual se toma una buena historia, con atención a la historia obstétrica de la paciente con un enfoque particular en nacimiento prematuro previo, manejo estricto de enfermedades crónicas, así como evaluación y el tratamiento de las infecciones genitourinarias ofrecen la posibilidad de modificar los factores de riesgo de nacimiento prematuro. Los países de ingresos bajos incluyen programas que se centran en el espaciamiento apropiado del embarazo y la planificación / anticoncepción familiar, optimizando la nutrición y aumento de peso durante el embarazo, suplementos de micronutrientes, actualización de vacunas y detección de problemas de salud mental y brindar apoyo. ⁵

Y aunque se sabe poco sobre cómo ampliar cualquier estrategia de tal manera que sea práctica y accesible, se han realizado algunos esfuerzos de grupo de consenso para sugerir un camino a seguir para reducir la carga global de nacimientos prematuros. Las recomendaciones sugieren una inversión en investigación, con el fin de mejorar la comprensión biológica de nacimientos prematuros con el fin de centrarse en nuevos objetivos de prevención. Esto incluye una mejor comprensión de la quietud uterina y cervical, la regulación molecular de trabajo de parto, el microbioma genital femenino, y el genómico, genético, factores hormonales, nutricionales, inflamatorios, ambientales y socioeconómicos.⁶ Como tal las intervenciones de bajo costo como la lactancia materna, proporcionar calor y la prevención y el tratamiento de infecciones pueden ser de gran ayuda para mejorar la supervivencia neonatal con intervenciones tan simples como la madre canguro

cuidado o proporcionar contacto piel a piel entre la madre y el bebé después del parto son implementadas en países de ingresos bajos.⁷

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual:

Con el fin de sustentar científicamente la realización de este estudio se utilizaron palabras clave como pre término, conceptualización de enfermería, enterocolitis necrotizante, cuidados de enfermería ya que son de gran relevancia en cuanto la relación que conlleva para el neonato, por consiguiente, amplía la percepción e interpretación de este.

Pretérmino. - Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación.⁸

Conceptualización de Enfermería. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas.

En relación con la función profesional y cómo debe desarrollarse esta, surge a partir de los años 50, una corriente de opinión importante que aborda la filosofía de la profesión, y pretende dar a la enfermería una identidad propia dentro de las profesiones de salud.

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”⁹

Enterocolitis necrosante. La enterocolitis necrosante (ECN) es la urgencia del sistema digestivo más frecuente en el periodo neonatal. Se caracteriza por ser un

proceso isquémico/necrótico en la mucosa de la pared intestinal, que progresa a un estado inflamatorio, acumulación de gas en la submucosa (neumatosis intestinal) y eventualmente, a una perforación del órgano. ¹⁰

Cuidados de enfermería. Se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional: enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad. Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana. Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.¹¹

2.2 Marco empírico:

Muller expone que la ENC es la enfermedad adquirida más común del sistema gastrointestinal en prematuros y recién nacidos, y está asociado con alta mortalidad y hasta ahora, la fisiopatología de ENC no se entiende completamente en detalle. Y según la literatura actual, el momento de comenzar y el aumento diario de la nutrición oral no ejercen ninguna influencia significativa sobre el desarrollo de ENC. Hace notar que entre las medidas preventivas más importantes se incluyen la alimentación con leche humana (leche materna o leche de donante humano), suplementación de probióticos, evitar la histamina antagonista del receptor tipo II y un tratamiento restrictivo de antibiótico.¹²

Diego Niño manifiesta que con el paso del tiempo se han identificado estrategias preventivas específicas que, si se administran con éxito y adecuadamente a los

pacientes, esto podría reducir la incidencia de ENC. Y arroja una revisión de estrategias que la leche materna ofrece como protectora, aunque los mecanismos precisos por los cuales la leche materna protege contra la ECN aún no se comprenden completamente, la evidencia sugiere que la leche materna inhibe la señalización de TLR4 (sensores de reconocimiento de membrana evolutivamente conservados propios de la inmunidad innata que reconocen características presentes en la superficie de patógenos o que son liberados por tejido necrótico al prevenir el glucógeno). Actividad de la sintasa quinasa 3β . También puede revertir la inhibición de la proliferación de células madre intestinales y la curación de la mucosa. Otra estrategia sugiere la administración oral de probióticos ya que disminuye la mortalidad por todas las causas e incidencia de ENC grave en recién nacidos prematuros; sin embargo, el agente probiótico preciso, el tiempo y la duración de terapia aún no se ha establecido.¹³

Ying Mao et al. Realizaron una búsqueda de artículos publicados en Pubmed, EMBASE, Cochrane que mostraran evidencia de los efectos en la administración oro faríngea de calostro para reducir la incidencia de ENC. El metaanálisis revisado concluye que hay evidencia de que la administración oro faríngea de calostro no podría reducir significativamente las incidencias de ENC. Pero si pudiera reducir el tiempo para lograr una alimentación enteral completa y reducir la estancia hospitalaria. Por ahora, la administración oro faríngea de calostro sigue recomendable como cuidado de enfermería de rutina para bebés prematuros administrado en la UCIN.¹⁴

Mohan Pammi hace mención sobre la seguridad y la efectividad de la suplementación de lactoferrina para la alimentación enteral en la prevención de sepsis y ENC en neonatos prematuros a lo cual se encontró evidencia de baja calidad que sugiere que la suplementación con lactoferrina de la alimentación enteral disminuye la sepsis de inicio tardío y NEC \geq Etapa II en recién nacidos prematuros sin efectos adversos. También indica que la suplementación con lactoferrina en alimentación enteral en combinación con probióticos disminuye la sepsis de inicio tardío y NEC \geq estadio II en neonatos prematuros.¹⁵

Un estudio realizado por el Dr. Asaph Rolnitsky determino que la tasa de ENC de un hospital en Canadá, iba en aumento y se dio a la tarea de implementar una mejora en la atención médica y herramientas de mejora de calidad, con el objetivo de disminuir la tasa de crecimiento, estas incluyen trabajo en equipo, herramientas de organización de procesos y revisión basada en evidencia para seleccionar los mejores suplementos probióticos para sus pacientes. Y a lo largo de 2 años sus resultados fue que las tasas de ENC disminuyeron de 4.4% al 1.7%. y aun que no demostraron reducción en la mortalidad ni eventos adversos, el cambio en la práctica de la suplementación probiótica de rutina fue exitoso para reducir las tasas de ENC en recién nacidos prematuros. Por lo cual ellos sugieren considerar esta intervención como un medio exitoso para prevenir esta grave enfermedad.¹⁶

El estudio de Jane Naberhuis tuvo como objetivo desarrollar una herramienta validada de calificación de riesgos para la predicción de intolerancia alimentaria y enterocolitis necrotizante, que a su vez buscaba evaluar la facilidad de uso y las actitudes de enfermería hacia una nueva herramienta de puntuación de riesgo. Encontrando que los resultados fueron positivos ya que efectivamente el personal de enfermería comprende la facilidad de uso de la herramienta de sitio, pues el puntaje era 8.1 (SD: 2.2) en una escala de 10 puntos. El noventa por ciento de los evaluadores en una conferencia nacional de enfermería neonatal estuvo de acuerdo / muy de acuerdo que la herramienta abordó importantes brechas de conocimiento. Concluyendo que la herramienta es fácil de utilizar y fácil de ser valorada por enfermería. La herramienta contiene 5 categorías entre las que se incluyen: edad gestacional al nacer, peso al nacer, alimentación infantil, factores del lactante posnatal y perinatal y factores maternos, a cada uno se le asigna un valor numérico en puntos que va de 1 a 3. La puntuación numérica que van de 1 a 44, refleja al final la suma de puntos de cada factor de riesgo. Por lo que una puntuación de 1 a 5 coloca a los bebés en la categoría de bajo riesgo, de 6 a 8 en la categoría de riesgo moderado, y 9 o más en la categoría de alto riesgo.¹⁷

Katherine E. Gregory et al. Buscaron presentar el estado actual de la ciencia sobre la patogénesis de ENC, la presentación clínica, la estatificación de la gravedad de

la enfermedad, resaltar las evaluaciones de enfermería para la identificación temprana de ENC y la atención continua para bebés diagnosticados con esta enfermedad gastrointestinal. Es por ello que enfermería debe tener un alto conocimiento sobre la ENC, los factores de riesgo asociados con esta enfermedad neonatal, para perfeccionar sus habilidades de evaluación de manera que puedan identificar los primeros signos de ENC y estratégicamente intervenir temprano en el curso de esta devastadora enfermedad gastrointestinal. Estos son algunas evaluaciones primordiales y signos clínicos para la prevención de la enterocolitis necrotizante:

Generales:

Temperatura

- Inestabilidad de la temperatura
- requisitos adicionales de calor radiante
- Comportamiento.
- Letargia
- Irritabilidad.

Cardiovascular y respiratorio:

Signos vitales

- Apneas
- Bradicardia
- Desaturaciones de oxígeno con mayor necesidad de soporte ventilatorio
- Hipotensión

Gastrointestinal

Intolerancia alimentaria

- Emesis
- Incremento en el residuo de la sonda
- Aspiraciones tipo biliosas.

- Disminución o ausencia de ruidos intestinales.
- Aumento de la circunferencia abdominal.
- Distención, presencia de asas intestinales.
- Masas abdominales, especialmente en cuadrante inferior derecho.
- Cambio en la frecuencia de las heces.¹⁸

Jeannie Rodríguez et al. En un estudio buscaron involucrar al personal de enfermería en relación con el microbioma neonatal; ya que está influenciado por diversos aspectos de la atención de la UCIN. Por lo que las enfermeras en la UCIN desempeñan un papel clave en el manejo de la atención que puede influir positivamente en el microbioma. Esta revisión hace notar que, desde el momento de la admisión a la UCIN, la enfermera debe comenzar a considerar los factores que influyen en el desarrollo del microbioma y el papel que desempeña en el proceso de la enfermedad. Hay varias intervenciones clave de enfermería que se pueden realizar durante la estadía en la UCIN para garantizar el desarrollo óptimo del microbioma y la posible prevención de enfermedades: Facilitar el uso de la leche materna fresca de la madre para alimentación, especialmente para bebés expuestos a antibióticos en útero o después del nacimiento. Fomentar y facilitar el contacto piel a piel tan pronto como sea médicamente posible. Monitorear los resultados de laboratorio, particularmente cultivos y sensibilidades microbianas y abogar por duraciones más cortas y / o terapia antibiótica más dirigida con el equipo de atención médica. Monitorear la mejoría respiratoria que pueda justificar uso de medidas no invasivas de soporte respiratorio y mantener SpO₂, valorando el oxígeno como se indica.¹⁹

David Gathara et al realizaron una búsqueda de métodos de observación en países de ingresos medios bajos, con el fin de identificar la pérdida de atención de enfermería en los cuidados neonatales y así reducir la mortalidad neonatal. Entre las tareas más comúnmente completadas se encontraron entrega entre turnos (97%), verificación y cambio de pañales necesario (96%). tareas con menor tasas terminadas incluyeron revisión de enfermería de los recién nacidos (38%) y evaluación de bebés en fototerapia (15%). Concluyendo que: una proporción

significativa de los cuidados de enfermería es perdida con efectos potencialmente graves sobre la seguridad del paciente y resultados en este entorno de países de ingresos medios bajos. Dado que las enfermeras cuidan más bebés en promedio, realizan más tareas de las esperadas, determinando que abordar la enfermería es clave para garantizar una adecuada atención como parte de la mejora en calidad y seguridad.²⁰

Ramírez Contreras explica que la nutrición enteral puede prevenir la Enterocolitis Necrotizante en neonatos pretérmino ya que se ha observado en estudios que el 90% de los RNP que desarrollan esta enfermedad lo hacen después de ser alimentados por vía enteral, mientras que sólo el 10% la presentan antes de ser alimentados. Por lo cual concluye que la nutrición enteral mínima con volúmenes de 12-25 ml/k/día es segura y benéfica, también hay estudios que demuestran que no hay razón para postergar el inicio de la alimentación enteral y la leche materna es siempre la mejor opción para la disminución en la incidencia de EN. La restitución a la alimentación enteral después de la resolución de EN debe ser lenta y cuidadosa, y con una fórmula elemental que permita la absorción óptima de todos los nutrimentos minimizando el riesgo de provocar un daño a la mucosa intestinal y el uso de probióticos muestra resultados positivos.²¹

2.3 Modelo teórico

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem consiste en actuar de modo complementario con las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, cuando está alterado el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. Los motivos del desequilibrio serán una enfermedad o lesión que requieran unas necesidades adicionales de autocuidado (debidos a la desviación de salud).²²

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.

2.3.1 Teoría del Autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.²²

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Auto: totalidad de un individuo, necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

Cuidado: La totalidad de actividades para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

Requisitos de autocuidado universal

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida y son ocho:

- 1.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- 2.Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- 3.Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- 4.Provision de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- 5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- 6.Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.
- 7.Prevenición de los peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
- 8.Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de autocuidado del desarrollo

Etapas específicas del desarrollo

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las etapas específicas del desarrollo incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia, y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.²³

Requisitos de desviación de la salud

Los requisitos de desviación existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

En estados de desviación de la salud surgen los requisitos de autocuidado del estado de la enfermedad. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de requisitos que deben ser cubiertos en plazo de tiempo determinado

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo

Factores básicos condicionantes

Los Factores Condicionantes Básicos son variables internas y externas que modifican la capacidad de brindar autocuidado, tanto en la calidad y cantidad de los cuidados requeridos como en la capacidad de agencia de autocuidado, pudiendo afectar la vida, la salud y el desarrollo de los individuos, estos factores fluctúan debido a que ocurren en un tiempo y lugar específico.

1. Edad
2. género,
3. estado de desarrollo
4. estado de salud
5. factores socioculturales
6. factores del sistema de cuidados de salud
7. factores del sistema familiar
8. patrones de vida
9. factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

La teoría del déficit de autocuidado.

Los déficits de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el

autocuidado, o para el cuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

Agente. 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.

Agencia La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

Agente de cuidado dependiente La agencia de autocuidado es definida por Orem como la "compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de enfermería.

Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.

2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: 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 compensador: 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. ²²

2.4 Método enfermero

El proceso consiste en la aplicación del método científico y sistemático de intervención para la implementación de cuidados profesionales, que permite fundamentar la práctica de los cuidados, a favor de mejorar la atención brindada a las personas. Una expresión de este esfuerzo de sistematización lo constituye el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).^{23,24} Al aplicarlo, el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales, para realizar una valoración adecuada que le permita identificar sus

necesidades afectadas; para ello crea un plan de cuidados que ayude a satisfacer esas necesidades. Estas deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, sus creencias y valores personales.^{25,26}

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

La primera etapa, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona.²⁷

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los requisitos alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o de bienestar.²⁷

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.²⁷

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro,

donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.²⁷

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.²⁷

2.5 Relación del proceso enfermero y el modelo teórico

La aplicación del proceso en conjunto con la teoría de enfermería inicia desde los conceptos paradigmáticos que Dorothea Orem emplea los cuales son persona, salud, enfermería y entorno, estos se hacen presentes en la valoración del neonato como factores que pueden comprometer su vida.²⁸ El autocuidado lo define como el cuidado que realiza la persona para sí misma. Y es en este momento en que enfermería es clave, ya que debe emprender la adaptación del modelo a la par de la atención personalizada identificando las necesidades de cuidado para el neonato, en este caso el déficit de autocuidado que demuestra. En seguida realiza un análisis de las demandas o necesidades universales de desarrollo que resultaron alteradas para la determinación de los cuidados individualizados, utilizando el sistema de enfermería totalmente compensatorio considerando que el neonato es totalmente dependiente de enfermería.²⁸ Este sistema de enfermería hace hincapié a los requisitos de autocuidado del neonato por lo cual se planean las intervenciones que reduzcan o corrijan las alteraciones de los requisitos, elaborando objetivos que midan los resultados esperados. El proceso de atención de enfermería permite destinar las medidas terapéuticas que la teoría contiene, haciendo una comparación del estado del neonato anterior con los cuidados aplicados después de la implementación de este.

Al ser un método estructurado para el cuidado científico la teoría del déficit de autocuidado se adapta al cuidado terapéutico que esta brinda, cumpliendo una función reguladora para la salud y bienestar del paciente, la teoría complementa el método enfermero partiendo de la resolución de problemas y toma de decisiones con el fin de mejorar la salud y atención de calidad de este.

<p>Diagnóstico de enfermería (Valoración)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener información del paciente • Analizar los datos/la información. • Emitir juicios sobre el paciente/familia. • Formular/explicar la naturaleza causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente. • Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia de autocuidado del paciente. 	<p>Prescripción de enfermería (Planificación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden /deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente. • Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente.
<p>Control de los casos (Evaluación/Auditoria)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería • Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería. • Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico. 	<p>Tratamiento/Regulación de enfermería (Intervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de Autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludables • Asegurar que la agencia de Autocuidado del paciente se desarrolla al máximo. • Asegurar que se instituya la retroalimentación y la evaluación.

Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado
Antología.²⁹

2.6 Daños a la salud:

Se estima que los determinantes sociales y ambientales tienen dos veces el impacto en la calidad de la atención en salud y en la salud en general de un individuo, que los otros determinantes. Son varios los determinantes que pueden afectar el embarazo en adolescentes y adultas, como, pobreza, estructura familiar, calidad de la vivienda, acceso a alimentos saludables, acceso a servicios de salud y de atención primaria, tecnología en salud, cohesión social, percepción de discriminación/ inequidad, acceso a empleo, situación laboral, políticas que apoyen la promoción de la salud, entornos escolares seguros e ingreso a la educación superior.³⁰ La prematuridad es uno de los resultados de estos determinantes de la salud, el cual se convierte, además, en un determinante importante de mortalidad y morbilidad neonatal, con consecuencias a largo plazo. Los niños que nacen prematuros no sólo tienen mayor mortalidad y morbilidad en el periodo neonatal, si no en etapas posteriores de la vida, resultando en enormes costos de ahí que sea concebida como de alta prioridad para la salud pública en algunos países. Los niños que nacen prematuramente tienen mayores complicaciones a corto, mediano y largo plazo. Estos se ven afectados por diferentes complicaciones y morbilidades asociadas al parto prematuro y que se extienden a través de los años de vida, afectando la niñez y la etapa adulta.³¹ Una de las complicaciones más comunes en los recién nacidos prematuros es la enterocolitis, siendo la urgencia del sistema digestivo más frecuente en el periodo neonatal.

La Enterocolitis Necrotizante (ECN) es una de las principales causas de morbilidad en los supervivientes de las UCI neonatales, particularmente en los prematuros de muy bajo peso. El reconocimiento precoz de esta patología, así como su tratamiento intensivo, pueden mejorar los resultados clínicos.

Definición. Se caracteriza por ser un proceso isquémico/necrótico en la mucosa de la pared intestinal, que progresa a un estado inflamatorio, acumulación de gas en la submucosa (neumatosis intestinal) y eventualmente, a una perforación del órgano.³²

Epidemiología

Constituye, junto con la prematuridad y el distrés respiratorio, una de las causas más importantes de estancias hospitalarias muy prolongadas. Su incidencia global se estima de 1 a 3 por cada 1000 nacidos vivos, sin embargo, tiene un predominio en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (RN <1500 g) con una incidencia de aproximadamente 6 a 7 por ciento según datos publicados por diversos estudios y con censos.³³ Dicha incidencia varía mucho según el centro, la raza, el sexo, el peso al nacimiento y la prematuridad siendo muy poco frecuente en los niños nacidos a término (5-10% de los casos), sobre todo en los que tienen una patología de base como asfixia, enfermedades cardíacas congénitas, policitemia, sepsis u otras.

Anatomía Patológica y Patogenia

La patogénesis de la ECN es multifactorial y aunque no está claramente definida, se tiene la teoría de que la integridad del tracto gastrointestinal (TGI) se ve comprometida como resultado de la interacción de inmadurez intestinal, alteración de la microbiota, alimentación enteral e isquemia. Los segmentos anatómicos más afectados en la ENC son el íleon terminal y el colon proximal, sin embargo, en casos complicados se ve afectada la mayoría del tracto gastrointestinal. En piezas macroscópicas se identifican hallazgos anatopatológicos congruentes con la progresión de la enfermedad tales como: segmentos de necrosis, neumatosis intestinal, perforación y datos de sepsis. A nivel histológico se observa edema en la mucosa intestinal, procesos inflamatorios agudos, infiltración bacteriana, colecciones gaseosas, necrosis transmural y hemorragias.³⁴

Factores de riesgo

En el neonato pretérmino, se reportan como factores de riesgo de ECN la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), la inmadurez intestinal, la disbiosis (alteración del microbiota), la sepsis, el tipo de alimentación y la isquemia. Mientras que en los neonatos de término que desarrollan ECN se reportan la hipoxia-isquemia, asfixia, enfermedad cardíaca congénita, hipotensión y sepsis.³⁵

- Factores genéticos. Los factores genéticos contribuyen en la patogenia de la ECN. Algunas mutaciones aumentan el riesgo, en particular, la pérdida del gen de crecimiento epidérmico HB-EGF, que es esencial para preservar la función de la barrera intestinal³⁶
- Retraso del crecimiento intrauterino. Los prematuros con RCIU son considerados de riesgo para desarrollar ECN, especialmente cuando tienen un Doppler antenatal (de aorta o arteria umbilical) con flujo mesentérico al final de la diástole ausente o reverso.⁷
- Inmadurez intestinal. El tracto gastrointestinal del prematuro es potencialmente más susceptible al desarrollo de ECN debido a una función inmadura de la barrera mucosa intestinal, disminución de la motilidad y el vaciamiento gástrico, reducción de la barrera de mucina, merma de la inmunidad intestinal innata e inmunoglobulinas, incremento de la permeabilidad intestinal, inadecuada digestión de los alimentos y regulación circulatoria inmadura, que predisponen al daño intestinal. En el prematuro la defensa gastrointestinal del huésped (barrera física) y la inmunológica (linfocitos intraepiteliales e IgA secretoria) están alteradas. La permeabilidad de la mucosa del intestino es alta en comparación con la del neonato de término; la capa de mucina en la mucosa es muy delgada, lo que puede aumentar la adherencia bacteriana e incrementa la permeabilidad de la mucosa; esto predispone al daño intestinal y desarrollo de ECN. Se han identificado varios receptores toll-like (TLR2, TLR4, TLR9) en la superficie del epitelio intestinal, los cuales son importantes componentes del sistema inmune innato del intestino, cuya principal función es mantener la integridad de la barrera intestinal, reparar el tejido dañado e identificar patógenos en la luz del intestino.³⁷
- Alimentación enteral. La alimentación enteral es el segundo factor de riesgo más importante de ECN, ya que más del 90% de los casos reportados ocurren después de haberla iniciado; ocasionalmente ocurre en neonatos que nunca han sido alimentados. Los mecanismos propuestos por los cuales la alimentación incrementa el riesgo de ECN incluyen: 1) alteración del microbiota, 2) alteración en el flujo

intestinal, 3) estrés hiperosmolar, 4) mala digestión de la proteína o lactosa de la leche, y 5) activación de la respuesta inflamatoria.

- Microbiota intestinal. El hecho de que la ECN típicamente se desarrolle después de una extensa colonización del tracto gastrointestinal y que la terapia probiótica pueda prevenir el desarrollo de esta enfermedad soporta la teoría de que la colonización bacteriana del intestino juega un rol importante en el inicio del daño intestinal.³⁸
- Isquemia. La isquemia intestinal debida a hipoxia isquemia se reporta como factor de riesgo importante de ECN en los casos de aparición temprana en neonatos de término y cercanos al término. El desarrollo de ECN en el neonato se ha asociado con factores que resultan de insuficiencia vascular intestinal con subsecuente isquemia mesentérica selectiva, como ocurre en las cardiopatías congénitas, persistencia del conducto arterioso (PCA) hemodinámica mente inestable, administración de indometacina o ibuprofeno y exsanguineotransfusión.³⁹

Manifestaciones clínicas.

La cronología de inicio de síntomas varía y parece estar inversamente relacionado con la edad gestacional. En general, el 75% de los casos se presenta antes de los 30 días de vida. La edad media de inicio de los síntomas en los <26 semanas de gestación son los 23 días y para aquellos >31 semanas de gestación al nacimiento, la edad media es de 11 días.

La presentación clínica de la ECN consiste en signos sistémicos y abdominales:

- Los signos sistémicos no son específicos, incluyen inestabilidad térmica, hipovolemia, taquicardia y dificultad respiratoria moderada; en los casos más severos encontramos datos de respuesta inflamatoria sistémica con hipotensión que requiere de manejo inotrópico, falla respiratoria que requiere incremento del manejo ventilatorio, coagulopatía y falla renal.
- Signos abdominales: distensión abdominal, cambios de coloración de la pared abdominal, retención gástrica (alimentarias o biliosas), dolor a palpación, vómitos, diarrea y/o sangrado rectal (hematoquecia).⁴⁰

Clasificación

Actualmente se utilizan los criterios de clasificación de Bell, los cuales, de manera esquemática, procuran evaluar el grado de severidad de la ECN.⁴¹

En el año de 1978, Bell y colaboradores clasificaron la ECN en tres estadios basados en la severidad de la presentación clínica y estrategias de tratamiento. Posteriormente, Walsh y Kliegman realizaron la modificación de estos criterios y subdividieron cada estadio en A o B de acuerdo con los signos clínicos, radiológicos y las estrategias terapéuticas (anexo- CUADRO 1)

Acorde al estadiaje, en un tercio de los casos, la ECN se sospecha, pero no se confirma (estadiaje I) y los síntomas se resuelven gradualmente. Los pacientes con estadiaje I y IIA de Bell tienen un pronóstico muy favorable, sin secuelas. Entre un 25 y un 40% de los casos, la progresión de la ECN es fulminante con signos de peritonitis y sepsis, y rápido desarrollo de coagulación intravascular diseminada y shock.

Tabla 1-1. Criterios modificados de estaficación de Bell para ECN, en recién nacidos				
Estadio	Clasificación del ECN	Signos sistémicos	Signos abdominales	Signos radiológicos
IA	Sospecha	Inestabilidad de la temperatura, apnea, bradicardia, letargo	Retención gástrica, distensión abdominal, emesis, hemopositivo de heces	Dilatación normal o intestinal, íleo leve
IB	Sospecha	Igual al anterior	Hemo-positivo de heces	Igual al anterior
IIA	Definitivo leve	Igual al anterior	Igual al anterior, además de ausencia de sonidos intestinales con o sin dolor abdominal	Dilatación, intestinal, íleo, neumatosis intestinal
IIB	Definitivo moderado	Igual al anterior, más acidosis metabólica leve y trombocitopenia	Igual al anterior, además de sonidos intestinales ausentes, dolor definido, con o sin celulitis abdominal o masa del cuadrante inferior derecho	Igual al IIA, más ascitis
IIIA	Definitivo avanzado. Intestino intacto	Igual al IIB, más hipotensión, bradicardia, apnea grave, acidosis respiratoria y metabólica combinada, DIC y neutropenia	Igual al anterior, además de signos de peritonitis, sensibilidad marcada y distensión abdominal	Igual al IIA, más ascitis
IIIB	Definitivo avanzado. Intestino perforado	Igual al IIIA	Igual al IIIA	Igual al anterior, más neumoperitoneo
DIC: Coagulación intravascular diseminada Fuente: Adaptado y traducido al español de Neu, 1996				

41

Evaluación diagnóstica.

Para realizar el diagnóstico de ECN debemos apoyarnos en la clínica del paciente, en los factores de riesgo y en las exploraciones complementarias. A continuación, se describen las pruebas complementarias que pueden ser útiles para el diagnóstico,⁴²:

RADIOLOGÍA RADIOGRAFÍA ABDOMINAL Confirma el diagnóstico y se utiliza para el seguimiento/progresión de la enfermedad. Aunque la radiografía es habitualmente útil para realizar el diagnóstico de ECN, cuando los hallazgos radiográficos son discordantes, las decisiones respecto al tratamiento se deben basar en la sospecha clínica.

Los signos radiográficos que se pueden observar son:

- Patrón anormal de aire con asas dilatadas de intestino compatible con íleo (estadios precoces de ECN).
- Neumatosis intestinal: burbujas de gas en la pared de intestino delgado (se observa en la mayoría de los pacientes con estadios II y III).
- Gas venoso en el sistema portal.
- Neumoperitoneo: típicamente ocurre en pacientes con estadios IIIB de ECN que han presentado una perforación intestinal. Si existe una cantidad importante de aire intraabdominal puede observarse el signo de pelota de rugby en la radiografía en decúbito supino.
- Asa centinela fija: asa de intestino en posición fija, sugestiva de intestino necrótico y/o perforación en ausencia de neumatosis intestinal.

Ecografía abdominal

Cada vez se utiliza más la ecografía abdominal para el diagnóstico de ECN. Existe un metaanálisis (Cuna AC, et al. 2018) en el que se asocian los hallazgos ecográficos de aire libre, ausencia de peristalsis, perfusión ausente, ascitis compleja, colección de líquido focal, engrosamiento o adelgazamiento de la pared intestinal, ecogenicidad aumentada de la pared intestinal y dilatación intestinal, con

aumento de la mortalidad y mayor probabilidad de que el paciente precise cirugía. Aunque actualmente no se realiza de forma rutinaria, la ecografía abdominal con Doppler color también puede ser útil para detectar necrosis intestinal y alteraciones en la perfusión del intestino.⁴³

Evaluación de laboratorio. Con analítica sanguínea al enviarse hemograma, bioquímica sanguínea y gasometría, redacta tesis de fase aguda y marcadores sépticos como PCR y Procalcitonina además de microbiología con toma de hemocultivos.

Tratamiento

El tratamiento se debe implementar de manera rápida tanto en casos sospechosos como en los confirmados, con el fin de prevenir mayores complicaciones que limiten la evolución del paciente. Este consiste en brindar medidas de soporte mediante la interrupción de alimentación enteral, descompresión nasogástrica intermitente y la reposición de líquidos intravenosos. Para esta última se deben tomar en cuenta los requerimientos diarios del paciente, así como una adecuada reposición del volumen intravascular con cristaloides o hemoderivados. El soporte cardiaco con inotrópicos, el estado hemodinámico, las correcciones metabólicas y electrolíticas, así como el soporte ventilatorio, se deben considerar de manera conjunta para lograr la estabilidad del paciente. Complementando las medidas de soporte, al paciente se le debe iniciar un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro, debido a que entre un 20 a 30 por ciento de los neonatos con ECN, presentan cierto grado de bacteriemia concomitante. Así mismo, dentro del esquema de tratamiento se debe considerar la cobertura anaeróbica en casos de sospecha de peritonitis y/o perforación intestinal. Los esquemas no deben durar menos de 10 a 14 días, sin embargo, el tiempo del tratamiento va a depender de los cultivos realizados diariamente, los patógenos presentes y la resistencia microbiana.⁴⁴

Manejo quirúrgico.

Un 20-40% de los neonatos con ECN requiere cirugía. Se precisa tratamiento quirúrgico cuando hay fuerte sospecha de perforación intestinal o ésta se

confirma. El procedimiento quirúrgico puede variar dependiendo de los hallazgos quirúrgicos de la ECN: si la lesión es focal, multifocal o pan intestinal; si es focal y el neonato está estable, sólo requiere resección y anastomosis término-terminal; si es multifocal, enterostomía proximal; cuando es pan intestinal, se debe realizar yeyunostomía proximal.⁴⁵

Pronóstico y prevención

Posterior al tratamiento, sea médico o quirúrgico, aproximadamente un 10 por ciento de los pacientes desarrolla una estenosis intestinal como complicación tardía en el sitio de necrosis. Esto amerita una reintervención quirúrgica, en la que se realiza una resección intestinal, potencialmente curativa. A pesar de esto, el paciente podría desarrollar un síndrome de intestino corto, que puede provocarle mala absorción nutricional, retraso del crecimiento y malnutrición. Cabe resaltar que, si al momento del diagnóstico el paciente presenta neumatosis intestinal, se estima que entre un 20% y 40% de estos no responderá al tratamiento médico, y entre un 10 y un 30 por ciento de éstos lamentablemente fallecerá.

En cuanto la prevención de ECN, se ha observado en diferentes estudios que, si comparamos la alimentación con lactancia materna y la alimentación con fórmula, la primera tiene un menor riesgo de provocar la enfermedad. Inclusive en unidades de cuidado intensivo neonatal se ha optado por brindar leche pasteurizada de donante humano a pacientes con factores de riesgo.⁴⁵

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda de estudios relacionados que aportan evidencia científica de importancia para el estudio de caso, se revisaron bases de datos como Pubmed, Elsevier, Cochrane, Biblioteca Unam, Medigraphic. encontrando datos desde conceptuales hasta epidemiológicos, cuidados de enfermería, patología estrechamente relacionada para el estudio de caso. Los criterios de inclusión fueron artículos de investigación relacionados con la patología tratada; enterocolitis

necrotizante, población de prematuros, el papel de enfermería en los cuidados del neonato, todos estos publicados dentro de los últimos 5 años. Se eligió un neonato recién nacido de 32 semanas de gestación por Capurro por elección, en un hospital de tercer nivel, durante el periodo de prácticas clínicas.

Enseguida se recabo información por medio del expediente clínico y entrevista a la madre en la cual se le dio el consentimiento informado, método que respalda que la persona ha manifestado voluntariamente su participación en una investigación después de haberle explicado el proceso que implica, los beneficios y posibles riesgos, otra fuente utilizada para la recopilación de datos fue la exploración cefalopodal del recién nacido, antecedentes prenatales y gineco obtetas de la madre, y toda la información que brinda el expediente clínico.

El estudio se fundamenta con la teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem, utilizando una cédula para la recolección de los datos del neonato, la cual contiene requisitos de desviación de la salud, requisitos universales de salud, esta cédula es especialmente para el registro de información y nos muestra los déficits de autocuidado que se deben compensar. De esta manera a su vez adaptaron las etapas del proceso enfermero iniciando con la recopilación de información, posteriormente se analizaron los datos obtenidos para la formulación de los diagnósticos y enseguida se procedió a la elaboración de los planes de enfermería para al final ejecutarlos y evaluarlos.

3.1 Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	OCTUBRE 2019	NOVIEMBRE 2019		
Selección del paciente				
Entrevista a padres				
consentimiento informado entregado				
Aplicación de instrumento de valoración.				
Valoración por requisitos universales.				
Revisión de expediente clínico electrónico y físico.				

7.Detección de requisitos universales alterados y elaboración de diagnósticos.				
Planeación de intervenciones y justificación científica.				
9.Ejecución de intervenciones.				
10.Evaluación de intervenciones.				
Segunda Valoración focalizada.				
Detección de requisitos alterados.				
Ejecución de intervenciones				
Evaluación de intervenciones.				
Plan de alta para la atención en el hogar.				
Fundamentación científica sobre Enterocolitis necrotizante.				
Conclusiones y recomendaciones.				

3.1. Consideraciones Éticas

A continuación, se tomaron en cuenta diversos conceptos y algunos artículos estrechamente relacionados en materia de investigación para la salud.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto, es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

El ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma, la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

46

La seguridad de los enfermos y la calidad de los servicios están directamente influidas por la competencia de cada profesional.⁴⁷

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.⁴⁶

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en cuanto los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos:

CAPITULO I

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

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

Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.⁴⁸

Decálogo de los prematuros

Cada ser humano tiene derecho a ser tomado en cuenta, a ser amado, cuidado y protegido por lo que el decálogo de los prematuros nos invita a considerar estas reglas básicas para la vivencia de los más pequeños. Es primordial que toda mujer embarazada reciba control prenatal para evitar un nacimiento pre término, se debe dar la oportunidad de nacer y ser atendido en hospitales aptos y personal capacitado que cubra sus necesidades, profesionales de la salud que enfoquen sus cuidados en desarrollo e involucren su familia, que se capacite para la lactancia materna ya que es el mejor alimento para el prematuro. Se debe prevenir el uso excesivo de oxígeno en cada niño, dar continuidad mes tras mes para el control y monitorización de la salud a largo plazo, incluirlo en programas de neurodesarrollo que mejoren su estimulación y actividad.

CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

4.1 Etapa de Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería. Durante esta etapa se recogió los datos y se organizó la información reunida sobre el estado de salud del neonato. Se interrogó a la madre del neonato para corroborar los datos obtenidos, también se hizo una revisión del expediente, y una exploración física. Y posterior se analizó los antecedentes de salud y se validan. Se llevó a cabo el 10/10/2019.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Recién nacido A.E.R de sexo femenino, de 32 semanas de gestación por Capurro, nacida el 16 de septiembre de 2019 a las 09:09 horas, pesando 1.230 kg. Se brindan maniobras de reanimación básicas, cuidados inmediatos y mediatos. Lugar de nacimiento Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Victoria y posteriormente trasladada al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en la cuna 6, actualmente con 24 días de vida extrauterina y 35.3 semanas de vida.

4.1 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

4.1.2 Estado de salud

Recién nacido pre término de 32 SDG por Capurro (35.3 SDG corregidas), peso adecuado para edad gestacional, peso muy bajo al nacer. enterocolitis necrotizante

4.1.3 Factores del sistema familiar.

Familia integrada, compuesta por padres y hermano gemelo, la madre de 30 años y padre de 28 años, casados, ambos profesan religión cristiana.

4.1.4 Factores socioculturales y económicos

Ambos padres son profesionistas, actualmente residen en departamento de renta, la madre trabaja por las tardes en un consultorio médico, el padre por las noches en una empresa privada. Al inicio del internamiento de su hija, mencionan haber cubierto los gastos médicos sin embargo optaron por afiliarse al seguro popular ya que no contaban con los recursos suficientes para la continuación de tratamiento de su bebé.

Patrón de vida

Niegan cualquier antecedente genético de enfermedades crónico degenerativo.

4.1.5 Factores ambientales

Al interrogatorio mencionan contar con los servicios básicos como agua potable, luz, ventilación y buena iluminación, drena techo de concreto, paredes de cemento y vitropiso, alumbrado público y refiere no tener mascotas, consideran vivir en zona urbana céntrica.

REQUISITOS DE DESARROLLO

Acorde a la Valoración APGAR el neonato obtuvo un puntaje de 8/ 9, respiro y presento llanto regular al nacer.

Como resultado de la valoración de edad gestacional se encuentra en peso adecuado para edad gestacional, considerado recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación por Capurro. Se realiza toma de hemocultivos con resultados negativos. Pero de acuerdo a la sintomatología de enterocolitis se manejó con triple esquema de antibióticos: ceftazidima y vancomicina metronidazol, los laboratorios de control 10/10/19: hb 12, hto 32.8, plaq 317,000, leucos 10,100, neu 19%, linfos 59%, monos 12%, baso 2%, eos 8%. Fibrinógeno 246, tp 12.2, inr 1.14, tpt 31.4, na 141, k 3.7, cl 107, ca 9.8, p 2.9, gluc 86, urea 10.2 bun 4.8, crt 0.4 pct 0.27.



METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

	0	5	10	15	20	24
Forma de la OREJA	Grande, móvil, laxa, con pliegue	Grande, móvil, laxa, con pliegue	Grande, móvil, laxa, con pliegue	Grande, móvil, laxa, con pliegue	Grande, móvil, laxa, con pliegue	Grande, móvil, laxa, con pliegue
Forma de la ANTRA MAMARIA	No palpable	Palpable blanda de 1 cm	Palpable blanda y firme	Palpable firme de 1.5 cm	Palpable firme de 2 cm	Palpable firme de 2.5 cm
Formación del PEZON	Apenas visible, sin arista	Desarrollo normal de 2.5 mm, Arista blanda y chula	Desarrollo normal de 2.5 mm, Arista puntiaguda	Desarrollo normal de 2.5 mm, Arista puntiaguda	Desarrollo normal de 2.5 mm, Arista puntiaguda	Desarrollo normal de 2.5 mm, Arista puntiaguda
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa	Fina lisa	Muy gruesa de secreción de succosación superficial	Gruesa gruesa superficial de succosación de succosación y puros	Gruesa gruesa superficial de succosación de succosación y puros	Gruesa gruesa, prolije, aspersiones, clus
PIERQUES PIANTAS	Se abren	Mueven muy débiles, al intentar abrirse	Mueven bien débiles, al intentar abrirse	Siguen en la mitad abierta	Siguen en la mitad abierta	Siguen en la mitad abierta

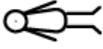
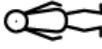
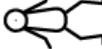
Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7

Puntuación = _____

Puntaje Parcial = _____

Dr. César Matamoros, José Arturo de los santos@ymail.com

Madurez neuromuscular

Puntuación	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)	 >90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Retroceso del brazo		 180°	 140-180°	 110-140°	 90-110°	 <90°	
Ángulo poplíteo	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 <90°
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergamina-da, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada		
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgaza-miento	Zonas alopécicas	En su mayor parte, alopécico	Clasificación de madurez		
Superficie plantar	Talón-dedo 40-50 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 mm, ausencia de pliegues	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta	Puntuación	Semanas	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Aréola plana, ausencia de botón mamario	Aréola punteada, botón de 1-2 mm	Aréola elevada, botón de 3-4 mm	Aréola completa, botón de 5-10 mm	-10	20	
Ojo/oído	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartilago grueso, oreja rígida	-5	22	
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas	0	24	
Genitales (femeninos)	Clítoris prominente, labios planos	Clítoris prominente, labios menores pequeños	Clítoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clítoris y los labios menores	5	26	
							10	28	
							15	30	
							20	32	
							25	34	
							30	36	
							35	38	
							40	40	
							45	42	
							50	44	

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

4.2 Requisitos de desviación de la salud

4.2.1 Antecedentes Heredo Familiares

Se trata de madre de 31 años de edad, peso: 78 kg, talla:165 cm, escolaridad licenciatura, residente de Ciudad Victoria Tamaulipas., estado civil casada. Niega diabetes, hipertensión, cardiopatías, cáncer.

Antecedentes Personales No Patológico (Madre)

Tabaquismo y alcoholismo toxicomanías negados, refiere alimentación en calidad y cantidad buena, baño, aseo dental 3 veces al día, esquema de vacunación completo.

Antecedentes Personales Patológicos (Madre)

Transfusiones, Intervenciones Quirúrgicas, Hospitalizaciones negadas, Alérgica a Ciprofloxacino.

Antecedentes Perinatales

Producto vivo de primera gesta gemelar, el cual nace por vía cesárea, control prenatal de 15 consultas, 13 ultrasonidos, Patologías durante el embarazo negadas. Hace dos semanas presenta sangrado transvaginal debido a placenta previa, así como actividad uterina, motivo por el cual es hospitalizada durante 5 días y recibe tratamiento con progesterona, dactil-ob, Nifedipino, es egresada y posterior a dos días en su domicilio reinicia con cuadro clínico similar y nuevamente es hospitalizada por 5 días con mismo manejo además de inductores de maduración pulmonar posterior a lo cual es egresada.

Actualmente presenta nuevamente actividad uterina motivo por el cual ingresa a la sala de toco cirugía para interrupción del embarazo realizándose cesárea sin complicaciones, obteniéndose producto vivo pretérmino de 32 semanas de gestación.

Tipo de parto inducido, distócico, líquido amniótico claro, con analgesia por BPD, producto gemelar.

4.2.2 Antecedentes del Neonato

Exploración física

Signos vitales: FC 165 lpm Fr 60 rpm Ta 58/35 Temperatura 36.9 °,

Antropometría PESO: 1750 kg Talla: 40 cm PC: 30 cm PT:27 CM PA26 cm SS: 24 cm PIE 6cm

Habitus exterior. Hospitalizada en el servicio Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del hospital Regional de Alta Especialidad, actualmente cursa con 24 días de nacida mismos de estancia hospitalaria. En cuna de calor radiante, nido de contención, en sueño fisiológico, posición decúbito supino, complexión delgada, facies normales, barandales elevados, monitorizada para signos vitales ya mencionados, presenta aleteo nasal y oxígeno indirecto FIO2 28%, manteniendo saturación de 98%.

Piel integra, delgada suave, ligeramente pálida pero hidratada, pocas venas visibles, fino lanugo en espalda, nevo simple.

Cabeza y cara. Cabeza normocéfala circular, fontanela bregmatica 3x3 cm, lambdaidea 1x1 normotensas, suturas afrontadas, cabello abundante, ligero vérnix caseoso. Cara simétrica afilada en relación a sus ojos, nariz y boca.

Ojos. Apertura ocular, espontanea, reacciona ante la luz, esclera normal, cejas poca cantidad, ausencia de nistagmus, estrabismo y tropias, buen reflejo pupilar y reflejo fotomotor, sin reflejo rojo presente.

Oídos. Pabellones firmes vuelve a su lugar cuando se pliega, de adecuada implantación y simétricos, conducto auditivo permeable, los ruidos le generan molestia.

Nariz. Permeabilidad de coanas sin secreciones, simétrica con ligero millium, hidratada

Boca. Labio y paladar integro poco hidratados, sin presencia de hendiduras, encías ligeramente pálidas, con frenillo y perlas de Epstein a la exploración, ausencia de succión y deglución.

Cuello y hombros. Cuello cilíndrico corto sin adenopatías, completamente móvil, hombros simétricos, lesiones ausentes.

Tórax. Normolíneo, simétrico, ausencia de estertores, ni sibilancias, movimientos torácicos coordinados. Mamas visibles, nódulo ligeramente palpable, ausencia de secreción hormonal, distancia normal entre pezones, presenta aleteo nasal, Silverman Anderson de 1 punto, con flujo indirecto de oxígeno al 28%.

Cardiovascular. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ni sibilancias, llenado capilar de 1 a 2 segundos. Pulsos femorales palpables normales, focos cardiacos de auscultación audibles sin alteraciones: foco aórtico segundos espacio intercostal derecho, pulmonar segundo espacio intercostal izquierdo, mitral quinto espacio intercostal izquierdo, tricúspide cuarto espacio intercostal izquierdo.

Abdomen. Con red venosa semigloboso depresible, redondeado simétrico, ausencia de hepatomegalia, hernia y anormalidades, cordón umbilical momificado.

Genitales. Fenotípicamente femeninos, labios mayores prominentes, sin alteraciones y ausencia de secreciones, ano permeable.

Dorso y columna vertebral. Integra sin presencia de malformaciones congénitas.

Extremidades. Integras, proporcionales, adecuado tono muscular, pulsos periféricos palpables, dedos normales.

Cadera. Simétrica en pliegues cutáneos, buen tono muscular, barlow y ortolani negativos.

Estado neurológico. Integro, molestia a la manipulación, reflejo de moro succión y presión plantar presente.

Valoración por requisitos universales de autocuidado

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Recién nacido femenino con discreto aleteo nasal, Silverman Anderson de 1 punto, a la exploración se encuentra con oxígeno indirecto, fio2 28% (presenta apnea de 85% y 70fc), recuperándose a estímulo táctil. Tórax con movimientos respiratorios simétricos, murmullo pulmonar presente, bilateral sin estertores o sibilancias. Posterior se registran signos vitales: Frecuencia cardíaca de 165 lpm y 60 rpm, oximetría de 98%, con cifras de T/A 58/35, llenado capilar de 1 a 2 segundos.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos

A la observación su piel se encuentra integra, delgada suave, ligeramente pálida pero hidratada, pocas venas visibles, fino lanugo en espalda, nevo simple, boca y labios rosados, paladar integro hidratados, sin presencia de hendiduras, encías ligeramente pálidas, con frenillo y perlas de Epstein a la exploración, ausencia de succión y deglución ausente con sonda orogástrica. Con control de líquidos totales basales en 150 ml/kg/día.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Sin reflejo de succión y deglución. Se brinda estímulo enteral de 1 ml de leche materna, posteriormente presenta residuo tipo biliar 1ml. Se difiere toma de leche, y se indica ayuno. Se coloca sonda oro gástrica calibre 10 a derivación, en la que vuelve a presentar 2 ml de residuo tipo biliar. (Se toma rx de control para verificar correcta colocación de sonda). Con soporte nutrición parenteral con aporte de 10.2 ml/hora. Ha mostrado incremento ponderal en las últimas

24 horas de 20 gr, alcanzando un peso hoy de 1620kg, talla de 41 cm, perímetro cefálico de 30 cm. Se toma glicemia capilar: 101 mg/dl. Abdomen con red venosa semigloboso depresible, no doloroso a la palpación profunda, se ausculta con peristalsis disminuida, redondeado simétrico, ausencia de hepatomegalia, hernia y anormalidades, cordón umbilical momificado, perímetro abdominal de 26 cm (24 horas antes se encontraba en 25 cm). Se toma radiografía y se aprecian mejor distribución de aire en asas intestinales aun con importante distensión.

4. Procesos de eliminación y excretas

Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores prominentes, sin alteraciones y ausencia de secreciones, ano permeable. Presenta orina sin olor, color amarillo claro, diuresis horaria de 3.9 ml/kg/hr, ausencia de evacuaciones, continua con distensión en abdomen. No evacua por lo que durante el pase de visita se realiza estimulación rectal resultando escasa salida de materia fecal de características normal sin moco y canalizando gases.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Se valoran reflejos primarios: succión ausente, deglución débil, reflejo de búsqueda, moro y presión palmar débiles, babinsky positivo.

En la escala de Brazelton lo encontramos en estado III de conciencia, somnoliento, nivel de actividad variable ojos abiertos y en momentos cerrados, expresión aturdida.

En cuanto a la teoría sinactiva el estado categoriza el nivel del sistema; vigilia, sueño, despertar, y llanto. En nuestra valoración se encuentra despierta, presentando cambios bruscos de dormida a despierta durante el turno, irritable, difícil de consolar. Determinando que son signos de estrés en el neonato.

6. Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.

La neonata fue planeada, deseada y aceptada por sus padres, todos los días recibe una visita familiar paterna, sin embargo, la madre se acerca con temor y expresa no saber manejar la situación; como tener contacto físico con su hija sin lastimarla, ya que por su trabajo no puede estar disponible en todas las visitas, por lo que ha recibido orientación por parte de enfermería acerca del servicio y dudas que presente. Se interrumpe método mamá canguro por la condición clínica de la neonata.

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

La patología y la prematuridad se consideran factores de riesgo para la vida del neonato. La madre no tiene conocimiento sobre los cuidados adecuados para su hija. Se encuentra en cuna de calor radiante, monitorizada, con ropa hospitalaria. Se proporciona baño, aseo de cavidades y aditamento como el nido de contención para dar posición, se brindan cambios de posición y cambios de pañal.

Actualmente con 26 días de estancia, se brindan medidas de seguridad como barandales elevados, a la exploración la encontramos con catéter PICC instalado el 22/09/19. Sin evidencia de infección. Factores ambientales como alarmas de monitor, luces encendidas que provocan molestia, ruidos del personal del servicio. Para valorar el dolor se utilizó la escala Susan Givens que contiene los siguientes signos conductuales; duerme durante la hora precedente, expresión facial de dolor, actividad motora espontánea, tono global, consuelo y llanto y signos fisiológicos como frecuencia cardíaca presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, valorando a nuestra recién nacida, obteniendo una puntuación de 5 puntos, presentando polipnea 67 rpm y taquicardia de 176 lpm y lloro presente a cualquier manipulación que tuvimos con la recién nacida.

8. **Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.** Cursando su vigésimo séptimo día de estancia, mismo de vida extrauterina, valorando su adaptación a la misma encontramos; motor grueso con postura fetal, moviendo todas las extremidades sin embargo incapaz de sostener la cabeza, en lenguaje se aprecian gemidos y reacciona al sonido, fija su mirada, pero la visión es confusa. Cuando llora se tranquiliza al consolarle, demuestra seudo sonrisa algunas veces. Encontramos que no es favorable su adaptación pues debido a su inmadurez y salud se mantiene irritable al manejo.

4.2 Etapa de Diagnóstico

Es la segunda fase que ayudó a razonar sobre problemas de salud que presento el recién nacido, y las que necesitaron la participación de enfermería con el objetivo de solucionarlo o disminuir el problema. Se encontraron 6 diagnósticos reales, 3 diagnósticos de riesgo. De esta manera proporciona una base para elegir las intervenciones y cuidados de enfermería que nos permitan alcanzar resultados.

Requisitos Universales	Déficit	Priorización
1.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Déficit en un aporte suficiente de aire r/c prematuridad m/p aleteo nasal, Silverman Anderson de 1, saturación de 85% y fc de 70.	1

2.Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos	Bienestar en el aporte adecuado de líquidos m/p piel bien hidratada, apropiado control de líquidos.	7
3.Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Alteración en la nutrición enteral R/c incapacidad para iniciar vía oral. m/p reflejo de succión ausente. Interrupción de lactancia materna r/c patrón de alimentación inmaduro m/p incapacidad para mantener buen agarre y succión coordinada. Riesgo de intolerancia a la vía oral r/c inicio tardío de la alimentación vía oral.	4
4.Procesos de eliminación y Excretas	Motilidad gastrointestinal disfuncional R/c inmadurez gastrointestinal m/p Peristalsis disminuida, distensión abdominal, residuo gástrico tipo biliar.	3
5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	Deterioro del confort r/c estímulos ambientales m/p alteración del patrón del sueño, irritabilidad, llanto. Riesgo de alteración de la temperatura corporal. r/c incapacidad para mantener eutermia y bajo peso.	5
6. Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.	Riesgo de deterioro del vínculo madre-hija r/c estancia hospitalaria	6
7. Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano.	Dolor moderado r/c manipulación excesiva m/p llanto al manipularla y taquicardia, escala de valoración Susan givens con 5 puntos.	2

	Riesgo de infección r/c alteración de las defensas y aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.	
8. Promotor a la normalidad	Disposición materna para mejorar los conocimientos sobre el cuidado de su RN M/P deseo de mejorar el aprendizaje	7

4.3 Etapa de Planeación

En esta fase solo se organizó de manera prioritaria las intervenciones a realizar con el fin de establecer que cuidados son los que van a prevenir, reducir o eliminar los problemas de salud encontrados, entre los objetivos más importantes destacan vigilar una oximetría dentro de parámetros normales con identificación oportuna, emplear técnicas que permitan disminuir y controlar el dolor del recién nacido, evitar infecciones que surgen en la UCIN y factores externos, continuar con vigilancia en el manejo de la eliminación y ayudar a restablecer el proceso de eliminación, administrar una nutrición parenteral adecuada, identificar los factores que indiquen intolerancia a la vía oral, facilitar el conocimiento sobre los cuidados del recién nacido a su madre, mejorar el estado de confort del neonato durante su estancia hospitalaria, contribuir de manera objetiva el vínculo madre hijo.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN,

Neonato pre terminó de 32 SDG y enterocolitis necrotizante estadio IIB.

TIPO DE INTERVENCIONES

Las intervenciones aplicadas al neonato fueron independientes ya que se buscó mejorar el estado de salud sin participación de otros profesionales. Tomando en cuenta los estudios de investigación como aportación para las intervenciones.

AGENCIA DE ENFERMERÍA

L.E. Ana Lessly Paloma Puente Mata.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE

Totalmente compensatorio

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Los sistemas de enfermería que se activaron fueron el totalmente compensatorio, ya que este se encarga de realizar el autocuidado terapéutico del neonato, compensa la incapacidad para conseguirlo lo apoya y protege.

4.4 Etapa de Ejecución

En esta fase se pone en práctica, todas las intervenciones y cuidados dirigidos a los problemas de salud del neonato, se lleva a cabo todo lo planeado mientras seguimos recogiendo datos y valorando, actualizar el plan de enfermería para confirmar nuevos problemas y eliminar los ya existentes.

Prescripción de cuidados

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
Diagnóstico de Enfermería: Déficit en un aporte suficiente de aire r/c prematuridad m/p aleteo nasal, Silverman Anderson de 1,		
Objetivo: Mantener una adecuada oximetría de pulso en el recién nacido con identificación inmediata de datos de dificultad respiratoria que precisa en el uso de oxigenación suplementaria a corto plazo, (durante el turno).		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Identificar signos de dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de signos vitales: frecuencia respiratoria, intensidad y ritmo. • Monitorizar la coloración de la recién nacida • Valoración frecuente de Silverman Anderson 	Signos progresivos de dificultad respiratoria inmediatos al nacimiento incluyen: taquipnea, quejido espiratorio, retracciones sub e intercostales, aleteo nasal y cianosis. ⁵⁰
Administrar oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la oximetría. • Aporte de O2 indicado al 28% 3 lts por minuto con termo gas. • Comprobar que el dispositivo de oxígeno se encuentre en la concentración correcta. 	El O2 debe ser monitorizado en los RN que reciben O2 suplementario, para evitar episodios de hipoxemia e hiperoxia, y además evitar el uso de O2 suplementario excesivo e indiscriminado. La oximetría de pulso (SpO), la cual mide la saturación de la hemoglobina unida al O2 y refleja el 98% del contenido de O2 arterial. Esta técnica no invasiva de monitorización proporciona datos que son continuos. ⁵¹
Brindar posición	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar Posición decúbito supino. 	En la revisión de 49 estudios sobre Cambios de posición para el

	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener levemente extendido el cuello. ● Rotar laminilla de pulsioxímetro cada dos horas. ● Aspiración de secreciones por razón necesaria. 	<p>síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos hospitalizados la posición en decúbito prono fue significativamente más beneficiosa que la posición en decúbito supino, en cuanto a la saturación de oxígeno, la presión parcial del oxígeno arterial, el índice de oxigenación, la sincronía toracoabdominal y los episodios de desaturación.⁵²</p>
<p>Evaluación: Se monitorizo a la recién nacida sin presentar desaturaciones , con adecuada coloración y llenado capilar de 2 segundos.</p>		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: .Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración de la temperatura corporal. r/c incapacidad para mantener eutermia y bajo peso.		
Objetivo: Mantener la temperatura corporal dentro de valores normales.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Manejo de cuna radiante	<ul style="list-style-type: none"> Colocar sensor de temperatura en hígado. Monitorizar temperatura. Mantener eutermia dentro de rangos. 	-Los RN> 29-30 semanas de EG (comparados con el grupo anterior) tienen mayor capacidad de aumentar o disminuir la producción de calor con objeto de mantener su temperatura corporal a pesar de las variaciones de temperatura de su entorno, pero igual tienen riesgo de alteraciones de la termorregulación. ⁵³
Evitar pérdidas de calor	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la piel libre de humedad. Calentar los objetos antes de que entren en contacto con la RN. Evitar corrientes de aire. Mantener los barandales de la cuna radiante arriba. 	La transmisión de calor se produce a través de 4 mecanismos; conducción, convección, evaporación y radiación. El conocimiento de estos mecanismos y efectuar las medidas para evitarlos permite proporcionar un ambiente térmico neutro. ⁵³
Evaluación: Se logra mantener una temperatura normal en la recién nacida y un ambiente neutro de la ucín.		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 7.- Prevención de los peligros para la vida y bienestar humano		
Diagnóstico de Enfermería: Dolor moderado R/C manipulación excesiva M/P Quejido y llanto a la manipulación, taquicardia y taquipnea, escala de valoración de Susan Givens con 5 puntos		
Objetivo: Utilizar técnicas no farmacológicas para controlar el dolor del recién nacido		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Mínima estimulación	<ul style="list-style-type: none"> • Agrupar las intervenciones a realizar. • Respetar el sueño/descanso de la recién nacida. • Respetar la hora de alimentación • Comprobar que las luces estén apagadas. • Limitar el ruido • Permitir la musicoterapia a un volumen adecuado. • Tomar a la recién nacida con delicadeza • Hablarle tranquilamente. • Valorar las constantes vitales • Emplear escala del dolor, (Susan Givens) • Succión no nutritiva. 	<p>Actualmente existen evidencias que apoyan la necesidad de poner en práctica intervenciones de tipo ambiental, conductual e incluso nutricional, con el objetivo de incrementar la comodidad y la estabilidad del neonato, así como reducir el grado de estrés del niño. Entre las medidas ambientales y de distracción, es fundamental la agrupación de tareas, para evitar estímulos repetidos al neonato, la limitación y selección, en lo posible, del tipo y momento del procedimiento, respetando el sueño y el momento de la alimentación del bebé. ⁵⁴</p>
Manejo no farmacológico		
Valorar y monitorizar síntomas de dolor.		
Evaluación: Con las intervenciones realizadas se logró disminuir el dolor del recién nacido a 2 puntos, por lo que se continuo con la evaluación del dolor, durante el turno.		

Nombre del paciente: A.E.R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 7.- Prevención de peligros para la vida y bienestar humano		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección r/c alteración de las defensas y aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.		
Objetivo: Evitar infecciones que se pueden dar por los procedimientos invasivos dentro de la UCIN		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Controlar el riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ● Lavado de manos ● Mantener un entorno limpio ● Mantener la zona libre de humedad ● Mantener técnicas de aislamiento ● Realizar los procedimientos invasivos con medidas de asepsia y antisepsia. 	Existen múltiples evidencias que demuestran que el uso correcto de medidas higiénicas disminuye la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales desde el siglo XIX. Por otro lado, Florence Nightingale afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas, éstos son: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Su teoría se centró más en el ambiente y a un entorno saludable, como un aspecto necesario para aplicar los cuidados adecuados de enfermería. En 1855, se logró reducir la mortalidad por infecciones de 42 al 2%. ⁵⁵
Monitorizar datos de infección	<ul style="list-style-type: none"> ● Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada 	La infección nosocomial asociada a catéter central representa un desafío creciente en la Unidades

	<ul style="list-style-type: none"> ● Notificar cualquier síntoma de alerta. ● Utilizar preferente un apósito estéril transparente para vigilar posibles complicaciones como infección. ● Realizar curación del catéter por lo menos una vez por semana. 	<p>de Neonatología, un problema siempre presente que ha ido aumentando y haciéndose más complejo, aunado a que se atiende a niños cada vez más inmaduros que son especialmente vulnerables a los gérmenes y, además, se utilizan procedimientos tecnológicos avanzados que son en muchas ocasiones nuevas fuentes de entrada para infecciones. Por lo que se recomienda:</p>
<p>Manejo correcto del catéter</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambiar el apósito si se humedece, se desprende o ensucia visiblemente. ● Utilizar una gasa absorbente no adherente con apósito transparente, cuando el sitio de inserción está sangrando o drenando o cuando el paciente está diaforético. ● Fijar adecuadamente el catéter ● Cubrir el catéter cuando se bañe al recién nacido. ● Evitar aplicar antibióticos tópicos en el sitio de inserción. ● Dolor, eritema presencia de fiebre o distermias, escalofríos, diaforesis, pilo erección, leucocitosis sin 	<p>En todos aquellos pacientes que se haya diagnosticado una infección de tipo nosocomial relacionada a catéter central, llevar a cabo un protocolo de estudio y seguimiento para poder aislar al germen causal y brindar tratamiento adecuado. Realizar difusión sobre la importancia de la medicina preventiva, como la técnica de lavado de manos, manejo de catéteres que incluye técnicas de colocación, manipulación, curación y retiro de catéter. Adiestrar al personal a cargo del paciente con catéter central para disminuir el riesgo de infección nosocomial. Enfatizar el uso de catéter percutáneo,</p>

	foco infeccioso a distancia	puede tener más beneficios y menos complicaciones ⁵⁶
Evaluación: Su cumplimiento con protocolo de asepsia y antisepsia logrando que el catéter permaneciera adecuado para su uso.		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 4.- Proceso de eliminación y excretas		
Diagnóstico de Enfermería: Motilidad gastrointestinal disfuncional R/c inmadurez gastrointestinal m/p Perístalsis disminuida, distensión abdominal, residuo gástrico tipo biliar.		
Objetivo: Mantener una vigilancia del patrón de eliminación para ayudar a restablecer el proceso de eliminación de excretas.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Manejo de la motilidad disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar si hay peristaltismo ● Medir perímetro abdominal pre y postprandial ● Valorar presencia de masas fecales ● Valorar presencia o ausencia de ruidos intestinales. ● Evaluar la presencia de dolor a la palpación abdominal. ● Realizar masaje abdominal. 	La distensión abdominal en los bebés que muestran signos de tener asas intestinales visibles o palpables es un indicador de que tienen una pobre motilidad gástrica, constipación o excesos de «gases» y con menor frecuencia indican la presencia de otras patologías como la enterocolitis necrosante, o bien, obstrucción intestinal. ⁵⁷
Instalar sonda oro gástrica	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar si está bien colocada. ● Monitorizar drenaje. ● Cuantificar drenaje de la sonda. ● Valorar características. 	
Monitorizar aporte de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuantificar Ingresos y egresos. ● Monitorizar la eliminación urinaria. 	
Evaluación: Permaneció bajo vigilancia el peristaltismo intestinal, estando ausente durante su valoración, se continuo con la medición de perímetro abdominal verificando que seguía distendido durante todo el turno.		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
Diagnóstico de Enfermería Alteración en la nutrición enteral R/c incapacidad para iniciar vía oral. m/p reflejo de succión y deglución ausente.		
Objetivo: Proporcionar una nutrición adecuada a través de una vía parenteral para mantener un equilibrio nutricional.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Soporte nutricional NPT.	<ul style="list-style-type: none"> ● Verificar datos correctos del paciente. ● Comprobar que los requerimientos sean los correctos. ● Mantenerla en adecuada temperatura 	Las intervenciones con nutrición precoz y mayor aporte de proteínas han documentado: reducción de la RCPN, mejor crecimiento craneano, mejor talla y mejor desarrollo evaluado a los 2 y a los 5 años. ⁵⁸
Proporcionar una nutrición adecuada para favorecer el crecimiento y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar aporte nutricional. ● Peso diario c/24 horas ● Llevar registro del peso. ● Tomar medidas antropométricas ● Vigilancia y medición del gasto oro gástrico. ● Monitorizar la glucemia del neonato. 	
Seguridad en la administración	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorizar aporte nutricional. ● Peso diario c/24 horas ● Llevar registro del peso. ● Tomar medidas antropométricas ● Vigilancia y medición del gasto oro gástrico. ● Vigilar la glucemia del neonato. 	
Evaluación: Se colocó con técnica estéril la NPT con recambios cada 24 horas y equipo de infusión específico sin presentarse anomalías en la alimentación parenteral durante la estancia.		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de intolerancia a la vía oral R/C inicio tardío de alimentación de la vía oral, ayuno prolongado, distensión abdominal, estreñimiento.		
Objetivo: Determinar los factores que indiquen intolerancia a la vía oral durante el turno.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Monitorizar durante las tomas	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar signos vitales: frecuencia respiratoria/ frecuencia cardiaca. • Medir temperatura corporal • Vigilar coloración. 	Un estudio que examinó el riesgo de intolerancia alimentaria cuando la vía oral se inició en las primeras 72hs de vida mostró que, con cada hora de retraso en la alimentación enteral la probabilidad de intolerancia alimentaria incrementaba. Se espera que durante la primera semana de vida ocurra una pérdida del 5% al 15% del peso al nacer, éste debe recuperarse 10 a 14 días después del nacimiento. La velocidad de crecimiento intrauterino es de aproximadamente 15 gr/kg/día. Se recomienda que durante la hospitalización se evalúe: <ul style="list-style-type: none"> • Peso diariamente (se espera ganancia de 15 gr/kg/día) • Talla semanalmente (se espera crecimiento de 0.8cm a 1 cm por semana) • Perímetro cefálico semanalmente (se espera crecimiento de
Monitorizar la ingesta nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Medir Perímetro abdominal. • Peso diario. • Talla cada semana • Vigilar tolerancia a la vía oral (regurgitación). • Aporte nutricional adecuado. 	
Monitorizar la tolerancia de la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar distensión abdominal. • Vómitos. • Valorar el abdomen. • Medición pre y pos pandrial de abdomen. • Medir residuo gástrico cuando sea necesario. 	

		<p>0.5 a 0.8 cm semanal). En niños prematuros sin signos de enfermedad gastrointestinal, el perímetro abdominal después de la alimentación puede variar hasta 3.5 cm. Se recomienda medir el perímetro abdominal y el residuo gástrico en los siguientes casos: Vómitos persistentes o en aumento, vómitos teñidos de sangre, vómitos en proyectil, distensión abdominal persistente o en aumento.⁶⁰</p>
<p>Evaluación: Durante el turno se mantuvo monitorizada, sin embargo, presento residuo gástrico tipo biliar, durante la última toma, notificando a médico.</p>		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 3- Déficit en el aporte de alimentación		
Diagnóstico de Enfermería: Interrupción de lactancia materna r/c patrón de alimentación inmaduro m/p incapacidad para mantener buen agarre y succión coordinada.		
Objetivo: Dar continuidad a una lactancia materna eficaz.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Educar a la madre sobre la lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Maneras de extraerse en casa ● Tipo de envase para almacenarla. ● Identificar las tomas. ● Tiempos de conservación en refrigeración. ● Beneficios de la leche materna. 	El contacto piel con piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor, y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna. La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, lo que proporciona calor al recién nacido. La oxitocina antagoniza el efecto de la lucha/huída, lo que reduce la ansiedad materna, y aumenta la tranquilidad y la receptividad social. ⁶⁰
Favorecer el contacto piel a piel	<ul style="list-style-type: none"> ● Colocar a la RN en decúbito en el torso de la madre. ● Permitir por lo menos una hora de contacto. ● Brindar la confianza y orientar sobre los beneficios de la técnica piel a piel. 	
	.	
Evaluación: La madre logra extraerse leche y se capacito para la correcta conservación durante la estancia de su recién nacida.		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 8.- Promotor a la normalidad		
Diagnóstico de Enfermería: Disposición materna para mejorar los conocimientos sobre el cuidado de su RN M/P deseo de mejorar el aprendizaje		
Objetivo: Facilitar el aprendizaje de la madre sobre los cuidados de su recién nacido y así saber manejar la situación de salud.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Apoyo educativo	<ul style="list-style-type: none"> ● Valorar el nivel de conocimiento. ● Explicar los protocolos de la UCIN ● Invitarla al grupo de apoyo de neuro-desarrollo/psicología ● Animarla a resolver sus dudas. 	Según una investigación realizada por Guerra, a través de las experiencias y vivencias de los padres de neonatos hospitalizados, una de las categorías más importante que los padres identificaban de la comunicación es la asertiva. La comunicación asertiva se convierte en una herramienta fundamental del cuidado de enfermería. Hay que interactuar asertivamente con los padres de los neonatos, reconocerse y reconocerlos a ellos como personas, escucharlos, tener empatía y así poder generar una confianza demostrando un buen cuidado del neonato. ⁶⁰ El desconocimiento de los padres destaca el interés para participar en el
Permitir el rol de cuidador durante la visita	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicar sobre los cuidados básicos de su recién nacida. ● Permitir que ella realice los cuidados (cambio de pañal, vigilancia de datos de alarma, baño). ● Brindar información sobre las alarmas del monitor. 	
Reforzar la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> ● Fomentar el apego materno. ● Facilitar la lactancia materna. ● Incentivar la participación de la madre. ● Brindarle seguridad en el contacto físico. 	

		<p>cuidado de su bebé, de modo que contribuirá a obtener una atención de salud calificada y humanizada, prestándoles apoyo, asesoramiento y recursos necesarios para afrontar la nueva situación.⁶⁰</p>
<p>Evaluación: Durante la visita se explicó toda la información para facilitar el cuidado de su recién nacido, durante 3 visitas consecutivas se logró la seguridad de la madre para tocar e identificar anomalías en su recién nacido.</p>		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 5.-Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo		
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del confort R/C estímulos ambientales M/P alteración del patrón del sueño, somnoliento, nivel de actividad variable irritabilidad, llanto expresión aturdida, difícil de consolar.		
Objetivo: Determinar las fuentes de incomodidad y mejorar el estado de confort del neonato mediante la eliminación de ruido y la mínima estimulación.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Implementar medidas de confort	<ul style="list-style-type: none"> ● Brindar cambios de posición ● Proporcionar nido de contención. ● Proporcionar soporte ventral 	Los objetivos del cuidado postural del bebé prematuro son: recogerlo en flexión y estimular la flexión activa del tronco y extremidades, de tal manera que facilitemos la actividad mano-boca. También es aconsejable mantener este grado de flexión, utilizando nidos que proporcionan límites (contención) y posibilitan mayor autorregulación y capacidad para tranquilizarse. ⁶¹
Favorecer el macro ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Colocar protección ocular ● Colocar protección de oídos. ● Cubrir la incubadora de la luz. ● Reducir o controlar el ruido, no mayor a 40 decibeles. ● Evitar el cumulo de personas en la UCIN. 	Siguiendo la línea de los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD), las técnicas de mínima manipulación son una forma de disminuir el estrés y sufrimiento de los RN ingresados, y favorecer así su desarrollo neurológico y emocional, manteniendo el mayor tiempo posible las condiciones óptimas más similares al útero materno. ⁶²
Aplicar protocolo de mínima estimulación	<ul style="list-style-type: none"> ● Establecer horarios para la manipulación ● Observar y pensar antes de tocar. 	El confort neonatal favorece funciones fisiológicas como la respiración, la regulación de la temperatura, la alimentación y la

	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitar manipulaciones largas y sobrecarga de estímulos. ● Realizar las manipulaciones entre 2 personas. ● Evitar manipulaciones innecesarias y que contribuyan al riesgo de infección. ● Proporcionar cuidados individualizados acordes a sus necesidades y no hacerlo de forma rutinaria. ● Comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al neonato. ● La duración de los procedimientos debe limitarse a un máximo de 15 minutos. ● Cerrar incubadora suavemente. 	<p>eliminación; además, tiene efectos positivos en el patrón de comportamiento, aumenta la ganancia de peso, la regulación de la actividad motora beneficia los ciclos de sueño y vigilia, mejora el ritmo cardíaco y la saturación de oxígeno.⁶³</p>
<p>Evaluación: Se identificaron las fuentes de incomodidad aplicando mínima estimulación, control de luces, ruidos de alarmas, logrando un confort ideal en la recién nacida.</p>		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 6.- Mantenimiento de equilibrio entre soledad e interacción social.		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de vinculación madre e hija R/C estancia hospitalaria M/P no tener contacto físico con su recién nacida, expresa temor a estar cerca de su bebé.		
Objetivo: Contribuir a mejorar el conocimiento y la relación del binomio recién nacida madre		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Educación de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre los cuidados de un bebe prematuro • Indicar como tocar a su bebe 	Ginovart sostiene que los padres son el pilar fundamental del desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado de los RN mejora su pronóstico.
Permitir método mama canguro	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apego materno, mamá canguro. • Fomentar el apego entre padres e hijo • Indicar a los padres las características y habilidades del recién nacido. • Facilitar la atención que requiere para realizar la técnica. • Brindar información de la técnica, beneficios que causa. • Brindar su espacio para mejorar su confianza. • Capacitar a la madre para manejar a su recién nacida. • Realizar la técnica constantemente. 	Perapoch señalan que la práctica del Método Canguro es uno de los instrumentos más valiosos disponibles, para aumentar los estímulos positivos que puede recibir el RN inmaduro en la mejora de su desarrollo. Además, y no menos importante, favorece el vínculo de los padres con sus hijos y el conocimiento mutuo, e incrementa la confianza y el grado de competencia de los padres. ⁶⁴
Promover la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Adiestrar a la madre en la 	

	<p>técnica de extracción de leche.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Convencer sobre los beneficios. ● Educar sobre como almacenar la leche materna. ● Prevenir sobre los inconvenientes que resultan de la técnica. 	
<p>Evaluación: La madre demuestra confianza y seguridad en su acercamiento con su hija, tras la orientación brindada por enfermería.</p>		

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos.		
Diagnóstico de Enfermería: Bienestar en el aporte adecuado de líquidos m/p piel bien hidratada, apropiado control de líquidos.		
Objetivo: Mantener adecuado estado de hidratación		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Gestión de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de hidratación. La humedad de las membranas mucosas. • Monitorizar frecuencia cardiaca y tensión arterial. • Toma y valoración de electrolitos. 	Para realizar una vigilancia adecuada de la hidratación del recién nacido prematuro debemos considerar: Peso corporal (si la condición del RNP lo permite) cada 8, 12 o 24 horas Diuresis horaria Balance de líquidos (ingresos-egresos) cada 8, 12, 24 horas (si la condición del RNP lo permite) Glucosa en orina Densidad urinaria, Presión arterial continua Electrolitos séricos cada 24 horas, mientras se encuentre con aporte intravenoso exclusivo o hasta su corrección si han estado alterados. ⁶⁹
Balance hídrico estricto.	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar ingresos y egresos, diuresis horaria. • Perdidas de estoma. 	Medir: diuresis, pérdidas extra renales, pérdidas insensibles (Las pérdidas insensibles no se pueden medir directamente, se estiman de acuerdo al balance del día anterior, tomando en cuenta factores que lo pueden modificar como: cuna radiante, fototerapia, etc.) Para efectuar un balance hidroelectrolítico, además de considerar el peso, los ingresos y egresos cuantificables, es necesario tener en cuenta signos clínicos y pruebas de laboratorio. La diuresis

		promedio en el recién nacido es de 2-5 ml/kg/hora. ⁶⁶
Control y seguimiento de la nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que los requerimientos sean óptimos. • Control del peso. 	<p>El momento de mayor pérdida de peso después del nacimiento, depende del peso al nacimiento:</p> <p>Recién nacidos con peso al nacimiento superior a 2000 gr la mayor pérdida de peso se presenta entre los días 3 y 4</p> <p>Recién nacidos con peso entre 1500-2000 gr la mayor pérdida de peso se presenta entre los días 4 y 6</p> <p>Recién nacidos con peso menor de 1000 gr la mayor pérdida de peso se presenta entre los días 9 y 13. Pérdidas gastrointestinales en condiciones normales son escasas en los recién nacidos de bajo peso en los primeros días de vida: 5-10 ml/kg/día; adquieren gran importancia en presencia de diarrea, estomas nasogástrica.⁶⁹</p>
Evaluación: Se registra un buen control de líquidos, se verifican resultados de laboratorios dentro de valores normales.		

4.5 Etapa de Evaluación

Es la última etapa del proceso atención de enfermería como su nombre lo indica mide los resultados o en este caso las actividades realizadas en la RN, emitiendo una respuesta de eficacia o efectividad

Se monitorizo a la recién nacida sin presentar desaturaciones, con adecuada coloración y llenado capilar de 2 segundos. logrando mantener una temperatura normal y un ambiente neutro de la UCIN. Se mantuvo monitorizada, sin embargo, presento residuo gástrico tipo biliar, durante la última toma, notificando a médico, permaneció bajo observación el peristaltismo intestinal, estando ausente durante su valoración, se continuo con la medición de perímetro abdominal verificando que seguía distendido durante todo el turno. Se colocó con técnica estéril la NPT con recambios cada 24 horas y equipo de infusión específico sin presentarse anomalías en la alimentación parenteral durante la estancia. También se registró un buen control de líquidos, se verifican resultados de laboratorios dentro de valores normales. Se cumplió con protocolo de asepsia y antisepsia logrando que el catéter permaneciera adecuado para su uso. Se identificaron las fuentes de incomodidad aplicando mínima estimulación, control de luces, ruidos de alarmas, logrando un confort ideal, con las intervenciones realizadas se logró disminuir el dolor del recién nacido a 2 puntos. Se brinda educación a la madre para facilitar el cuidado de su recién nacida, así como también capacitación en lactancia materna. La madre demuestra confianza y seguridad en su acercamiento con su hija, tras la orientación brindada por enfermería.

4.6 Seguimiento

1ª Valoración 24/10/19

Se realizó una segunda valoración al finalizar el periodo de prácticas en donde la recién nacida continuaba hospitalizada en la Unidad de cuidados intensivos neonatales, cabe mencionar que el 16 de octubre había sido intervenida, por lo que seguía en tratamiento, siendo post operada de colostomía, y observando su evolución durante su estancia se tomó relevancia en los siguientes aspectos.

Signos vitales:

FC:160 lpm FR:50 rpm TA: 61/30 TEMP 37°

Antropometría

PESO: 2050 kg TALLA: 43 cm PC:32 cm PT: 28 CM PA 26cm SS:24.5 cm PIE 6 cm

VALORACION POR REQUISITOS

➤ **Requisito 7. PREVENCIÓN DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO.**

La neonata está expuesta a ciertos factores de riesgo que pueden dañar su estabilidad como lo son los ruidos y las luces, y riesgo de infección en la UCIN, pero se está trabajando en ello desde su ingreso. Mantiene catéter PICC instalado en antebrazo derecho, manejado con técnica estéril. Recibe baño de esponja y aseo de cavidades, utilizando nido de contención.

Se valora la escala de Susan Given mostrando signos favorables durmiendo más de 10 minutos, calmada relajada, actividad motora mínima pero normal, logramos consolar en un minuto, frecuencia cardíaca y tensión arterial dentro de la normalidad, saturación de oxígeno adecuada. Concluimos que a la exploración no demuestra signos de dolor.

Aunque cabe mencionar que la madre no cuenta con los conocimientos suficientes para brindar los cuidados a su bebé, por lo cual ella refiere estar preocupada y con temor porque no sabe cómo cuidar la colostomía de su hija.

Prescripción de cuidados

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 7.- Prevención de peligros para la vida y bienestar humano		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos, inserción de catéter percutáneo.		
Objetivo: Evitar infecciones que se pueden dar por los procedimientos invasivos dentro de la UCIN		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Controlar el riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos ➤ Mantener un entorno limpio ➤ Mantener la zona libre de humedad ➤ Mantener técnicas de aislamiento ➤ Realizar los procedimientos invasivos con medidas de asepsia y antisepsia. ➤ Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada ➤ Notificar cualquier síntoma de alerta. 	Existen múltiples evidencias que demuestran que el uso correcto de medidas higiénicas disminuye la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales desde el siglo XIX. Por otro lado, Florence Nightingale afirmó que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas, éstos son: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz. Su teoría se centró más en el ambiente y a un entorno saludable, como un aspecto necesario para aplicar los cuidados adecuados de enfermería. En 1855, se logró reducir la mortalidad por infecciones de 42 al 2%. ⁵⁴
Manejo correcto del catéter.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar preferente un apósito estéril transparente para vigilar posibles 	La infección nosocomial asociada a catéter central representa un desafío creciente en la Unidades de Neonatología, un problema siempre presente

	<p>complicaciones como infección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar curación del catéter por lo menos una vez por semana. ➤ Cambiar el apósito si se humedece, se desprende o ensucia visiblemente. ➤ Utilizar una gasa absorbente no adherente con apósito transparente, cuando el sitio de inserción está sangrando o drenando o cuando el paciente está diaforético. Fijar adecuadamente el catéter ➤ Cubrir el catéter cuando se bañe al recién nacido 	<p>que ha ido aumentando y haciéndose más complejo, aunado a que se atiende a niños cada vez más inmaduros que son especialmente vulnerables a los gérmenes y, además, se utilizan procedimientos tecnológicos avanzados que son en muchas ocasiones nuevas fuentes de entrada para infecciones. Por lo que se recomienda: En todos aquellos pacientes que se haya diagnosticado una infección de tipo nosocomial relacionada a catéter central, llevar a cabo un protocolo de estudio y seguimiento para poder aislar al germen causal y brindar tratamiento adecuado. Realizar difusión sobre la importancia de la medicina preventiva, como la técnica de lavado de manos, manejo de catéteres que incluye técnicas de colocación, manipulación, curación y retiro de catéter. Adiestrar al personal a cargo del paciente con catéter central para disminuir el riesgo de infección nosocomial.</p>
<p>Vigilar datos de infección</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitar aplicar antibióticos tópicos en el sitio de inserción. ➤ Dolor, eritema presencia de fiebre o distermias, escalofríos, diaforesis, pilo erección, leucocitosis sin foco infeccioso a distancia. 	<p>Enfatizar el uso de catéter percutáneo, puede tener más beneficios y menos complicaciones⁵⁵</p>

Evaluación: El catéter se mantuvo libre de datos de infección y con fácil acceso para su funcionamiento.

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 7.- Prevención de peligros de la vida y bienestar humano		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C evacuaciones en contacto con la piel, constante humedad en zona circundante.		
Objetivo: Mantener la piel del neonato integra utilizando medidas de prevención que disminuyan el riesgo de lesiones e infecciones.		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Cuidados de la piel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar limpieza de forma cuidadosa con movimientos circulares del centro a la periferia. ➤ Secar bien la piel periestomal mediante suaves toques. ➤ Aplicar gasas vaselinizadas sobre la estoma ➤ Usar gasas absorbentes para la recogida del efluente mientras se realiza cambio de bolsa ➤ Observar y tratar la presencia de alteraciones de la piel: eritema, pliegues, depresiones, heridas adyacentes 	La piel está acondicionada para anular, tolerar o minimizar las agresiones ambientales, pero no está preparada para hacer contacto con los fluidos y secreciones internas que puedan salir por una estoma. De aquí parte la importancia de dar a esta piel unos cuidados adecuados. ⁶⁴
Cuidados de la estoma	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar la estoma: Color, Diámetro, Forma, Permeabilidad 	

	<p>Estructura (normal, alineado, prolapsado y retraído), presencia de sangre, presencia de edema, Presencia de úlceras, laceraciones u otras lesiones, integridad de la unión mucocutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar limpieza mediante suaves movimientos con gasa húmeda. ➤ Mantener cubierta con gasa vaselinada con mínima cantidad para que no interfiera con la adherencia. 	
<p>Evaluación: La piel se encuentra íntegra y libre de infección.</p>		

2ª Valoración Focalizada

25 octubre 2019

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

La adaptación de la neonata actualmente ha sido favorable ya que está respondiendo de manera satisfactoria su tratamiento, a pesar de la prematurez y los problemas relacionados que estos le ocasionaron ha mostrado reflejos normales, mueve todas las extremidades, reflejo de presión y moro presente, reacciona al sonido, cuando llora se calma al consolarla, fija su mirada de vez en cuando con su madre, comienza a succionar de manera fuerte.

De acuerdo al peso al nacimiento según Jurado García considera peso bajo para edad gestacional. La ganancia ponderal se evaluaba cada 7 días manteniéndose un aproximado de 10gr/kg/día, estando bajo a lo esperado a un recién nacido prematuro hospitalizado según la guía de práctica clínica 2015 el cual debería ser para un adecuado crecimiento de 15-20 gr/kg/día.

Aunque cabe mencionar que la madre no cuenta con los conocimientos suficientes para brindar los cuidados a su bebé, por lo cual ella refiere estar preocupada y con temor porque no sabe cómo cuidar la colostomía de su hija.

Nombre del paciente: A.E. R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 8.- Promotor a la normalidad		
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de retraso en el crecimiento y desarrollo R/C peso bajo para edad gestacional, ganancia ponderal negativa		
Objetivo: Ejecutar los cuidados que contribuyan a impulsar el crecimiento y desarrollo del neonato		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Valoración del neonato	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar Peso y talla diariamente y registrarlo. ➤ Medir perímetro cefálico ➤ Utilizar curvas de crecimiento para comparar la antropometría del neonato. 	La OMS ha recomendado el empleo de las curvas de crecimiento de Fenton growth chart para neonatos pretérmino hasta la semana de gestación 50, que incluyen los indicadores de peso, longitud y perímetro cefálico. Un adecuado patrón de crecimiento en los primeros años de vida es fundamental para garantizar un normal desarrollo neurossensorial. Para la valoración de crecimiento debe realizarse mediante el peso, longitud y perímetro cefálico hasta los 24 meses de edad, utilizando la edad gestacional corregida hasta los 2 años para todos los parámetros referidos. 65
Integrar a los padres en los cuidados del neonato pre termino	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar el apego materno y contacto piel a piel 	Cada bebé es único y por tanto su crecimiento y

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aconsejar lactancia materna exclusiva ➤ Instruir a los padres para que identifiquen oportunamente cualquier anomalía. ➤ Ayudar a establecer una interacción entre los padres y el hijo para aumentar el vínculo afectivo. ➤ Exhortar su participación en las terapias de estimulación temprana y neuro desarrollo. 	<p>desarrollo también lo es. Todos los bebés siguen el mismo orden en su evolución, pero cada uno lleva su ritmo. El contacto físico, la relación piel con piel, la mirada mutua, hablarle, sonreírle, alzarle estimula su desarrollo. Es fundamental atender las necesidades afectivas de los bebés y niños en los primeros años de su vida, ya que condicionará el progreso de su personalidad, de su afectividad y su desarrollo cognitivo.⁶⁶</p>
<p>Evaluación: Se evalúa desarrollo y crecimiento y se logra integrar a los padres en los cuidados del recién nacido.</p>		

Nombre del paciente: A.E.R		Fecha: octubre 2019
Requisito de autocuidado: 8.- Promotor a la normalidad		
Diagnóstico de Enfermería: Disposición de la madre para adquirir nuevos conocimientos que mejoren el cuidado de su bebé M/P expresa preocupación por los cuidados a realizar, disposición de aprender sobre la patología de su hija.		
Objetivo: Capacitar a la madre en los cuidados posteriores al egreso de la recién nacido con múltiples comorbilidades a fines a la prematurez		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación científica
Enseñanza a la madre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mantener a la madre informada sobre los procedimientos realizados a su bebe. ➤ Enseñar a identificar signos de alarma. ➤ Proporcionar información (trípticos, folletos) para consultar. ➤ Dar retroalimentación. 	La realización de una estoma en un paciente pediátrico conllevará una gran ansiedad en los padres, así como unos cuidados especializados dada la vulnerabilidad de la piel de los niños de corta edad. ⁶⁴
Fomentar la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La madre deberá observar para realizar el procedimiento. ➤ Asistirla para darle seguridad. ➤ Mantener la paciencia ➤ Resolver sus dudas ➤ Intervenir solo cuando lo necesite. ➤ Aumentar el trato terapéutico. 	El estrés y la depresión de padres y madres son algunos de los aspectos más frecuentemente observados y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al niño. De allí surge la necesidad de asistir de manera integral a los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN, por medio de la relación terapéutica efectiva en

		la cual se abren mayores expectativas de vida. ⁶⁷
Evaluación: Se brindó a la madre educación para la salud referente a los cuidados de la recién nacida prematura, haciendo énfasis en el manejo del paciente ostomizado y la invitación al seguimiento para la estimulación y rehabilitación del neurodesarrollo.		

CAPITULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El principal objetivo de este estudio de caso fue elaborar un plan de cuidados individualizada que compensara sus déficits para mejorar su estado de salud, fue todo un desafío tanto personal como en equipo, que, gracias al gran avance científico y la investigación nos brinda el recurso para estar capacitada y conocer el manejo de este.

Las evaluaciones de cada plan demuestran que los cuidados especializados a neonatos son necesarios y garantizan una mejor atención. Por lo cual la enfermera debe estar preparada para ello, conocer la condición de salud y fundamentar científicamente los cuidados para cada paciente, aunque el recién nacido continuó hospitalizado las intervenciones empleadas alcanzaron resultados favorables, ya que se vio la evolución brindando los cuidados con calidad, y a su vez durante el proceso me lleno de habilidades y conocimiento. Es un reto el poder atender esta población en particular, la demanda de neonatos enfermos es cada vez más alta, por eso enfermería siempre debe ir un paso más adelante preparada y siempre sabiendo que atención va a proporcionar. Es satisfactorio el conocimiento adquirido y la experiencia de haber aprendido.

5.2 Recomendaciones

Sugiero que el cuidado brindado a los neonatos sea siempre trabajando en equipo forjándonos para minimizar los errores o eventos adversos que podamos provocar, sigamos el profesionalismo y la aplicación de un pensamiento crítico sistemático como lo es el Proceso de atención de Enfermería. Constantemente investigar, leer y actualizarnos, el conocimiento brinda herramientas que permiten alcanzar el éxito en este caso permitió lograr los objetivos planteados.

REFERENCIAS

1. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1): S2. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S2>
2. Por problemas de salud en las mamás, aumenta el nacimiento de bebés prematuros en el imss [Internet]. Gob.mx. [citado 30 enero 2023] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179>
3. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. World Health Organization. Geneva, 2012. [/apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf)
4. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE, Born Too Soon Preterm Birth Action Group. Born too soon: preterm birth matters. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1(S1) (2013). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S1>.
5. Intervenciones de Enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. Guía de evidencia y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENTEC; 2013. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-645-13/ER.pdf>
6. Prevención, diagnóstico y tratamiento del parto pre término. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; 2017. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-063-08/ER.pdf>
7. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(3):399- 404. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
8. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. Accessed 29 January 2022. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
9. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic

- analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106-15. doi:10.1016/S2352-4642(21)00311-4
10. León Román C.A. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev. Cubana Enfermer*. 2006 Dic; 22(4). [citado 2022 Ene 27] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
 11. Escalona Gutiérrez P. Enterocolitis necrotisante. *Rev. Méd. Sinerg*. 2018;3 (4):3 -8. [citado 25 marzo 2022]Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/119>
 12. Juárez Rodríguez PA, García Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev. Enferm Imss* 2009;17(2):113-115. [citado 25 abril 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975#:~:text=El%20cuidado%20de%20los%20pacientes,la%20relaci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica%20enfermera%2Dpaciente.>
 13. Müller M. J. Paul T. & Seeliger, S. (2016). Necrotizing enterocolitis in premature infants and newborns. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 9(3), 233–242. doi: 10.3233/NPM-16915130.
 14. Niño D. Sodhi C. Hackam, D. Necrotizing enterocolitis: new insights into pathogenesis and mechanisms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016; 13, 590–600. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2016.119>
 15. Tao, J., Mao, J., Yang, J. *et al*. Effects of oropharyngeal administration of colostrum on the incidence of necrotizing enterocolitis, late-onset sepsis, and death in preterm infants: a meta-analysis of RCTs. *Eur J Clin Nutr*.2020; **74**, 1122–1131 <https://doi.org/10.1038/s41430-019-0552-4>
 16. Pammi M, Suresh G. Enteral lactoferrin supplementation for prevention of sepsis and necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 28;6(6):CD007137. doi: [10.1002/14651858.CD007137.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD007137.pub5)
 17. Rolnitsky A. Ng E. Asztalos, E. Shama Y. Karol, D., et al. A Quality Improvement Intervention to Reduce Necrotizing Enterocolitis in premature infants with Probiotic Supplementation. *Pediatric Quality and Safety*. 2019; 4(5), e201. doi [10.1097/pq9.0000000000000201](https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000201)

18. Naberhuis J, Wetzel C, Tappenden KA. A Novel Neonatal Feeding Intolerance and Necrotizing Enterocolitis Risk-Scoring Tool Is Easy to Use and Valued by Nursing Staff. *Adv Neonatal Care.* 2016 Jun;16(3):239-44. doi: [10.1097/ANC.0000000000000250](https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000250)
19. Gregory K. E. DeForge Ch. E. Natale, K. M. Phillips, M. Van Marter, L. J. Necrotizing Enterocolitis in the Premat Infant. *Advances in Neon Care.* 2011; 11(3), 155–164. DOI: [10.1097/ANC.0b013e31821baaf4](https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e31821baaf4)
20. Rodriguez, J. Jordan S. Mutic A. & Thul, T. The Neonatal Microbiome. *MCN, The Am J of Matern Child Nurs.* 2017; 42(6), 332–337. doi: [10.1097/NMC.0000000000000375](https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000375)
21. Gathara D, Serem G, Murphy G. et al. Missed nursing care in newborn units: a cross-sectional direct observational study. *Rev. BMJ Qual Saf.* 2019; 29 (1): 19–30. doi:[10.1136/bmjqs-2019-009363](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009363)
22. Ramírez Contreras C. Magaña López G. Soporte nutricional enteral como prevención de la Enterocolitis Necrotizante en neonatos pretérmino. *Rev Med MD.* 2011;2.3(3):150-154.
23. Naranjo Hernández Y. Modelos Meta paradigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *AMC.* 2019;23(6):814-825. Disponible: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93094>
24. Díaz Aguilar R. Amador Morán R. Alonso Uría R. et al. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enfermería Universitaria.* 2015;12(1):36-40. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741842006>
25. Díaz Aguilar R., Amador Morán R., Alonso Uría R.M., Campo González A., et al. Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería: Estudiantes de licenciatura de Enfermería. Facultad "Lidia Doce". 2013. *Enferm. univ.* 2015 Mar [citado 2023 Sep 10]; 12(1): 36-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201500010006&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16657063201500010006&lng=es)

26. Ferrer A, García R, Barreiro JM. Teoría y método: el proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. *Rev. Cultura de los Cuidados*. 2003;(13):52-62. consultado 20 Feb 2022. Disponible en: <http://bit.ly/1p6NYV9>
27. Reina G. N. EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Rev. Umbral Científico*. 2010; (17):18-23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
28. Jara Sanabria F. Lizano Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enferm. univ*. 2016 Dic; 13(4): 208-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.003>.
29. Balan Gleaves C, Franco Orozco M. et al. Significado de la Enfermería. Teorías y Modelos de Enfermería Bases Teóricas para el Cuidado Especializado Antología. 2. México: ENEO UNAM División de Posgrado; 2009; 264-265.
30. Jasso Gutiérrez L. López Ortega, M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. 2014; 71 (2) 117-125.
31. Mendoza Tascón L, Claros Benítez D. Mendoza Tascón L, et al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2016; 81(4):330-342. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775262016000400012>.
32. Kliegman RM. Stanton BF. Geme St III, Schor NF. Enterocolitis necrosante. En *Nelson Tratado de Pediatría*. 2016; 18(2): 909-911.
33. Escalona Gutiérrez P. Enterocolitis necrotizante. *Rev medica sinergia* 2018; 3 (4): 3-8. Disponible en: [ENTEROCOLITIS NECROTISANTE \(medigraphic.com\)](http://www.medigraphic.com/ENTEROCOLITIS-NECROTISANTE)
34. Yee WH, Soraisham AS, Shah VS, Aziz K, et al. Canadian Neonatal Network. Incidence and timing of presentation of necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Pediatrics*. 2012; 129(2): 298-304. DOI: 10.1542/peds.2011-2022
35. Gasque Góngora JJ. Enterocolitis necrosante. *Rev Mex Pediatr* 2015; 82(5); 175-185.
36. Neu J, Walker WA. Necrotizing enterocolitis. *N Engl J Med*. 2011 20;364(3):255-64. doi: 10.1056/NEJMra1005408.
37. Yahamanyam PK, Rasiah SV, Ewer AK. Necrotizing enterocolitis: current perspectives. *Research and Reports in Neonatology*. 2014; 4: 31-42.

38. Caplan MS. Necrotizing enterocolitis in preterm infants is related to enteral feeding, but the mechanisms remain uncertain and have changed over time. *Curr Pediatr Rep.* 2014; 2: 241-247.
39. Clyman R, Wickremasinghe A, Jhaveri N, Hassinger DC, et al. Enteral feeding during indomethacin and ibuprofen treatment of a patent ductus arteriosus. *J Pediatr.* 2013; 163(2): 406-411.
40. Torres J, Espinosa L, García A, Mideros A, Usubillaga E. Características de recién nacidos con enterocolitis necrotizante en un hospital universitario de tercer nivel en Colombia. *Rev Col Méd.* 2014; 42: 468-475.
41. Kim JH, Sampath V, Canvasser J. Challenges in diagnosing necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res.* 2020; 88 (1):16-20. doi: 10.1038/s41390-020-1090-4.
42. Cuna AC. Lee JC. Robinson AL. Allen NH. Foley JE. Chan SS. Bowel Ultrasound for the Diagnosis of Necrotizing Enterocolitis: A Meta-analysis. *Ultrasound Q.* 2018; 34(3):113-118.
43. Schanler R. MD. Uptodate Management of necrotizing enterocolitis in newborns. Last updated 9, may 2017.
44. Hall, Nigel J. et al. Necrotizing enterocolitis: Prevention, treatment, and outcome. *Journal of Pediatric Surgery*, 2013; 48, (12) 2359 – 2367. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.08.006>
45. Lerma Jasso H. Código de ética para enfermeras [Internet] citado 15 Mayo 2023 http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf
46. Juvé ME. Farrero S. Monterde D. Sevillano MM, Olivé C, Casado A, et al. Umbral de pericia requerido para la ejecución competencial. *Metas de Enfermería.* 2008;11(10):8-15.
47. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud [Internet] Disponible: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
48. UNICEF. Decálogo de los derechos de los recién nacidos prematuros. 2018. Citado el 20 de febrero 2022. [Internet] Disponible: <https://www.unicef.org/argentina/informes/derechos-de-los-recien-nacidos-prematuros-derecho-3>

49. Asociación española de pediatría. Recomendaciones para la asistencia respiratoria del recién nacido. 2008; 68. (5) 516-524 DOI: 10.1157/13120054
50. Mir Villamayor R. Oxigenoterapia en neonato un problema aun no resuelto. Rev. Pediatr. Asunc. 2016; 43.(3) 237-245. Consultado el 10 de febrero 2022 <https://revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/35/35>.
51. Gillies D. Wells D. Positioning for acute respiratory distress in hospitalised infants and children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; 2. Art. DOI: 10.1002/14651858.CD003645.pub2.
52. Narbona López E. Contreras Chova F. García Iglesias F, Miras Baldo MJ. Manejo del dolor en el recién nacido, Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008; (2) 461-469. <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia-en-revision>.
53. Zamorano Jiménez C, Cordero González G, Flores Ortega J, Baptista-González H, Fernández Carrocera L. Control térmico en el recién nacido pretérmino. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Oct 21] ; 26(1):4350. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100007&lng=es.
54. Alba Leonel A, Fajardo Ortiz G. Papaqui Hernández J. La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. Enf. Neurol (Mex). 2014;13(1):19-24.
González VJ, González CMN, Pardo MRV. Infecciones nosocomiales relacionadas a catéter central. Arch Inv Mat Inf. 2012;4(1):33-38.
55. Gasque Mongora JJ. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro (Segunda parte), Rev Mex de Ped. 2012; 79 (4) 183-191.
56. Mena P. Milad M. Vernal P. Escalante J. Nutrición intrahospitalaria del prematuro: Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev. chil. pediatr. 2016; 87(4): 305-321. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000400013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.007>.

57. Guía de Práctica Clínica GPC Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/418GER.pdf>
58. Guerra JC, Ruiz de Cárdenas Ch. Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres; Av. enferm. 2008; 26(2):80-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12901>
59. Herrera Gómez, Antonio. (2013). El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. Index de Enfermería, 22(1-2), 79-82. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100017> (ref. de lactancia mat)
60. Ruiz López A, Rodríguez Belmonte R, Miras Baldó MJ, Robles Vizcaino C, Jerez calero A, et al. Cuidados neonatales centrados en el desarrollo. Bol.SPAO .2013; 7(2). Disponible en: <http://www.spao.es/documentos/boletines/pdf-boletin-seccion-29-secciones-74597.pdf>
61. Rodríguez González L. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato. Rev. enferm. CyL 2014; 6 (2) Disponible: <file:///C:/Users/HP455/Downloads/115-384-1-PB.pdf>
62. Contreras de la Fuente HS. Castillo Arcos L C. Álvarez Aguirre A. Confort neonatal del recién nacido pre-término. Index Enferm. 2017; 26(4): 280-284. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300009&lng=es.
63. Ruiz Fernández E. Cuidados centrados en el Neurodesarrollo del recién nacido prematuro hospitalizado. Rev. Enferm. CyL.2016; (8): 62-70 [Consulta 20 Enero 2022]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/177/148>.
64. Guijarro González M.J. Cuidados de enfermería en la ostomía digestiva pediátrica. An Pediatr Contin. 2012;10(5):290-4. DOI: 10.1016/S1696-2818(12)70101-4.
65. Angulo Castellanos E, García Morales E. Evaluación clínico nutricional y metabolismo energético en el recién nacido. En: Mancilla Ramírez J. PAC NEONATOLOGIA Libro 4 Alimentación en el recién nacido. 4. México: 2016. p. 2-3.
66. Cuídame guía para madres y padres. (Asociación Latinoamericana de Pediatría)

- [Internet] Disponible: https://www.aeped.es/sites/default/files/3-cuidame_esp.pdf
67. Sifuentes Contreras A. Parra FM. Marquina Volcanes M. Oviedo Soto S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. Rev. Enf Global, 2010; 2(19) Consultado el 6 enero de 2023, Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200014&lng=es&tlng=es.
68. Reyes CAF. Pereira DA. Pineda FMF. Apego a la lactancia materna y factores que influyen en el abandono de la misma en la medicina privada. Acta Med. 2019;17(2):107-114.

ANEXOS

Guía de valoración de Enfermería del Neonato

I.- Factores condicionantes básicos

1.1.- Ficha De Identificación

Nombre del recién nacido: _____ Sexo: ____ Hora nacimiento: _____

Lugar de nacimiento _____

Fecha nacimiento: _____ Registro: _____ Peso al nacer: _____
Talla: _____ cm

Edad gestacional: _____ sdg Tipo de parto: _____ Fecha de ingreso: _____

Días de estancia: _____ Grupo y Rh: _____ Maniobras de reanimación: Básicas _____
Avanzadas _____

Fuente de información: madre y expediente clínico

Elaborado por: _____

Fecha de elaboración: _____ Unidad hospitalaria: _____

1.2 Estado De Salud

1.2.1.-Sano ____ Enfermo ____

1.2. 2.-Sistema de salud: IMSS ____ ISSSTE ____ SSA ____ OTROS: _____

1.3.- Factores del sistema familiar:

1.3.1. Tipo de familia: integrada ____ Desintegrada ____ Extensa _____

1.3.2. No. De integrantes de la familia: _____



Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación

1.3.3 Familiograma

1.4.- Factores Ambientales

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

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

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

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

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

Alumbrado Público _____ Pavimentación _____ Cuenta Con Jardín _____

1.4.5. Fauna Nociva

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

2.- Requisitos De Desviación De La Salud

2.1 Antecedentes Heredo- Familiares

Nombre De La Madre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Kg Talla: _____ M

Lugar De Residencia: _____ C. P. _____ Edo. _____

Tel. _____ Ocupación: _____ Edo Civil: _____ Religión: _____

Escolaridad: _____

Hipertensión _____ Diabetes _____ Cardiopatías _____ Cáncer _____ Quien Lo

Padece: _____

2.1.2. Antecedentes Personales No Patológico (Madre)

Tabaquismo _____ Alcoholismo _____ Toxicomanías _____ Ninguna _____ Alimentación: _____

Cantidad: Carne, Huevo, Leche, Verduras, Diario Calidad: _____

Baño: _____ Aseo Dental: _____ Esquema De Vacunación: Completa _____ Incompleta _____

Desconoce _____

2.1.3 Antecedentes Personales Patológicos (Madre)

Transfusiones _____ Intervenciones Quirúrgicas _____ Alergias _____ Hospitalizaciones _____

Antecedentes PerinatalesG: P: A: C: Control Prenatal: N° De Consultas : Consultas Usd:
Patologías Durante El Embarazo: _____ Tratamiento Médico: _____

Inmunizaciones: _____ MICRONUTRIENTES: _____

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

FÓRceps _____ Inducido _____ Eutócico _____ Rm : Espontaneas _____ Artificial _____

Analgesia: General _____ BPD _____ Local _____ Sedación _____ Ninguna _____

Producto: _____ Unico _____ Gemelar _____ Multiple _____ Otros _____

Otros _____

2.1.3.- Antecedentes Del Neonato

Lesiones Y Defectos Al Nacimiento: _____ No Apgar: _____ Dx Medico: _____

2.2.-Factor De Riesgo

Factor materno

Parámetro	Especificación	Bajo	Medio	Alto
Edad Materna				
Nivel socioeconómico				
Tabaquismo				
Ingiere Alcohol				
Adicciones				
Padecimiento Actual ¿Control?				
Gesta N°				
Control Prenatal				
Complicaciones Prenatales o neonatales previos				
Anestesia				
En el transcurso y asta el final del embarazo presento algún problema de salud				

Bajo
Alto

Medio

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

Factor Neonatal

Parámetro	Especifique	Bajo	Medio	Alto

Cuidados Inmediatos

3. Requisitos De Autocuidado Del Desarrollo

3.1.- Valoración Del Neonato

Valoración de Apgar _____

Aproximación de ybber _____

Cuidados Mediatos

Capuzro Extendido _____

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

Aparato o sistema	Factor de riesgo	Si /No	Aparato o sistema	Factor de riesgo	Si /No

3.3 Inspección física

Signos vitales: fc: _____ fr: _____ ta _____ temp _____

Antropometría

PESO: _____ Kg TALLA: _____ cm PC: _____ cm PT: _____ cm PA: _____ cm SS: _____ cm PIE: _____ cm

Habitus Exterior.-
Piel.-
Cabeza y cara
Ojos
Oídos
Nariz
Boca
Cuello y Hombros
Torax
Cardiovascular
Abdomen
Genitales
Dorso y columna vertebral
Extremidades
Cadera
Estado Neurológico

4. Requisitos Universales De Autocuidado

1- Mantenimiento De Un Aporte Suficiente De Aire

1.1 ¿Presenta Alguna Dificultad Para Respirar? Si ____ No ____

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

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

1.2.- Fase De Ventilación

Fase de Ventilación				
Fase I (especificar)				
Fase II (especificar)				

1.3.- Valores De Gases Sanguíneos

Ph				
PCO2				
PO2				
HCO3				
% saturación				
Interpretación				

1.4 Estudios De Gabinete _____

1.4.1 Valoración cardiovascular

Signos vitales															
Fc	FR	TA	Tem												

Parámetro / Día				
Ritmo cardíaco				
Regular				
Irregular				
Arritmia				
Llenado capilar				
Mediato				
Inmediato				
Lento				
Soplo				
Audible				
No audible				
PreCORDIO				
Audible				
No audible				
Oximetría de Pulso				

1.5.- CON BASE EN LA VALORACION ESTABLECE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA 1

DX _____

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

Parámetro		si	no	comentario
Boca	Simétrica			
	Integra			
	Úvula central			
Mucosa	Hidratadas			
	Rosada			
	Seca			
	integras			
Lengua	Hidratada			
	Integra			
	Rosada			
Paladar	Frenillo			
	Integro			
	Rosado			
Encías	Perlas de epstein			
	Integra			
	Rosada			
Abdomen	Dentes			
	Perimetro abdominal			
	Blando /depresible			
Cordón umbilical	Distendido/duro			
	Limpio			
	Arterias 2			
	Vena 1			
Piel	monficado			
	heritematoso			
	hernado			
	Turgente			
Fontanelas	Hidratada			
	húmeda			
	Normotensa			
	Deprimida Tensa			

A) INGRESOS

Ingresos /día				
Vía enteral				
Seno materno				
Formula (Especificar)				
Vía de Administración				
Succión				
Soq				
Otros (especifique)				
Vía parenteral				
NPT				
Solucion Base				
Solucion para mantener vena permeable				

Peso				
Talla				
Incremento ponderal				
Glicemia capilar				
Glicemia central				

C) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

3.-PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES) ELIMINACION URINARIA

Eliminación Urinaria

Parámetro/ Día			
Espontanea			
Forzada			
Color			
olor			
Cantidad ml / hra			

Eliminación Fecal

Parámetro / día				
Espontanea				
Forzada				
Especificar				
Estomas				
Cantidad grs / turno				
olor				
Características (código de Evacuaciones) de				

Drenajes

SOG				
Vomito				
Fístula				
Sonda pleural				
otros				

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

5.- Mantenimiento Del Equilibrio Entre La Actividad Y Reposo

5.1.- Reflejos Primarios

Succión (Débil) Deglución (Débil) Búsqueda (SI) Moro (SI) Tónico cuello (SI

Enderesamiento del tronco (SI) Puntos cardinales (SI) Arrastre (Débil)

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

5.2 - ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

Estado de Conciencia en el Neonato					
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin Estado Estado 1 Estado Estado movimientos sin actividad espontanea a excepción de los 1 sobresaltos					
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					
ESTADO III : somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturrida					
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión n inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturrido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO					
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reacciona ndo a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos					
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia e l lactante/ NEONATO					
REALIZA HORA PENUMBRA/ TIEMPO					

5.3.- TEORIA SINACTIVA

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

Interpretación

--	--	--	--	--

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

DX

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

6.1.- Neonato: Planeado Si _____ No _____ Deseado _____ Aceptado _____

6.2.- Recibe Visita Familiar: _____

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

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

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

Registro del método mamá canguro

Inicio /Día					
Fecha y hora					
Edad Días de Vida Extrauterina					
Peso					
Método de alimentación					
Duración del contacto piel a piel					
Comentario / observaciones					

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

Dx

7.6.- Higiene

Intervención				
Baño de Esponja				
Baño parcial				
Aseo de cavidades				
Aditamentos utilizados para dar posición				

7.7.- Valoración del Dolor

Escala del Dolor de Susan Givens

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

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

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

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

7.3.- Características Ambientales: Se Encuentra Utin A Temperatura Ambiente, Eutérmico, En Cuna Bacinete, Con Ropa Hospitalaria

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

7.5.-Seguridad Y Protección

Parámetro / Día				
Barrera primaria				
Catéter				
Tipo Localización				
Barrera secundaria				
Laboratorio BH				
Inmunoglobulinas				
Factores ambientales				
Luz				
Ruido				
Riesgo de Caída				

Valoración del dolor

Parámetro			
Escala utilizada			
Puntuación			
Medida emprendida para control del dolor			
Resultado			

8.- Promotor a la Normalidad

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

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

Decálogo de la Lactancia Materna

- 1 Los primeros 6 meses, sólo lactancia materna. 
- 2 La lactancia protege al bebé de muchas enfermedades. 
- 3 En las madres reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario. 
- 4 La lactancia da salud para toda la vida. 
- 5 La leche materna es más completa que la leche artificial. 
- 6 El VIH se puede transmitir a través de la leche materna. 
- 7 Está prohibido distribuir muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna. 
- 8 Muchas mujeres tienen problemas cuando comienzan a dar el pecho. 
- 9 El retorno al trabajo es una causa frecuente de abandono de la lactancia. 
- 10 A partir de los 6 meses hay que introducir progresivamente nuevos alimentos. 



Para calentar la leche almacenada

Cuanto vayas a dársela a tu bebé solo sigue los siguientes pasos:

A Descongela y calienta la leche usando agua tibia del grifo.

B NO la hiervas

C Agítala antes de probar su temperatura.

D NO uses el microondas. Pueden perderse componentes valiosos de la leche y podría quemar a tu bebé.

La leche descongelada se puede usar dentro de las 24 horas siguiente si se conserva refrigerada, NO se debe volver a congelar.

E 24h

F Si tu bebé comenzó a tomar su biberón y dejó leche, esta se debe desechar.

Almacena tu leche materna

Antes de irte a trabajar o al llegar a casa sigue estos pasos para conservar tu leche materna como se debe:

1 Lávate las manos antes de extraer la leche de tus senos.

2 Usa recipientes previamente lavados con agua jabonosa caliente y muy bien enjuagados.

3 Preferiblemente envases de vidrio o plástico duro con tapa o bolsas plásticas gruesas y herméticas.

4 Marca los recipientes con la fecha en que la leche fue almacenada.

5 Refrigera la leche inmediatamente:

ALMACENAR MÁXIMO
De 19° a 26° C hasta 6 horas.
A los 4° C hasta 8 días.
De -18° a -20° C (congelada), hasta 12 meses.

CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA PARA ALIMENTAR AL BEBÉ SANO Y PARA DONAR

Tiempos de conservación de la leche materna extraída para donación

Debe ser congelada inmediatamente y se guarda en el congelador o freezer hasta 15 días.



b) Tiempos de conservación de la leche materna extraída para alimentar al bebé sano

(madre que trabaja fuera de la casa, viaja y/o estudia)

- A temperatura ambiente (menos de 26°C) en lugar fresco y limpio: 2 horas.
- En la heladera, en el fondo de la rejilla superior, nunca en la puerta: 2 días.
- En el congelador, dentro de la heladera de una puerta: 2 semanas.
- En el congelador separado, en la heladera de dos puertas: 3 meses.
- En el congelador independiente: 6 meses.

PROTOCOLO DE LACTANCIA MATERNA: MANIPULACIÓN, CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN



1

Información unificada y específica en lactancia diferida para padres y profesionales.



2

Extracción higiénica de la leche



3

Refrigeración **INMEDIATA** de la leche materna.



4

Conservación 24 horas en nevera, congelar lo antes posible si no se va a usar antes de las 24 horas.



5

No romper la cadena de frío (ni siquiera durante el transporte o preparación) hasta la administración



6

Identificación y trazabilidad



7

Manipulación de la leche en un lugar **específico** y no compartido



8

Manipulación con medidas higiénicas rigurosas. Bata, gorro, mascarillas, higiene de manos y guantes (no estériles) diferentes por cada paciente



9

Preparación de **una sola alícuota por jeringa**



10

Preferible la nutrición en bolo a la administración prolongada cuando es alimentación trófica