



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO CLINICO SOBRE:

“RÉCIEN NACIDO A TÉRMINO MÁS BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL MÁS RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO BIOMÉTRICO MÁS CÉFALOHEMATOMA MÁS CRIPTORQUIDIA SU RELACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Enfermería

Autor: Pazmiño Torres, Jairo Aníbal.

Tutora: Lcda. Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes

Ambato – Ecuador

Febrero 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor de Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“RÉCIEN NACIDO A TÉRMINO MÁS BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL MÁS RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO BIOMÉTRICO MÁS CÉFALOHEMATOMA MÁS CRIPTORQUIDIA SU RELACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de Jairo Aníbal Pazmiño Torres, estudiante de la carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Diciembre del 2017

LA TUTORA

.....
Lic. Mg Quishpe Jara, Graciela de las Mercedes

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el análisis del Caso Clínico sobre **“RÉCIEN NACIDO A TÉRMINO MÁS BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL MÁS RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO BIOMÉTRICO MÁS CÉFALOHEMATOMA MÁS CRIPTORQUIDIA SU RELACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Diciembre de 2017

EL AUTOR

.....

Pazmiño Torres, Jairo Aníbal

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea primordiales de mi tesis con fines de difusión pública además apruebo la reproducción de este análisis de caso, dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autor.

Ambato, Diciembre del 2017

EL AUTOR

.....

Pazmiño Torres, Jairo Aníbal

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema sobre **“RÉCIEN NACIDO A TÉRMINO MÁS BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL MÁS RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO BIOMÉTRICO MÁS CÉFALOHEMATOMA MÁS CRIPTORQUIDIA SU RELACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de Pazmiño Torres Jairo Aníbal, estudiante de la carrera de Enfermería.

Ambato, Febrero del 2018

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Durante todos estos años transcurridos en mi vida Universitaria, he tenido momentos muy gratos, he vivido tiempos alegres como tristes pero cada uno de esos momentos lo he disfrutado con amor, esfuerzo y sacrificio.

Dedico este proyecto de investigación a todas esas personas que han sido muy indispensables en mi vida. A mis padres Mario Pazmiño y Claudina Torres y a mis hermanos que siempre me han ayudado desde mi infancia hasta culminar mi vida Universitaria, siempre han estado a mi lado día a día impulsándome hacer mejor persona, demostrándome su amor, paciencia y ayuda incondicional para poder llegar a culminar mis estudios y mis metas

A mi esposa Carolina Brito y a mi hija Doménica Pazmiño por brindarme siempre su apoyo incondicional y por brindarme su comprensión en los momentos de ausencia durante mi formación profesional, permitiéndome llegar con éxito hasta este punto de mi formación profesional

Jairo Pazmiño

AGRADECIMIENTO

Primeramente quiero agradecer de una manera tan infinita a Dios por permitirme culminar una más de mis metas propuestas, por cuidarme y guiarme siempre por el camino correcto y acompañarme en mis momentos de soledad, de alegría y de tristeza por haberme guiado a servir a los demás por medio de tan gratificante profesión la cual me siento muy honroso.

A mi familia que siempre fue mi fortaleza para continuar en tan arduo camino, los cuales compartieron conmigo triunfos y derrotas, tristezas y alegrías y que siempre tenían unas palabras de aliento para motivarme a continuar y llegar a cumplir tan anhelado propósito.

A mi Tutora Licenciada Mg. Graciela Quishpe por haberme encaminado a realizar este estudio de caso con mucha paciencia, por ser una amiga más y por darme la confianza necesaria para culminar este arduo trabajo.

Jairo Pazmiño

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY	xiii
INTRODUCCIÓN	1
1.1 OBJETIVOS.....	3
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES	3
2.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE	3
2.2 CENTRO-OBSTÉTRICO	4
Datos Maternos.....	4
2.3 NOTA DE INGRESO SALA DE NEONATOLOGÍA (Cuidados Intensivos) 6	
2.4 10 de Abril del 2017	10
2.5 11 de Abril del 2017	11
2.6 12 – 13 de Abril del 2017	12
2.7 14 - 15 de Abril del 2017.....	13
2.8 16 de Abril del 2017	14
2.9 17 de Abril del 2017	15
2.10 18 de Abril del 2017	16
DESARROLLO	17

3.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA.....	17
3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	19
3.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS.....	20
3.2.2 FACTORES AMBIENTALES.....	20
3.2.3 ESTILO DE VIDA	21
3.2.4 FACTORES SOCIALES.....	21
3.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:	22
3.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	23
3.4.1 Interrupción de la lactancia materna.....	23
3.4.2 Lactancia materna Ineficaz	23
3.4.3 Retraso en el crecimiento y desarrollo.....	24
3.4.4 PROBLEMAS RESPIRATORIOS	25
3.5 CARACTERIZACION DE PRIORIDADES	25
4 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO	28
4.1 GUÍA INTRAHOSPITALARIA PARA EL BUEN MANEJO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO	30
4.2 GUÍA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MEDIANTE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE MATERNA ANTE LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA.....	32
4.3 GUÍA PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ MEDIANTE LAS TÉCNICAS DEL BUEN MANEJO AL RECIÉN NACIDO	34
SIGNOS DE BUENA POSICIÓN	35
SIGNOS DE BUEN AGARRE	35
SIGNOS DE BUENA SUCCIÓN	36
4.3 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN CON LECHE MATERNA	36
4.5 GUÍA DE ESTIMULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PARA MEJORAR SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO	39
V CONCLUSIONES	40
VI RECOMENDACIONES:.....	41
VII BIBLIOGRAFÍA	42
FAMILIOGRAMA	45

VIII ANEXOS.....	45
.....	45
ECOMAP	46

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“RECIÉN NACIDO A TÉRMINO MÁS PESO BAJO PARA LA EDAD
GESTACIONAL MÁS RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
BIOMÉTRICO MÁS CÉFALO HEMATOMA MÁS CRIPTORQUIDIA SU
RELACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”**

Autor: Pazmiño Torres, Jairo Aníbal

Tutora: Lic. Mg. Quispe Jara, Graciela de las Mercedes

Fecha: Diciembre 2017

RESUMEN

El presente análisis trata del retraso de crecimiento intra uterino y el bajo peso de un recién nacido que es un problema de salud a nivel hospitalario, constituyendo una importante causa de morbilidad en la población mundial. En él se encuentra información detallada de un neonato, nacido en un Hospital básico de 45 minutos de vida, sin antecedentes familiares de importancia, con el diagnóstico de retraso de crecimiento intra uterino acompañado de problemas respiratorios al nacimiento, presentando: bajo peso, céfalo hematoma y criptorquidia; por lo cual es referido al área de neonatología a la sala de cuidados intensivos para realizar exámenes específicos y de laboratorio, los mismos que son valorados por el médico, dando como diagnóstico (Bajo peso), se realizó intervención de enfermería para lograr la ganancia de peso del neonato. Para el desarrollo de este trabajo se utilizó una metodología descriptiva obtenida en la Historia Clínica que reposa en la unidad de salud, basados en factores de riesgo biológico, ambientales, estilos de vida y exámenes de laboratorio, de igual modo una entrevista verbal donde se pudo indagar los detalles de la enfermedad, determinando que una de las principales causas para el desarrollo de la enfermedad del neonato fue la alimentación materna durante la gestación pero se atribuye también a que muchos son las causas que conllevan a esto, además será sustentado con fuentes bibliográficas, libros, documentos y artículos científicos. Se identificó que el paciente después de ser atendido por el personal

médico conjuntamente con el personal de Enfermería presento gran mejoría en cuanto a la ganancia de peso lo cual contribuyo al desarrollo de una guía intrahospitalaria dirigida a todo el personal de enfermería para el área de neonatología ya que independientemente este tipo de pacientes requieren cuidados específicos que contribuyan la recuperación del paciente y también al desarrollo de una guía extra hospitalaria dirigida a los padres, familiares y al cuidador del recién nacido ya que los cuidados de un recién nacido en el hogar son de vital importancia para mejorar su desarrollo y crecimiento.

PALABRAS CLAVES: NEONATAL, CUIDADOS_ENFERMERÍA, RECIÉN NACIDO, CRECIMIENTO Y DESARROLLO, LACTANCIA MATERNA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSERY CAREER

"TERM NEWBORN PLUS LOW WEIGHT FOR GESTATIONAL AGE PLUS BIOMETRIC INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION PLUS CEPHALOUS HEMATOMA PLUS CRYPTORCHIDISM ITS RELATIONSHIP IN NURSING CARE"

Author: Pazmiño Torres, Jairo Aníbal

Tutora: Lic. Mg. Quispe Jara, Graciela de las Mercedes

Date: December 2017

SUMMARY

The present analysis deals with intra-uterine growth retardation and the low weight of a newborn that is a health problem at the hospital level, constituting an important cause of morbidity and mortality in the world population. It contains detailed information on a newborn born in a basic hospital of 45 minutes of life, with no relevant family history, with the diagnosis of intra-uterine growth retardation accompanied by respiratory problems at birth, presenting: low weight, cephalohematoma and cryptorchidism; for which reason it is referred to the area of neonatology to the intensive care room to perform specific and laboratory tests, the same ones that are valued by the doctor, giving as a diagnosis (Low weight), nursing intervention was performed to achieve the benefit of weight of the newborn. For the development of this work we used a descriptive methodology obtained in the Clinical History that rests in the health unit, based on biological and environmental risk factors, lifestyles and laboratory tests, as well as a verbal interview where investigate the details of the disease, determining that one of the main causes for the development of the disease of the newborn was maternal nutrition during pregnancy but it is also attributed to many causes that lead to this, will also be supported by bibliographic sources , books, documents and scientific articles. It was identified that the patient, after being attended by the medical staff together with the nursing staff, presented great improvement in terms of weight gain, which contributed to the

development of an in-hospital guide aimed at all nurses for the area of neonatology. Since independently these types of patients require specific care that contributes to the recovery of the patient and also to the development of an extra hospital guide aimed at parents, relatives and caregivers of the newborn since the care of a newborn in the home is of vital importance to improve their development and growth.

KEY WORDS: NEONATAL, NURSING CARE, NEWBORN, GROWTH AND DEVELOPMENT, BREASTFEEDING

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como bajo peso al nacer (BPN) como los recién nacidos menores de 2.500 gramos independientemente de la edad gestacional. Cada año nacen más de 30 millones de niños con un peso inferior a 2500 g.

La prevalencia en países desarrollados es de 6.9% y en países en desarrollo es de hasta 23.8%. Por lo cual tienen 5 veces más probabilidad de morir durante el periodo neonatal y 4 durante el periodo post natal y 4,7 veces más de morir durante el primer año de vida. En países de América Latina y el Caribe se considera que es del 10%. (Torales, 2008).

Según el Ministerio de Salud en el Ecuador el Retraso de Crecimiento Intrauterino constituye la primera causa de morbilidad perinatal con una tasa de 8.3 % y de muerte infantil con un 14 por cada 100.000 nacidos vivos, con frecuencia asociado a trastornos hipertensivos, parto pretérmino por la misma causa, dando lugar a problemas como dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina.

En las tablas de Lubchenco y Bataglia el retraso de crecimiento intrauterino refiere al recién nacido que se ubica según el peso, dentro de la primera hora de vida, por debajo del percentil 10 para la edad gestacional.

Según Sanín-B. JE, (2012) la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología de causas multifactoriales y manejo complejo para el obstetra. Para un feto el no alcanzar su potencial de crecimiento representa un aumento significativo del riesgo de morbimortalidad perinatal. Este punto de corte, práctico para realizar comparaciones internacionales, se basa en observaciones epidemiológicas de que los recién nacidos menores de 2.500 gramos tienen una probabilidad 20 veces más alta de morir comparados con los bebés de mayor peso.

En lo que respecta a la morbilidad, los niños con RCIU tienen dos veces más probabilidades de ser hospitalizados durante los dos primeros años de vida por diarrea o neumonía. Los niños con RCIU mostraron cinco veces más probabilidad de tener talla baja en la vida adulta, así como mayor incidencia en la adultez, de

hipertensión arterial, diabetes tipo II, hipercolesterolemia y coronariopatía (hipótesis de Barker).

En el crecimiento intrauterino intervienen factores del feto, del útero y de la placenta, así como maternos (biológicos y sociales). La alteración de uno o más de esos factores van a provocar el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU).

Por lo general el grupo más vulnerable a un RCIU son mujeres con edad < 18 años, nivel socioeconómico bajo, talla materna < 165 cm, peso materno menor de 55 kg al final de la gestación, primiparidad, alteraciones placentarias, baja ganancia de peso materno, anemia y tabaquismo durante la gestación, son factores de riesgo para RCIU. (Álvarez, Junio 2013)

La disminución transitoria del flujo sanguíneo placentario durante el parto), hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematuridad, con un aumento significativo en las admisiones a las unidades de cuidados intensivos. (Olusanya, 2012)

La RCIU es la consecuencia de la supresión del potencial genético del crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas. Siempre implica una restricción anormal del crecimiento de un individuo (feto) que tiene un potencial de desarrollo mayor. (Votta R, 2003)

La investigación del presente caso clínico es relevante ya que, pese a los avances científicos en materia de diagnóstico y tratamiento de esta patología seguimos en constante contacto con pacientes de esta índole, ya sea por la tardanza de los controles prenatales o la falta de instrumentos diagnósticos que nos permitan llegar a un análisis de manera rápida y oportuna, tomando en cuenta la importancia del ámbito de prevención en salud pudiendo así reducir reingresos hospitalarios.

La presente investigación se la realiza en el Hospital Provincial General Docente Ambato perteneciente a la provincia de Tungurahua del Cantón Ambato; con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno ofreciendo cuidados de enfermería con calidad y calidez para mejorar su estilo de vida, educando a la madre del paciente y la familia a través de la guía clínica de actividades y cuidados.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar cuáles son los nudos críticos acerca del bajo peso y el retraso de crecimiento intrauterino orientado con los cuidados de Enfermería mediante una revisión bibliográfica e historial clínico y la calidad de vida del paciente.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principales factores de riesgo que atribuyeron en el inicio de la enfermedad.
- Determinar las oportunidades de mejora.
- Proponer una alternativa de tratamiento para mejorar la calidad de vida del paciente

RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES Y NO DISPONIBLES

2.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Dentro de la información que se pudo obtener de la historia clínica que se encuentra en el Hospital Provincial General Docente Ambato se encontró antecedentes patológicos de los padres y familiares, sintomatología principal, ingreso y egreso del área de neonatología, nota de evolución, prescripción médica, exámenes de laboratorio, interconsultas médicas, informes de enfermería que se redacta a continuación, facilitando con esto un diagnóstico para proponer un tratamiento alternativo para lograr sobrellevar la patología mencionada. Evidenciando informes detallados de Enfermería, de cada turno logrando la obtención de información importante para el planteamiento y la elaboración de una guía clínica intrahospitalaria en pacientes que necesitan cuidados específicos con la finalidad de brindar cuidados a pacientes con dicha patología.

Otra fuente importante de información que permitió el desarrollo y fundamentación del presente análisis de caso fue la búsqueda en bibliotecas virtuales como Scielo, BVS, Ebook- Central, e-Libro, Scopus, Cos Pivot y Abaco que se encuentran en la

Biblioteca de la Universidad Técnica de Ambato, que proporcionan una información adecuada y amplia sobre esta patología

2.2 CENTRO-OBSTÉTRICO

Datos Maternos

Madre de 21 años, nacida en Ambato residente en Ambato mestiza, instrucción superior tercer semestre Enfermería, ocupación estudiante Tipo Sanguíneo ORH (+), antecedentes patológicos personales no refiere, antecedentes patológicos familiares refiere madre con hipertensión arterial sin tratamiento médico y padre con diabetes sin tratamiento médico, no refiere alergias ni cirugías quirúrgicas.

Dentro de los antecedentes Ginecológicos refiere menarquia a los 13 años, ciclo menstrual irregular de 5 a 7 días, puberquia a los 14 años, no refiere dismenorrrea ni enfermedades de transmisión sexual, refiere haber iniciado su vida sexual a los 19 años manteniendo una sola pareja sexual, utilizando como método de planificación familiar la mesigyna durante 9 meses la cual suspende por tres meses quedando embarazada.

Dentro de los antecedentes Obstétricos refiere haberse realizado un Paptest hace un año atrás con un resultado normal, fecha de última menstruación (FUM) 07/07/2016 y con una edad gestacional de 39.4 semanas por FUM, refiere haberse realizado siete ecografías durante su embarazo los cuales dan como diagnostico un retraso de crecimiento intrauterino a las 34 semanas de gestación, no refiere haber recibido medicación especial ni exposición a las drogas, refiere haberse aplicado dos dosis de vacuna antitetánica (dt) y el consumo de hierro (Fe) y vitaminas durante su embarazo.

Madre de la paciente refiere que hace un día y medio (07/04/2017) en horas de la noche presenta dolor abdominal tipo contracción de leve intensidad esporádica, no administra medicación día de ayer 08/04/2017 en horas de la mañana acude al servicio de emergencia de esta casa de salud donde es valorada e indican regresar en horas de la noche posterior a la valoración.

Informes de ecos realizados durante el embarazo

Paciente refiere que hasta la semana 32 se ha realiza controles prenatales se realiza de manera particular sin reportar alteraciones a la semana 34 cambia de médico quien realiza eco e informa de RCIU no reporta alteraciones.

Eco primer trimestre (Septiembre 2016)

- Embarazo de 8.1 semanas
- Embrión con señales vitales y anatómicas normales
- Útero y saco gestacional normales
- Ovarios normales

Eco segundo trimestre (Octubre 2016)

- Embarazo de 14.3 semanas
- Peso fetal 98 gramos
- Marcadores cromosómicos dentro de normalidad

Eco segundo trimestre (Diciembre 2016)

- Embarazo de 20 semanas
- Peso fetal de 328 gramos
- Marcadores cromosómicos dentro de normalidades
- Perfil biofísico 10

Eco tercer trimestre (Febrero 2017)

- Embarazo de 32 semanas
- Peso fetal 1871 gramos
- Marcadores cromosómicos normales
- Perfil biofísico 10
- Cuadro clínico de hidrorrea ICA 13.56 cm³

Eco tercer trimestre (Abril 2017)

- ICA 13.5 cm³
- De acuerdo a medidas obtenidas del feto se calcula embarazo de 36.5 semanas +/- 1 semanas

- Por FUM embarazo de 38.5 semanas
- Perfil biofísico 9/10
- Flujo Doppler dentro de parámetros normales

2.3 NOTA DE INGRESO SALA DE NEONATOLOGÍA (Cuidados Intensivos)

09 de Abril del 2017 Hora 19:50

Rn de 45 minutos de vida masculino producto de parto distócico en el Hospital Provincial Docente Ambato

- Nace con cabeza grande y cuerpo pequeño
- Peso: 2200 gr
- Talla: 45.5 cm (P > 10)
- Perímetro Cefálico: 32.5 cm (P > 10)
- APGAR: **al minuto: 7**
A los 5 minutos 10
- Grupo Sanguíneo: RH(+)

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Ingreso a Neonatología (Cuidados Intensivos)
3. Cabecera elevada a 30°
4. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
5. Saturación de O2 permanente
6. Control de I/E
7. Balance Hídrico TID
8. O2 por HOOD abierto a 3 litros
9. Dextrosa al 10 % en agua pasar 6.5 cc/h
10. NPO
11. Tipificación
12. Glicemia capilar
13. RX de tórax
14. Gasometría arterial stat
15. Peso QD

16. PC y CC semanal

17. Gluconato de calcio 70 mg IV C/8horas

18. Novedades

Análisis

Dentro de los cuidados de Enfermería se indica Incubadora para mantener temperatura corporal axilar entre 36.5° a 37.5° debido a que al nacer la temperatura corporal cae rápidamente. Es la caída de la temperatura por evaporación del líquido amniótico y por radiación en gran parte. La capacidad termogénica en las primeras horas de vida es baja y lleva a mayor gasto energético; por lo que puede ocasionar una hipoglicemia, acidosis metabólica y paro respiratorio. (Nanning, 2005)

La temperatura se estabiliza entre la segunda y tercera hora de vida consiguiendo una eutermia. (Bonito, 2012)

Generalmente la cabecera de la incubadora de ser elevada a 30° es para prevenir el reflujo en los recién nacidos que puede causar una neumonía por aspiración así lo menciona el Dr. Diego Martínez en su artículo titulado Bronco aspiración publicado el 6 de Agosto del 2009.

Los signos vitales son indicadores del estado fisiológico del recién como son cerebro, corazón, pulmones y expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados siendo los principales frecuencia respiratoria, saturación de Oxígeno, frecuencia cardiaca, tensión arterial media y temperatura. (Aguayo, 2010). Tomando en cuenta que las constantes vitales en un neonato normal es de 36,6° a 37.8° en temperatura, 130 a 140 latidos por minuto en frecuencia respiratoria, de 30 a 40 respiraciones por minuto, y la tensión arterial es de 70/50 mmHg

Uno de los indicadores importantes dentro de los signos vitales es la saturación permanente de Oxígeno que nos permite vigilar tres parámetros muy importantes como es la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre a los diferentes órganos; el gasto cardiaco que varía para mantener un transporte normal de O₂ ante bajos niveles de hemoglobina y finalmente la afinidad de la hemoglobina por el O₂, debido a que el recién nacido tiene 75% de hemoglobina fetal y 25% de hemoglobina adulta

así lo confirma Gustavo Goldsmit en su artículo Recomendaciones para el control de la Saturación de Oxígeno Óptima en Prematuros publicado en el año 2003.

Paciente al momento con apoyo de Oxígeno con Hood a 3 litro, debido a que con la administración de oxígeno, se busca aumentar el aporte de este elemento en los tejidos, y para esto se debe utilizar al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, puesto que el oxígeno se fija a la hemoglobina en su mayor parte hasta saturarla, con el fin de aumentar la presión parcial de oxígeno alveolar siendo su valor normal 150 mmHg con oxígeno al 21%, recordemos que 1 g de hemoglobina totalmente saturada transporta 1,34 ml de oxígeno. (Gonzales, 2009)

El Balance Hidrico es un parámetro de vital importancia, ya que una administración inadecuada de líquidos puede llevar a hipo/hipervolemia, hipo/hiperosmolaridad, alteraciones metabólicas y/o falla renal. Los recién nacido a termino con un exceso de líquidos se manifiesta con edema y anormalidades en la función pulmonar; por lo cual indica que un balance hídrico es muy importante debido a que todo neonato que ingresa a una unidad de cuidados intensivos, debe tener un control estricto de sus ingresos y egresos, además de tener monitorizado todo signo que hable de alteración hemodinámica.

La administración de Dextrosa al 10% en agua, tiene como función mantener los niveles de carbohidratos y azúcares capaz de responder a la necesidad fisiológica funcional de recién nacido. La Nutrición Parenteral ha permitido mejorar la calidad de vida y ha logrado una notable reducción en la morbilidad y mortalidad neonatal, pero debe emplearse en forma racional, contemplando los riesgos y complicaciones potenciales que implica esta modalidad terapéutica (Pérez, 2007)

Nos cita Pastor Rodríguez en el artículo Cuidados de las vías de infusión en prematuros publicado en el 2009, que el Gluconato de calcio intravenoso a una concentración del 10% es un fármaco muy utilizado en Cuidados Neonatales ya que es esencial para la integridad funcional de los sistemas nervioso, muscular y esquelético. Interviene en la función cardíaca normal, función renal, respiración, coagulación sanguínea y en la permeabilidad capilar y de la membrana celular; el principal cuidado de Enfermería es que se debe realizar una administración lenta ya

que puede provocar vaso dilatación del ritmo cardiaco provocando necrosis y abscesos locales.

Una glicemia capilar permite conocer la transición en el metabolismo de los carbohidratos, desencadenada por el acto de nacer tiene una base biológica en la cual se cambia los suministros de nutrientes, siendo así que el recién nacido depende de un constante suministro de glucosa a los tejidos en especial al sistema nervioso central, teniendo en cuenta que el cerebro del neonato utiliza el 80 % de la producción de la glucosa, la hipoglicemia es relevante como lo cita Luis Jasso en su trabajo de Neonatología Práctica 1984 “ La importancia de este evento radica en que puede dejar secuelas neurológicas importantes sobre todo si se acompaña de crisis convulsivas”. El control glicémico del recién nacido debe realizarse de manera exclusiva porque no podemos saber si el recién nacido está el hipoglucemia o hiperglucemia.

Como lo expresa Ricardo Ávila Reyes en su artículo La radiografía de tórax del recién nacido en el 2011 “En el examen radiográfico del tórax de un recién nacido tienen fundamental importancia las características de los pulmones, porque puede presentar una taquipnea transitoria neonatal, distress respiratorio leve caracterizado por polipnea, quejido, aleteo nasal y cianosis debido a la falta de reabsorción del líquido pulmonar fetal

La gasometría arterial mide los niveles de los gases arteriales como oxígeno (O₂), dióxido de carbono (CO₂), y sustancias como bicarbonato (HCO₃). Una correcta interpretación de los valores nos permite diagnosticar básicamente cuatro trastornos: acidosis metabólica, alcalosis metabólica, acidosis respiratoria y alcalosis respiratoria así lo menciona (Torre, 2011).

El peso al nacer normal es crítico para la salud y el desarrollo futuro. La medición del peso diario en el recién nacido a término es un indicador de suma importancia, no solo de la salud de la madre biológica y el estado nutricional, sino también de las posibilidades de supervivencia de un recién nacido, su crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial. (Faneite, 2011)

La medición del perímetro cefálico en un recién nacido es importante porque el tamaño de la cabeza refleja el desarrollo del cerebro y, si el cerebro no se desarrolla

normalmente, como puede ocurrir en niños con retraso mental, es probable que su cabeza sea más pequeña de lo normal, siendo este un indicador de mucha importancia con el cual podemos identificar problemas de macrocefalia o microcefalia.

2.4 10 de Abril del 2017

Evolución diurna

Peso: 2160gr

RN de 11 horas de nacido masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora normotérmica se encuentra en NPO se intenta alimentación por seno materno mala succión, micción y deposición no presenta

FC: 144 FR: 52 T°: 36.8°

RN activo, reactivo al manejo presenta Frecuencia arterial normotensa mucosas orales húmedas corazón rítmico, tórax asimétrico lado derecho a izquierdo, Abdomen suave depresible, RHA (+), extremidades simétrica, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°
3. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
4. Saturación de O2 permanente
5. Control de I/E,
6. Balance Hídrico TID
7. O2 por Incubadora necesaria para PO2 < 90% (PRN)
8. Dextrosa al 10 % en agua pasar 6.5 cc/h
9. Seno materno 10 min cada seno y luego completar hasta 20cc/3h con leche materna pesar antes y después
10. Eco transfontanelar y abdominal
11. Plan Canguro permanente

12. Regular líquidos
13. Peso QD
14. PC y CC semanal
15. Gluconato de calcio 70 mg IV C/8horas
16. Novedades

Análisis

Otro de los cuidados de vital importancia es el plan canguro que con este método buscamos lograr la ganancia de peso a un ritmo uniforme y sostenido, la mejor calidad de atención y cuidado proporcionada al recién nacido, el fortalecimiento de la relación madre-hijo y la reducción de la mortalidad, la incidencia de complicaciones severas, infecciones nosocomiales, adecuación de la lactancia materna exclusiva y reducción de la disconformidad materna. (Lizarazo, 2012)

Una de las técnicas más usada para el diagnóstico y el cribado de anomalías en el cerebro del neonato y lactante es el eco transfontanelar, que permite identificar precozmente la hemorragia intraventricular, malformaciones congénitas, quistes y dilatación del sistema ventricular, así como permitir la valoración y seguimiento, de la hemorragia intracraneal, hidrocefalia y leucomalacia periventricular. Siendo los daños neurológicos más frecuentes en el recién nacido la hemorragia ventricular y la leucomalacia. (Vidalon, 2014)

La leche materna es, el mejor alimento para los recién nacidos y más aún para los prematuros, ya que supone un factor de protección frente a las infecciones y la enterocolitis necrotizante, además se tolera mejor, aporta defensas y contribuye a un mejor desarrollo cerebral del bebé. Así lo menciona (Maldonado, 2011)

2.5 11 de Abril del 2017

Evolución diurna

Peso: 2089gr

RN de 35 horas de nacido masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora normotérmica se alimentando se por seno materno en tomas de (4, 4, 4) y se completa con leche materna hasta 20 cc con succión regula y buena tolerancia micción y deposición presentes.

FC: 140 FR: 52 T°: 37° Sat O2: 92 % a 2 litros

RN activo, reactivo al manejo presenta Frecuencia arterial normotensa, presencia de cefalohematoma en región parietal derecha, piel rosada, tórax asimétrico predominio derecho, expansibilidad aumentada lado derecho, Abdomen suave depresible, RHA presentes.

RIG; testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétricas, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°
3. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
4. Saturación de O2 permanente
5. Control de I/E
6. Balance Hídrico TID
7. O2 por Incubadora necesaria para PO2 < 90% (PRN)
8. Seno materno 10 min cada seno y luego completar hasta 25cc/3h con leche materna pesar antes y después
9. Plan Canguro permanente
10. Peso QD
11. PC y CC semanal
12. Descontinuar vía periférica
13. Novedades.

2.6 12 – 13 de Abril del 2017

Evolución diurna

Peso: 2097gr

RN de 60 horas de nacido masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora normotérmica se alimentando se por seno materno en tomas de (28, 14, 24, 20, 40, 30. 40) y se completa con leche materna hasta 40 cc con succión regula y buena tolerancia micción presente y deposición ausente.

FC: 140 FR: 52 T°: 37° Sat O2: 92 % a 2 litros

RN activo, reactivo al manejo presenta Frecuencia arterial normotensa, presencia de cefalohematoma en región parietal derecha, piel rosada, tórax asimétrico predominio derecho, ruidos cardiacos normo fonéticos, expansibilidad aumentada lado derecho, Abdomen suave depresible, RHA presentes, testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétrica, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°
3. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM),
4. Saturación de O2 permanente
5. Control de I/E
6. Balance Hídrico TID
7. O2 por Incubadora necesaria para PO2 < 90% (PRN)
8. Seno materno 10 min cada seno y luego completar hasta 30cc/3h con leche materna pesar antes y después
9. Plan Canguro permanente
10. Peso QD
11. PC y CC semanal
12. Tramitar genetista
13. Novedades.

2.7 14 - 15 de Abril del 2017

Evolución diurna

Peso: 2140 gr

RN de 4 días de vida, masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora normotérmica, alimentado se por seno materno en tomas de (28, 14, 24, 20, 40, 30. 40) y se completa con leche materna hasta 40 cc con buena succión y tolerancia, micción presente y deposición ausente.

FC: 140 FR: 52 T°: 37° Sat O2: 92 % a 2 litros

RN activo, reactivo al manejo presenta Frecuencia arterial normotensa, presencia de céfalo hematoma en región parietal derecha, piel rosada, tórax asimétrico predominio derecho, ruidos cardiacos normo fonéticos, expansibilidad aumentada lado derecho, Abdomen suave depresible, RHA presentes, testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétrica, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
3. Saturación de O2 permanente
4. Control de I/E
5. Balance Hídrico TID
6. O2 por Incubadora necesaria para PO2 < 90% (PRN), 10 minutos sin O2 y 50 minutos con O2.
7. Seno materno 10 min cada seno y luego completar hasta 30cc/3h con leche materna pesar antes y después
8. Plan Canguro permanente
9. Peso QD
10. PC y CC semanal
11. Tramitar estudio genético
12. Novedades.

2.8 16 de Abril del 2017

Evolución diurna

RN de 6 días de vida, masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora buen control térmico normotenso, se testeta O2 tolera 15 minutos sin oxígeno y 40 minutos con Oxígeno, alimentándose de seno materno en tomas de (50, 42, 40, 46, 50, 50. 54), micción y deposición presentes.

FC: 150 FR: 54 T°: 36.5° Sat O2: 94 %

RN activo, reactivo al manejo presenta FA normotensa, presencia de céfalo hematoma en región parietal derecha, piel pálida, tórax asimétrico predominio derecho, , expansibilidad aumentada lado derecho, buena entrada y salida de aire Abdomen suave depresible, RHA presentes.

RIG; testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétricas, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°
3. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
4. Saturación de O2 permanente
5. Balance Hídrico TID
6. O2 por Incubadora necesaria para PO2 < 90% (PRN) 20 minutos sin O2 y 40 minutos con O2
7. Seno materno a libre demanda y luego completar hasta 45cc/3h con leche materna PRN pesar antes y después
8. Plan Canguro permanente
9. Peso QD
10. PC y CC semanal

2.9 17 de Abril del 2017

Evolución diurna

RN de 7 días de vida, masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en incubadora buen control térmico normotenso, saturación de oxígeno 95% a 0.1 litros se testeta O2 tolera 10 minutos sin oxígeno baja hasta 84%, alimentándose de seno materno buena succión y tolerancia oral, micción y deposición presentes.

FC: 183 (llanto) FR: 60 (llanto) T°: 36.7° Sat O2: 95 % a 0.1 lt

RN activo, reactivo al manejo presenta FA normotensa, presencia de céfalo hematoma en región parietal derecha, piel pálida, tórax asimétrico predominio derecho, , expansibilidad aumentada lado derecho, buena entrada y salida de aire Abdomen suave depresible, RHA presentes.

RIG; testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétricas, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Incubadora para 36.5° a 37.5°
2. Cabecera elevada a 30°
3. Control de signos vitales (FR, FC, Sat O2, TAM)
4. Saturación de O2 permanente
5. Balance Hídrico TID
6. Destete de O2, 20 minutos sin O2 y 40 minutos con O2
7. Seno materno a libre demanda y completar hasta 45cc/3h con leche materna PRN pesar antes y después
8. Lavado de Fosas nasales con 3cc de Solución Salina
9. Tramitar Oxígeno
10. Plan Canguro permanente
11. Peso QD
12. PC y CC semanal
13. Tramitar estudio genético
14. Novedades.

2.10 18 de Abril del 2017

Evolución diurna

RN de 8 días de vida, masculino con Dg RNAT + PBEG + RCIU asimétrico + Criptorquidia izquierda

RN en cuna corriente normotérmica, saturación de oxígeno 90% si oxígeno y baja hasta 87% en 10 minutos de destete, alimentándose de seno materno buena succión y tolerancia oral, micción y deposición ausente.

FC: 183 (llanto) FR: 60 (llanto) T°: 36.8° Sat O2: 95 %

RN activo, reactivo al manejo presenta FA normotensa, presencia de céfalo hematoma en región parietal derecha, piel pálida, tórax asimétrico predominio derecho, , expansibilidad aumentada lado derecho, buena entrada y salida de aire Abdomen suave depresible, RHA presentes.

RIG; testículo derecho en bolsa escrotal, testículo izquierdo en canal inguinal, extremidades simétricas, tono y movilidad conservada.

INDICACIONES MÉDICAS.-

1. Alta más indicaciones,
2. Signos de peligro, Seno materno a libre demanda
3. Consejería Lactancia materna
4. Emisiones Otacústicas
5. Control por consulta externa
6. Plan canguro permanente
7. Oxígeno PRN.

DESARROLLO

3.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA

Recién nacido de sexo masculino de 45 minutos de vida producto de un parto distócico, nace con la cabeza grande y con presencia de un céfalo hematoma, con un peso de 2200 gramos, una talla de 45.5 centímetros, perímetro cefálico de 32.5 centímetros, una puntuación en el test de Apgar de 7 al minuto y 10 a los 5 minutos, grupo sanguíneo O, factor Rh positivo, presencia de criptorquidia izquierda, entre los antecedentes patológicos familiares encontramos: abuela materna con hipertensión arterial sin tratamiento médico y abuelo materno con diabetes mellitus sin tratamiento médico.

Paciente ingresa a la sala de cuidados intensivos del área de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ambato el 9 de Abril del 2017, donde se lo coloca en incubadora normotérmica para mantener temperatura corporal dentro de los parámetros normales (36.5°C – 37.5°C), con apoyo de oxígeno por Hood abierto a 3 litro para mantener una buena saturación de oxígeno, obteniendo una saturación de oxígeno de 92%, frecuencia cardiaca: 148 por minuto, frecuencia respiratoria: 50 por minuto, tensión arterial 81/60 mmHg y una tensión arterial media: 67mmHg. A su ingreso se le realiza gasometría arterial pendiente resultado.

Paciente al momento se encuentra en NPO, presenta piel rosada, ombligo húmedo, abdomen suave y depresible a la palpación, médico indica Dextrosa al 10 % en agua y Gluconato de calcio los cuales son administrados por el personal de Enfermería según prescripción médica, se intenta alimentación por seno materno y no se obtiene un buen resultado procediendo a la colocación de sonda nasogástrica por prescripción médica 20 cc de leche materna en cada toma y un incremento de 5cc de leche materna por día hasta lograr obtener una buena succión del seno de la madre y también buena tolerancia de la leche materna. A los 3 días de hospitalización el recién nacido es trasladado a la sala de cuidados intermedios del área de neonatología conservando el oxígeno por cánula nasal a 0.1 litros manteniendo una saturación permanente de O₂ de 92 %, el plan canguro que permite mejorar el apego entre el recién nacido y la madre y ayuda a la ganancia de peso del recién nacido pues con la toma de peso diario se pudo denotar que el recién nacido ganaba peso paulatinamente.

A los 6 días de hospitalización se indica destete de oxígeno comenzando con 10 minutos sin oxígeno y 50 minutos con oxígeno obteniendo una saturación positiva de 90%, a los 8 días de hospitalización la saturación de oxígeno del recién nacido desciende a 87% a los 10 minutos de destete por lo que el médico indica oxígeno por bigotera para mejorar la saturación.

Al momento paciente activo y reactivo al manejo, normotérmico, alimentándose de seno materno mantiene una buena succión y buena tolerancia, tórax asimétrico predominio derecho, buena entrada y salida de aire, abdomen suave y depresible a la palpación con presencia de micción y deposición con signos vitales dentro de los

parámetros normales frecuencia cardíaca: 183 latidos por minuto encontrándose el recién nacido en llanto, frecuencia respiratoria de 60 respiraciones por minuto, temperatura 36.8°C, saturación de oxígeno 95% a 0.1 litros, al cabo de nueve días deciden dar alta al paciente el cual se encontraba estable y aun con apoyo de oxígeno a 0.1 litros para mantener buena saturación y con indicaciones muy específicas a la madre. En la actualidad el paciente se encuentra en su hogar en muy buenas condiciones y con el diagnóstico de criptorquidia en tratamiento.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

EL análisis de casos clínicos en Enfermería permite seguir un modelo que analiza factores sociales, culturales y económicos del sistema de salud, determinantes importantes en la salud de la gestante.

Los factores de riesgo evitables en los recién nacidos con bajo peso debería ser importante en la atención primaria de salud. Es un control adecuado de futuras complicaciones de enfermedades crónicas diseñando planes de promoción y prevención evitando costos económicos y sociales con casos evitables. Es decir se hace necesario el análisis individual y detallado de cada caso.

A continuación se describen clasificaciones de estos factores de acuerdo a su origen en biológicos, ambientales, estilo de vida y los relacionados con la atención de salud (accesibilidad, calidad), económicos y socioculturales.

Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales (Quintana, 2003)

En el presente análisis de caso se evidencian especialmente factores de riesgo asociados a la madre cuidados prenatales como:

- Embarazo en la adolescencia
- Desnutrición de la madre (ganancia insuficiente de peso durante la gestación)
- Infecciones cervicovaginal
- Hábito de fumar

3.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores biológicos en el retraso de crecimiento intrauterino son de suma importancia como lo menciona (Perez, 2002), *los nacidos a término están en desventaja relativa con respecto a los de pretermo, quienes pueden tener a su favor el crecer normalmente in útero y paulatinamente en la etapa postnatal, recuperar su crecimiento físico, llegando a ser comparables con niños escolares normales. Mientras tanto, los niños a término que sufren de RCIU no necesariamente se recuperan.* Entre los factores causales se encuentran los que interfieren con la adecuada terminación del período de gestación y con la expresión del potencial de crecimiento. Así, durante la vida intrauterina, el feto puede ser afectado negativamente evidenciando un recién nacido prematuro y de bajo peso.

El índice de bajo peso al nacer (BPN) es un indicador de la situación nutricional de la colectividad, pues evidencia el estado de nutrición y salud de la madre durante la gestación. Por otro lado, el BPN es un indicador de probabilidad de muerte infantil, así como de retardo del desarrollo físico e intelectual (Perez, 2002). Existe desde luego mayor riesgo de padecer episodios de enfermedad infecciosa aguda durante la infancia, lo que a su vez conlleva a desnutrición y consecuentemente al círculo vicioso infección/desnutrición/infección y a un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas durante la edad adulta. Para evitar la prolongación de complicaciones a largo plazo es de vital importancia mantener al paciente en un buen control nutricional y de su estatura en cada una de las visitas médicas a realizarse debido a su estado el paciente esta propenso a las diferentes fases de desnutrición.

3.2.2 FACTORES AMBIENTALES

El desarrollo humano se define como el proceso de cambio que experimentan las personas a medida que avanzan en edad como lo menciona (Martell, 2007), *la influencia del medio ambiente especialmente la desnutrición y la pobreza, han sido ampliamente estudiadas y se ha demostrado su influencia negativa en el desarrollo cognitivo.* Basados en el modelo de ecuación estructural se evalúan los cinco mediadores de la pobreza que son: la condición física del hogar (vivienda), el nivel cognitivo de estimulación en el hogar, la salud del niño, el estilo de vida de los

padres y el cuidado del niño, siendo el más predominante la falta de estimulación cognitiva en el hogar. Debido a la falta de información por parte de los padres de nuestro paciente acerca de los cuidados y la importancia de una buena nutrición, nuestro paciente esta propenso a adquirir alteraciones mentales, de aprendizaje y del lenguaje, secuelas motoras y de conducta es primordial educar a los padres y a los familiares más cercanos a nuestro paciente acerca de los beneficios de una buena nutrición y como esta le ayudara en la etapa adulta a nuestro paciente.

3.2.3 ESTILO DE VIDA

Es de vital importancia mantener un estilo de vida saludable puesto que se evitara desarrollar enfermedades como lo menciona Graziella Fava Vizziello, en su libro Los hijos de las máquinas, *“el seguimiento enfoca la evolución de estos niños desde el punto de vista somático, funcional y psíquico, poniendo de relieve la importancia de las numerosas interacciones del médico y la familia, actividad que debe ser coadyuvada desde el inicio por otras figuras profesionales que son indispensables para estos niños.* . Al tener fundamento científico podemos indicar que un buen seguimiento médico a nuestro paciente formaría parte de la prevención en salud, enfocada en una prevención precoz de alteraciones, pues en los primeros meses de vida se juegan muchos parámetros de la vida del niño y también de sus padres.

Nuestro paciente presenta peso bajo y también se trata de un neonato por lo que para mantener una nutrición adecuada es muy importante la educación a la madre y a sus familiares más cercanos acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva y como esta aportaría los nutrientes necesarios durante los primeros seis meses de vida al organismo de nuestro paciente, y los beneficios que esta otorgaría tanto a la madre como al neonato, de esta manera impediríamos la desnutrición del paciente. Es primordial la educación a la madre sobre las técnicas de amamantamiento correcto pues si el recién nacido realiza una succión eficaz estimularía la producción de leche, lo que ayudaría de mejor manera al aumento de peso adecuado mejorando su estilo de vida y evitando complicaciones.

3.2.4 FACTORES SOCIALES

Dentro de la vida diaria es de gran importancia mantener una vida social activa menciona (Sandin, 2002) *Los factores sociales es el entorno en que las personas*

viven incluyendo el sistema de salud tomando en cuenta la distribución del dinero y recursos a nivel mundial. Basados en el fundamento científico podemos mencionar que los factores sociales son muy importantes en el desarrollo de los recién nacidos puesto que de esta manera se evitaría el aislamiento durante su infancia y un autoestima bajo, el paciente presenta muchos riesgos a nivel social ya que sus padres no cuentan con tan buenos recursos económicos y no cuentan con un trabajo estable, el padre está estudiando al igual que la madre y mientras los padres del paciente asisten a la universidad el paciente se queda al cuidado de la abuela materna la cual por los quehaceres domésticos no le da los cuidados adecuados al paciente el cual esta propenso a accidentes dentro del hogar y tampoco cuenta con el tiempo necesario para acudir a terapias para mejorar el desarrollo del paciente por lo que estarían retrasando las destrezas y el aprendizaje de nuestro paciente, los padres del paciente han pedido ayuda para sobrellevar la enfermedad de su hijo por medio de medios de comunicación y mejor organización de su tiempo, es de vital importancia mantener un estado emocional en la familia del paciente, educando acerca de la enfermedad respetando así creencias religiosas y alentando a los padres para que puedan sobrellevar la enfermedad de su hijo.

3.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Madre del paciente de 21 años refiere que hace un día y medio (07/04/2017) en horas de la noche presenta dolor abdominal tipo contracción de leve intensidad esporádica, no administra medicación, un día después en horas de la mañana acude al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato donde es valorada e indican regresar en horas de la noche posterior a la valoración. En horas de la tarde la paciente presente dolor intenso a nivel lumbar y descenso de líquido a nivel vaginal, por lo que la madre de la paciente decide trasladar a su hija en un taxi al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato ya que no existió facilidad y una oportuna respuesta por los organismos de atención ciudadana, en el caso mencionado la ambulancia solicitada tardo demasiado tiempo por lo que deciden trasladarse en taxi, al llegar al servicio de emergencia la paciente tiene algunos inconvenientes en la atención debido a que la sala de emergencia se encontraba llena

y todos los profesionales de la salud se encontraban prestando servicios a otros pacientes, minutos más tarde la madre de la paciente logra encontrar quien revisara a su hija, el cual atiende inmediatamente a la paciente, al revisar el historial clínico de la paciente, la presentación y las condiciones en la que se encontraba el feto decide trasladar de emergencia a la paciente al área Centro Obstétrico del hospital para ayudarla en su labor de parto donde es atendida inmediatamente. Luego de 45 minutos el personal de salud informa a la madre de la paciente que la intervención quirúrgica fue muy exitosa y que el neonato nació con algunos problemas de salud por lo que se lo trasladara al área de Neonatología a la sala de cuidados intensivos donde fue atendido inmediatamente.

3.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

3.4.1 Interrupción de la lactancia materna

Uno de los problemas primordiales que el paciente presenta es la interrupción de la lactancia materna debido a que la madre es estudiante universitaria y en sus horas libres se dedica a trabajar para poder continuar con sus estudios, manteniéndose ausente por largas horas de su hogar y de su hijo, manteniendo como uno de sus principales objetivos su deseo de superación personal y profesional, convirtiendo a la incorporación de la mujer al trabajo la causa principal de abandono de la lactancia materna como lo menciona (Suazo, 2013) *“La industrialización y urbanización de las poblaciones, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la cultura del biberón, la aparente falta de producción de leche, el rechazo del neonato, las enfermedades maternas, la vía de nacimiento, la hospitalización de la madre para atenderle su parto en un sitio en donde no se promueve ni apoya la lactancia, optándose por la separación del binomio en los famosos cuneros fisiológicos, la falta de acceso a guarderías para los hijos de las madres trabajadoras”*.

3.4.2 Lactancia materna Ineficaz

La madre de nuestro paciente se encuentra expuesta a una alimentación de muy baja calidad lo que compromete la salud del paciente, a pesar que la madre del paciente ha recibido educación sobre importancia de la lactancia materna, la recolección y conservación de la leche materna, es dificultoso la obtención de la leche materna puesto que la madre no cuenta con una buena cantidad de la misma por lo que la

abuela del recién nacido se ve obligada a complementar la alimentación del niño por biberón con leche de vaca, papillas y una vez al día con leche de fórmula desconociendo las ventajas de la leche materna como lo menciona (Alvarado, 2012) *“Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda la ablactación al sexto mes. Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en los primeros 12 meses de vida, protección contra problemas alérgicos, reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, en enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma”*.

3.4.3 Retraso en el crecimiento y desarrollo

Otro problema que podemos mencionar es el retraso de crecimiento y desarrollo que podría presentar el recién nacido, a más de los factores maternos antes mencionados podemos resaltar los cuidados que el cuidador en este caso la abuela del niño que puede brindar tomando en cuenta que la abuela del niño es una persona de la tercera edad la cual trabaja y casi no tiene tiempo disponible para cuidar del niño y apoyarlo de forma adecuada en todos los procedimientos afectivos, emocionales y prácticos que el recién nacido necesita, disminuyendo el estímulo que el recién nacido debería desarrollar de acuerdo a su edad. Es esencial fortalecer el vínculo entre madre e hijo para mejorar el desarrollo del recién nacido como lo menciona (Miranda, 2012) *“En el lactante pequeño el desarrollo y la evolución intelectual son difíciles de diferenciar de la maduración neurológica y conductual. En la infancia tardía o primera niñez, la función intelectual se mide cada vez más por la capacidad comunicativa y la habilidad para manejar material abstracto y simbólico. El crecimiento y desarrollo del niño/a va a estar apoyado en lo fundamental por la capacidad que tenga el niño de establecer vínculos de apoyo emocional, la capacidad para el amor y el afecto y la habilidad para manejar la ansiedad provocada por la frustración. El aprendizaje y el reforzamiento de la conducta son herramientas muy útiles para lograr un buen desarrollo psicomotor y social del*

niño”. Según (Miranda, 2012) “El retraso del crecimiento en la niñez es un resultado de la desnutrición materna y de la alimentación inadecuada del lactante y del niño pequeño, está correlacionado con el deterioro del desarrollo neurocognoscitivo y es un marcador del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y de una productividad reducida en etapas posteriores de la vida”.

3.4.4 PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Al analizar la historia clínica el paciente es dado de alta con apoyo de oxígeno debido a que no se logra destete de oxígeno y por la falta de adaptación de los pulmones a la vida extrauterina lo cual el paciente se dirige a su domicilio con oxígeno a 0.1 litros para mantener la saturación de oxígeno de 92% así lo menciona (Ibarra, 2014) En un pequeño porcentaje de niños de muy bajo peso se puede presentar una displasia broncopulmonar que será reversible, pero que ocasionará al niño frecuentes problemas respiratorios sobre todo en el primer año de vida. En ocasiones, estos niños son dados de alta y requieren en su domicilio oxígeno terapia, intentándose mantener unos niveles de saturación de oxígeno por pulsioximetría entre 90– 95%. Durante la alimentación y el sueño hay que incrementar los suplementos de oxígeno. El oxígeno suplementario se administrará hasta que se conserve en todo momento una SaO₂ (saturación arterial de oxígeno) cuando menos del 90% durante el sueño y la alimentación.

3.5 CARACTERIZACION DE PRIORIDADES

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE ENFERMERIA
<p>Interrupción de la lactancia materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un buen estado nutricional de la madre. • Ayudar a la madre a identificar los factores causales y las posibles soluciones a su alcance • Animar a la madre a que no limite el tiempo de alimentación al recién nacido • Instruir sobre las técnicas que aseguren el vaciamiento mamario.

	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan que posibilite la continuidad de la lactancia materna • Asesoramiento en la lactancia(Técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna) • Técnica correcta de lactancia materna y/o con fórmula adaptada. • Cuidados de las mamas en la desaparición de la secreción. • Técnicas de esterilización del biberón • Desarrollar un ejercicio práctico de extracción de leche materna. • Apoyo emocional a los padres y familiares • Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebé. • Determinar los conocimientos, la buena disposición y la habilidad de los padres
<p>Lactancia maternal ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el manejo del recién nacido • Educar al cuidador acerca de la dieta adecuada para el paciente • Informar cómo debe ser un ambiente adecuado en la hora de la comida • Fomentar los períodos de descanso frecuentes. • Fomentar la importancia del vínculo madre – hijo • Vínculo materno filial en la lactancia materna y lactancia artificial • Procedimientos que favorecen la ingesta,

	<p>digestión y absorción de los alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica correcta de lactancia materna. • Informar de las ventajas de la lactancia materna a demanda y de sus peculiaridades • Cuidados e higiene de las mamas. Corregir mitos • Dieta aconsejada durante la lactancia • Realizar un control ponderal periódico del lactante. • En caso de llanto del lactante tras las tetadas confirmar que este está causado por insatisfacción alimentaría y no por dolores cólicos u otras causas.
<p>Retraso en el crecimiento y desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el aporte de micronutrientes mediante el enriquecimiento de los alimentos (incluidos los alimentos complementarios) y el uso de suplementos en los casos en que sea necesario • Fomentar prácticas seguras de almacenamiento y manipulación de alimentos para evitar infecciones por contaminación microbiana y micotoxinas. • Integrar la nutrición en las estrategias de promoción de la salud y fortalecer la capacidad de prestación de servicios de los sistemas de atención primaria de salud y atención comunitaria para la

	<p>prevención del retraso del crecimiento y la malnutrición aguda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar la valoración del crecimiento lineal a los servicios sistemáticos de salud infantil. • Implementar estrategias para mejorar el vínculo entre los padres o cuidadores y el niño. • Fomentar actividades de estimulación infantil adecuada.
<p>Problemas Respiratorios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno suplementario para mantener una buena saturación • Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come. • Incorporar un esquema de signos de alarma dirigido a los padres, familiares y al cuidador del recién nacido.

4 PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

GUÍAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DIRIGIDOAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA, LOS PADRES Y EL CUIDADOR DEL RECIÉN NACIDOS CON PESO BAJO Y RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

PRESENTACIÓN

Las guías que se presentara a continuación se las han realizado con el fin de facilitar información básica, sencilla que todos podemos poner en práctica

Las guías clínicas son un instrumento esencial en la gestión sanitaria, puesto que contribuyen a garantizar el uso de buenas prácticas en la vida diaria y ayudan a tomar las decisiones más adecuadas.

Las Guías están destinadas al personal de Enfermería, a los padres, al cuidador y familiares, que será de especial interés al colectivo, ya que les facilitará conocimientos sobre el manejo y cuidado del recién nacido. Todas las recomendaciones que contiene esta publicación se sustentan en bibliografías. De este modo, las guías sirven para incrementar la calidad de vida y fomentar la reducción de problemas de salud.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta guía es contribuir con el conocimiento necesario que requieren los padres y el cuidador de la paciente y sus familiares para mejorar la calidad del paciente conociendo las necesidades y vulnerabilidad a la que se enfrenta el paciente con bajo peso, evitando así complicaciones.

Estas guías servirán al cuidador del paciente y familiares como un pilar fundamental en la conservación de salud, además se detallara posibles inconvenientes que podrían complicar la salud de neonato. La alimentación correcta de un recién nacido dentro de los primeros meses de vida es fundamental para un mejor crecimiento y desarrollo psicomotriz

Una pauta lógica y recomendable sería aprender cada uno de los lineamientos y supervisión de Enfermería y ponerlos en práctica en cuanto a nutrición, horarios de alimentación y control del recién nacido, para obtener resultados favorables a corto mediano y largo plazo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Diseñar unas guías de enfermería de actividades dirigido al cuidador basados en una teorizante de enfermería para mejorar la calidad de vida del recién nacido.

Objetivos específicos:

- Dar a conocer los beneficios de la leche materna para mejorar su estado nutricional.
- Fomentar la calidad de la alimentación a través de técnicas de extracción, conservación y transporte de la leche materna para mejorar el desarrollo psicosocial del recién nacido.
- Ejecutar actividades específicas de manejo y afectividad para el recién nacido.

JUSTIFICACIÓN

La importancia del tema radica en el hecho de que el peso bajo al nacer constituye una patología muy frecuente en pacientes con retraso de crecimiento intrauterino, siendo responsables de una morbimortalidad significativa. Por otra parte la enseñanza de las técnicas de amamantamiento a la madre del recién nacido permite reducir las complicaciones a largo plazo en el recién nacido. Desde el punto de vista socio económico, los beneficios obtenidos de la lactancia materna, ayuda a un rápido desarrollo y a la introducción del paciente como parte de la sociedad. La información recolectada, en este estudio, nos brindó un punto de partida para valorar la frecuencia de Bajo peso en el recién nacido. Por último deseamos que nuestro estudio sienta bases para la futura investigación de nuestros compañeros debido a que consideramos de gran importancia conocer la incidencia de esta patología, y nuestro estudio marca un inicio en la realización de los mismos. Por medio de estas actividades detalladas a continuación se podrá fomentar y estimular para una mejorar la calidad de vida a través de estas prácticas.

4.1 GUÍA INTRAHOSPITALARIA PARA EL BUEN MANEJO DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO

- Observar si hay sensación de vómito o náuseas.
- Observar presencia de ruidos intestinales cada 3 horas.
- Controlar el estado de líquidos y electrolitos.
- Evaluar reflejo de succión y deglución si se encuentran afectados por prematuridad colocar sonda oro gástrica si procede.

- Observar si no hay residuos de gástricos en cavidad oral si procede.
- Limpiar vías aéreas de mucosidad inmediatamente después del nacimiento.
- Elevar el cabecero de la cuna para favorecer la función respiratoria.
- Vigilar la temperatura del recién nacido.
- Mantener la temperatura corporal de recién nacido caliente.
- Observar la coloración del recién nacido.
- Monitorizar el ritmo cardiaco del recién nacido.
- Mantener permeabilidad de vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado.
- Vigilar frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de los músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como sonidos estertores.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- Observar si hay disnea y sucesos que mejoran o empeoran la estabilidad del paciente.
- Evaluar reflejos primarios y secundarios en el recién nacido.
- Educar a la madre sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Enseñar las técnicas correctas de amamantamiento.
- Identificar conjuntamente con la madre sobre las ventajas y la técnica correcta del método de la madre canguro.
- Dar a conocer las ventajas de la comunicación de la madre con el recién nacido al momento de la lactancia materna y durante el método de la madre canguro.
- Indicar a la madre los procedimientos adecuados al momento del baño del recién nacido y los métodos para evitar la pérdida del calor del recién nacido después del baño
- En relación con la higiene diaria, hasta la caída del cordón, en los primeros 7-14 días, éste se debe limpiar con agua y jabón, o con una gasa estéril impregnada en el centro con alcohol de 70°, dando unos toques en sentido circular en la base del ombligo.

- Educar a la madre del recién nacido cuales son los signos de alarma que debería comunicar al médico o dirigirse inmediatamente a una casa de salud
- Indicar la importancia que tienen las vacunas en el recién nacido ante la prevención de enfermedades.

4.2 GUÍA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ALIMENTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO MEDIANTE LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE LA LECHE MATERNA ANTE LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA.

CONCEPTO.-Es la interrupción en la continuidad del proceso de la lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al niño al pecho para la alimentación nutritiva con leche de excelente calidad

Objetivo.- Proporcionar los conocimientos necesarios para continuar la alimentación con leche materna mediante las técnicas de extracción de leche materna y el manejo del recién nacido.

PROCEDIMIENTO EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

- Mantener las uñas cortas.
- Lavarse bien las manos con agua y jabón.
- Limpieza de la areola del seno materno.
- Realizar un masaje circular en la base de la mama en dirección al pezón.
- Estimular suavemente el pezón estirándolo o rodeándolo entre los dedos.
- Extraer la leche.
- Se debe descartar los primeros chorros de leche obtenidos durante el proceso con el fin de reducir la carga bacteriana.
- Repetir el movimiento de forma rítmica, rotando la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- Alternar las mamas cada 5 minutos o cuando disminuya el flujo de la leche.
- Al terminar el proceso, aplicar un poco de leche en los pezones para evitar que se agrieten.
- Tanto la madre como el personal deben evitar hablar durante el proceso.

Conservación de la leche maternal

- Una vez extraída la leche materna, debe ser refrigerada para que no se degrade. Cuanto más refrigerada esté la leche y menos cambios de temperatura sufra, mejor.
- La leche se guardará en un recipiente apto (el colector del sacaleches, un biberón, botecitos especiales de almacenamiento de leche materna o bolsas especiales destinadas al mismo fin) y se introducirá rápidamente en refrigeración
- Antes de manipular la leche materna hay que lavarse bien las manos con jabón.
- Los recipientes de almacenamiento de leche materna deben estar bien limpios y aclarados.
- Congelar lo antes posible la leche materna si no va a usarse en los próximos tres días.
- Congelar la leche materna en pequeñas cantidades (50 o 100 ml) para darle al bebé sólo la que vaya a tomar inmediatamente.
- Siempre que sea posible se usará leche fresca (no congelada)
- Etiquetar los recipientes de leche congelada con la fecha.
- Consumir siempre la leche más antigua.
- Una vez descongelada la leche hay que removerla bien porque puede haberse separado en dos fases (igualmente en leche refrigerada en nevera).
- Se debe descongelar rápidamente una vez sacada del congelador. Si no se va a calentar rápidamente, es mejor mantener la cadena del frío de la leche hasta que se vaya a calentar.
- Se puede descongelar sumergiendo el bote de leche materna congelada en agua previamente calentada (pero no calentarla directamente al baño maría) o bien calentándola en el microondas y remover bien la leche después para que su temperatura sea uniforme.
- Nunca debe calentarse directamente en el fuego.

4.3 GUÍA PARA UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ MEDIANTE LAS TÉCNICAS DEL BUEN MANEJO AL RECIÉN NACIDO

CONCEPTO.- La leche materna humana es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento y desarrollo. Además contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé frente a infecciones y contribuye a estrechar el vínculo madre-hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.

Objetivo.- Educar a los padres y al cuidador sobre nuevas formas de alimentar al recién nacido y fomentar la lactancia materna exclusiva.

SENO MATERNO

PROCEDIMIENTO

- La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
- Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
- Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.
- Se enfoca nariz – pezón.
- Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
- Tocar con el pezón el labio inferior del niño para estimular que abra la boca BIEN GRANDE.
- Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
- Verificar que el labio inferior y superior estén hacia afuera, si lo hace de esta manera no debe sentir dolor sólo succión.
- Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente).
- El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.

- La punta de la nariz y el mentón deben quedar en contacto con el seno materno.
- Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
- Dar de alimentar de cada seno de unos 15 a 20 minutos.
- La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
- La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
- Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho.
- Evitar que se duerma durante la alimentación, despiértelo frotando su espalda y hablándole.
- Al finalizar la alimentación frotar suavemente y con movimientos firmes la espalda del recién nacido para ayudarle a eliminar los gases.
- Colocar al recién nacido en una posición que favorezca la ingesta, digestión y absorción de los alimentos

SIGNOS DE BUENA POSICIÓN

- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.

SIGNOS DE BUEN AGARRE

- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.
- Los labios del bebé están evertidos, sobretodo el inferior bien doblado hacia abajo.

- La boca del bebé está bien abierta.
- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).

SIGNOS DE BUENA SUCCIÓN

- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- Las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas.

4.3 ALIMENTACIÓN POR BIBERÓN CON LECHE MATERNA

PROCEDIMIENTO

- Educar a la madre sobre las técnicas de bioseguridad en la alimentación por biberón.
- Lavar la tetina con abundante agua y jabón.
- Una vez descongelada la leche hay que removerla bien porque puede haberse separado en dos fases (igualmente en leche refrigerada en nevera).
- Se debe descongelar rápidamente una vez sacada del congelador. Si no se va a calentar rápidamente, es mejor mantener la cadena del frío de la leche hasta que se vaya a calentar.
- Se puede descongelar sumergiendo el bote de leche materna congelada en agua previamente calentada (pero no calentarla directamente al baño maría) o bien calentándola en el microondas y remover bien la leche después para que su temperatura sea uniforme.
- Nunca debe calentarse directamente en el fuego.
- Si no se cuenta con leche materna escoger una de las presentaciones de las leches de fórmula ya sea en polvo, líquida o lista para usarla que más beneficiosa sea para el recién nacido.
- Encontrar un lugar cómodo en el que sentarse.
- Interactuar con el recién nacido.
- Sostener al infante en sus brazos o regazo.

- Mantener al infante en una posición semierguida con su cabeza inclinada hacia adelante ligeramente por encima del resto del cuerpo sostenida por el cuidador.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes de alimentar.
- Mantener la botella en ángulo para que la tetina esté completamente llena con la leche de fórmula.
- Asegurarse de que la fórmula fluya desde la botella chequeando que el orificio de la tetina sea del tamaño adecuado.
- Dejar al infante eructar periódicamente cuando lo necesite mientras se lo alimenta.
- Al finalizar el proceso de alimentación masajear suavemente y con movimientos firmes la espalda del recién nacido para ayudarlo a eliminar los gases.

4.4 GUÍA PARA UNA BUENA OXIGENOTERAPIA EN EL HOGAR

CONCEPTO.- Es el uso terapéutico del oxígeno y consiste en su administración a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir las manifestaciones de la hipoxia.

OBJETIVO.- Educar a los padres y al cuidador sobre la importancia del suplemento de oxígeno en el recién nacido y los cuidados que se debe tener en el mantenimiento del equipo de oxigenoterapia.

PROCEDIMIENTO

- No exponga el cilindro a temperaturas muy altas (sobre 50°C).
- Mantener alejados de estufas, cocinas y a enchufes eléctricos en mal estado.
- Mantenga el cilindro lo más alejado de los productos inflamables como parafina y gas licuado.
- Ubique el cilindro en una posición vertical, siempre manteniendo su base antiti-vuelco para evitar su caída. El lugar debe estar fresco y ventilado
- Abra y cierre la válvula en forma lenta. Asegúrese que las manos y la válvula estén limpias y libres de grasa o aceite

- Las válvulas y reguladores deben ser abiertos y cerrados con lentitud para evitar altas presiones de salida, que pueden provocar el deterioro del equipo e incluso incendiar el regulador si hubiera una fuente de calor cercana.
- Si el cilindro no está en uso, cierre la válvula y abra el flujómetro para liberar el oxígeno remanente.
- Cuando la aguja del reloj indique la cantidad sugerida por alguien del personal de la empresa, solicite nuevamente un cilindro de oxígeno.
- Asegúrese de que la perilla del regulador de flujo esté posicionada en cero (véase la ilustración 2).
- Asegúrese de que el mango en forma de T esté firme.
- Coloque la llave del cilindro en la válvula de encendido/apagado del tanque ubicada en la parte superior de éste.
- Abra la válvula girando una vuelta completa hacia la izquierda. Al abrirse la válvula, el indicador del regulador mostrará la cantidad de presión en el cilindro. Un cilindro lleno indicará aproximadamente 2,000 psi (libras por pulgada cuadrada).
- Adapte la perilla de flujo del regulador al índice de flujo que el médico haya recetado.
- Conecte el tubo al adaptador de unión del regulador

Cuidados específicos del neonato:

- Elegir el tamaño de cánula adecuado, midiendo la distancia que hay entre las narinas. Proteger la piel de la zona de la fijación.
- Fijar sobre la protección sin exceder los bordes.
- Valorar el estado clínico en forma frecuente, priorizando los aspectos respiratorios.
- Controlar la saturimetría, colocando las alarmas según recomendaciones.
- Valorar la presencia de secreciones y sus características.
- Mantener las narinas permeables.
- Rotar decúbito del recién nacido.
- Realizar los registros de enfermería en relación a la valoración del estado clínico del neonato y de las modificaciones de la FiO₂ y flujo.

Cuidados del sistema:

- Revisar las conexiones
- Controlar el flujo.
- Observar el burbujeo del frasco testigo.
- Realizar el recambio del dispositivo y rotular de acuerdo a las normas del servicio

LIMPIEZA DEL EQUIPO DE OXÍGENO

- El equipo de oxígeno debe limpiarse dos veces por semana.
- Desenrosque el humidificador y lávelo con agua caliente y jabón detergente fregándolo.
- Ponga la mascarilla o las gafas nasales en agua caliente con jabón detergente, dejándolo empapar durante 15 minutos.
- Quite cualquier cosa que se haya pegado en el equipo.
- Aclárelo con agua caliente. Sacuda el agua y déjelo secar.
- Sumerja el equipo en una palangana con la mitad de vinagre blanco y la mitad de agua hervida, durante 20 minutos. Asegúrese de que todo el equipo esté sumergido. Con cuidado sacuda el equipo después de los 20 minutos y tenga cuidado en no tocar la palangana o fregadero después de esta limpieza. Deje que se seque al aire.
- Puede utilizar la palangana con el vinagre blanco y el agua para 4 veces si lo tiene tapado.
- Ponga el equipo encima de un paño absorbente que esté limpio para que se seque. No use paños para secar.
- Vuelva a colocar el humidificador cuando esté seco y donde no haya polvo.

4.5 GUÍA DE ESTIMULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO PARA MEJORAR SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CONCEPTO.- Es la progresiva adquisición de capacidades en el niño, es lo que denominamos desarrollo psicomotor y no es más que la manifestación externa de cómo va madurando su Sistema Nervioso Central.

OBJETIVO.- Dar a conocer a los padres y al cuidador del recién nacido sobre los métodos de prevención y estimulación en el recién nacido para mejorar el crecimiento y desarrollo del recién nacido

PROCEDIMIENTO

- Mantener el vínculo entre la madre y/o cuidador y el recién nacido.
- Identificar conjuntamente con la madre los beneficios que la lactancia materna exclusiva le brindara al recién nacido a nivel psicomotriz.
- Aplicar las medidas de higiene antes de comenzar la lactancia materna
- Siempre que sea posible dar de alimentar al recién nacido en un lugar tranquilo y rejado.
- Sostener al niño y hablar con él durante la alimentación para estimularlo.
- Aplicar las medidas de seguridad durante el baño del recién nacido.
- Aplicar los procedimientos correctos para evitar las pérdidas de calor del recién nacido.
- Mantener contacto visual y hablar al bebe mientras se le administran los cuidados.
- Mantener un esquema de vacunación regular.
- Comunicar al médico si se presentan signos de alarma

V CONCLUSIONES

- Se determinó la manera práctica acerca del bajo peso y el retraso de crecimiento intrauterino y todas las complicaciones que estos puede ocasionar; y así con estas bases, se pudo individualizar que tipos de cuidados según las necesidades alteradas, necesitan los pacientes con este padecimiento, para que tenga menos impacto en su vida diaria y una mejor calidad en su estado de salud mediante una guía clínica de cuidados en caminata al paciente, cuidador y familia.
- Se pudo identificar los diferentes factores de riesgo que causaron distintas complicaciones dentro de la vida del paciente y que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema más utilizadas y consideradas en gran medida por estas familias fueron: confrontación, búsqueda de apoyo social, planificación, situación socioeconómica y aceptación de responsabilidades.

De algunas de las anteriores categorías surgieron subcategorías tales como: cambio de roles, apoyo espiritual e independencia y vida personal.

- La madre del paciente recibió atención especializada para afrontar los diferentes problemas de salud que podría presentar el niño durante la evolución de su enfermedad, además se educó a los padres, la familia y el cuidador del niño sobre la importancia que tiene la lactancia materna en los recién nacidos,
- Se logró realizar un plan de actividades dirigidos a los padres del recién nacido y también a su cuidador ante las posibles complicaciones que podría tener el niño si mantiene el peso bajo, brindando conocimientos por medio de los pasos a seguir en este tipo de pacientes

VI RECOMENDACIONES:

- Es recomendable establecer una meta en el mejoramiento del crecimiento del recién nacido con peso bajo de esta forma se obtendrá nuevos conocimientos para brindar un cuidado especial y evitar complicaciones.
- Brindar consejería a la madre sobre alimentación para mejorar la calidad de vida del recién nacido.
- Se recomendable identificar conjuntamente con la madre las ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido.
- Es recomendable realizar talleres sobre técnicas de amamantamiento y estimulación infantil conjuntamente con los padres y el cuidador del recién nacido para lograr un mejor desarrollo cognitivo y de esta manera reducir la desnutrición infantil.

VII BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo, A. (2010). Guías de control de signos vitales en la población infantil y adolescente. Chillán.
2. Alvarado, A. (2012). Causas de Deserción de Lactancia Materna Exclusiva en Madres con Niños Menores de Seis Meses de Edad. Venezuela: Panamericana.
3. Álvarez, A. (Junio 2013). Determinación de factores de riesgo asociados a restricción de crecimiento intrauterino. Biociencias, 10-12.
4. Bonito, R. R. (2012). Manual de neonatología. México: McGRAW HILL.
5. Consuegra, R. S. (2010). Líquidos y electrolitos en el recién nacido. Colombia.
6. Faneite, P. (2011). ¿Tiene importancia el bajo peso neonatal? Caracas.
7. Gonzales, G. L. (2009). Saturación venosa de oxígeno en el niño críticamente enfermo. Scielo.
8. Ibarra, K. H. (2014). Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico. Colombia.
9. Lizarazo, J. (2012). Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer. Colombia: Panamericana.
10. Maldonado, J. A. (2011). Nuevas evidencias sobre la nutrición del recién nacido prematuro y la lactancia materna. Sevilla.
11. Martell, M. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana de Montevideo. Uruguay.
12. Miranda, R. (2012). Crecimiento y desarrollo en pediatría generalidades. La Habana.
13. Nanning, P. M. (2005). Guías Nacionales de Neonatología. Chile: Comité Editorial.

14. Obstetricia, s. e. (s.f.).
15. Olusanya, B. (2012). Intrauterine growth restriction in a lowincome country: Risk factors, adverse perinatal outcomes and correlation with current WHO Multicenter Growth Reference. USA: Epub.
16. Pérez, M. (2007). Nutricion parenteral en el neonato. Cali: Distribuna.
17. Perez, O. M. (2002). Relación del bajo peso al nacer con el desarrollo psicomotor del niño en Puriscal. Costa Rica.
18. Publica, M. S. (2008). Ecuador.
19. Quintana, N. V. (2003). Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Mexico: Departamento de Ediciones Médicas.
20. Reyes, R. A. (2011). La radiografía del tórax del recién nacido.Evaluación de la técnica radiológica. Mexico.
21. Rodriguez, J. P. (2009). Gluconato cálcico 10% endovenoso: cuidados de las vías de infusión en prematuros. Murcia .
22. Sandin, B. (2002). Estres y factores sociales . Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 142-147.
23. Sanín-B. JE, G. D. (2012). Diagnóstico y seguimiento del feto con Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y del feto pequeño para la edad gestacional (PEG). Colombia.
24. Suazo, H. G. (2013). Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel. Mexico: CONAPEME.
25. Torales, G. (2008). Restricción de Crecimiento Intrauterino: Causas, Características Clínicas, y Evaluación de Factores Asociados a Policitemia Sintomática. Chile: Asunción.
26. Torre, R. M. (2011). Gasometria arterial.Obtencion de la muestra e interpretacion basica de sus resultadois. Revista Medica MD.

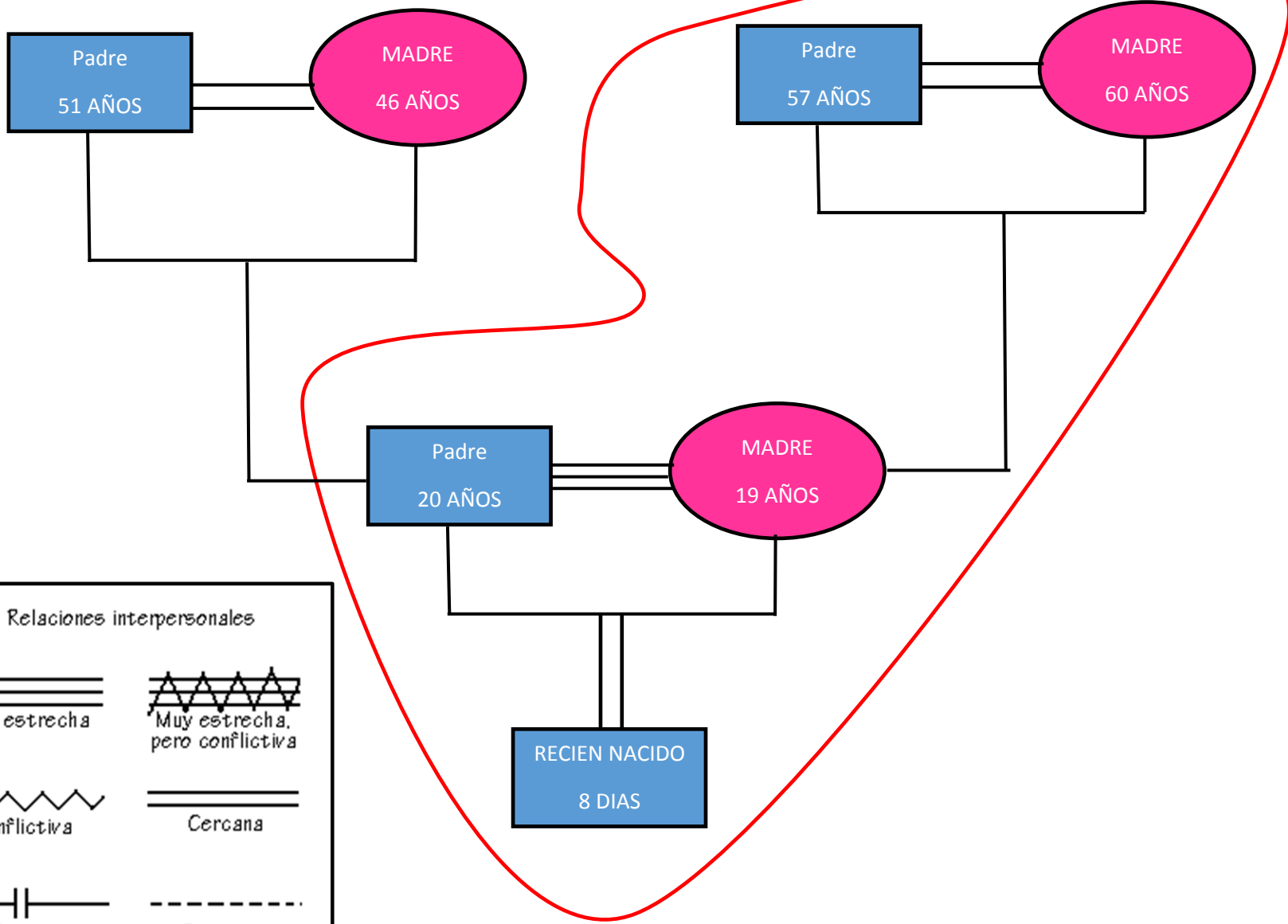
27. Vidalon, H. (2014). Uso de la ecografía transfontanelar en el diagnóstico precoz de patologías cerebrales en el recién nacido. Lima - Perú: CC BY.
28. Votta R, P. O. (2003). Obstetricia 5ª Edición. Buenos Aires: López Libreros.
29. Ministerio de salud pública. (2008). Normas y Protocolos de Atención Obstétrica. Ecuador. Pp, 1,104 - 120. (Documento de trabajo)
30. Caetano. L. (2003). Estudio bibliográfico sobre succión no-nutritiva en bebés prematuros. Recuperado el 25 de enero del 2018, disponible en <http://www.scielo.br>
31. Milad. L. Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Recuperado el 25 de enero del 2018, disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org>
32. Ticona. M. (2014). Retraso del crecimiento intrauterino en el Perú: factores estresantes y resultados perinatales en hospitales del Ministerio de Salud, recuperado el 23 de enero del 2018, disponible en <http://www.bvs.org.ec>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

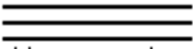

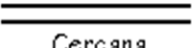
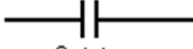
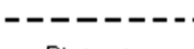
- **PROQUEST.** Pérez. N. (2007). Recién nacido con bajo peso: algunos factores de riesgo asociado. Recuperado el 26 de Enero del 2018, disponible en <https://ebookcentral.proquest.com>
- **PROQUEST.** Gómez. E. La nutrición materna. Su repercusión en el peso del recién nacido. Recuperado el 26 de Enero del 2018, disponible en <https://ebookcentral.proquest.com>

VIII ANEXOS

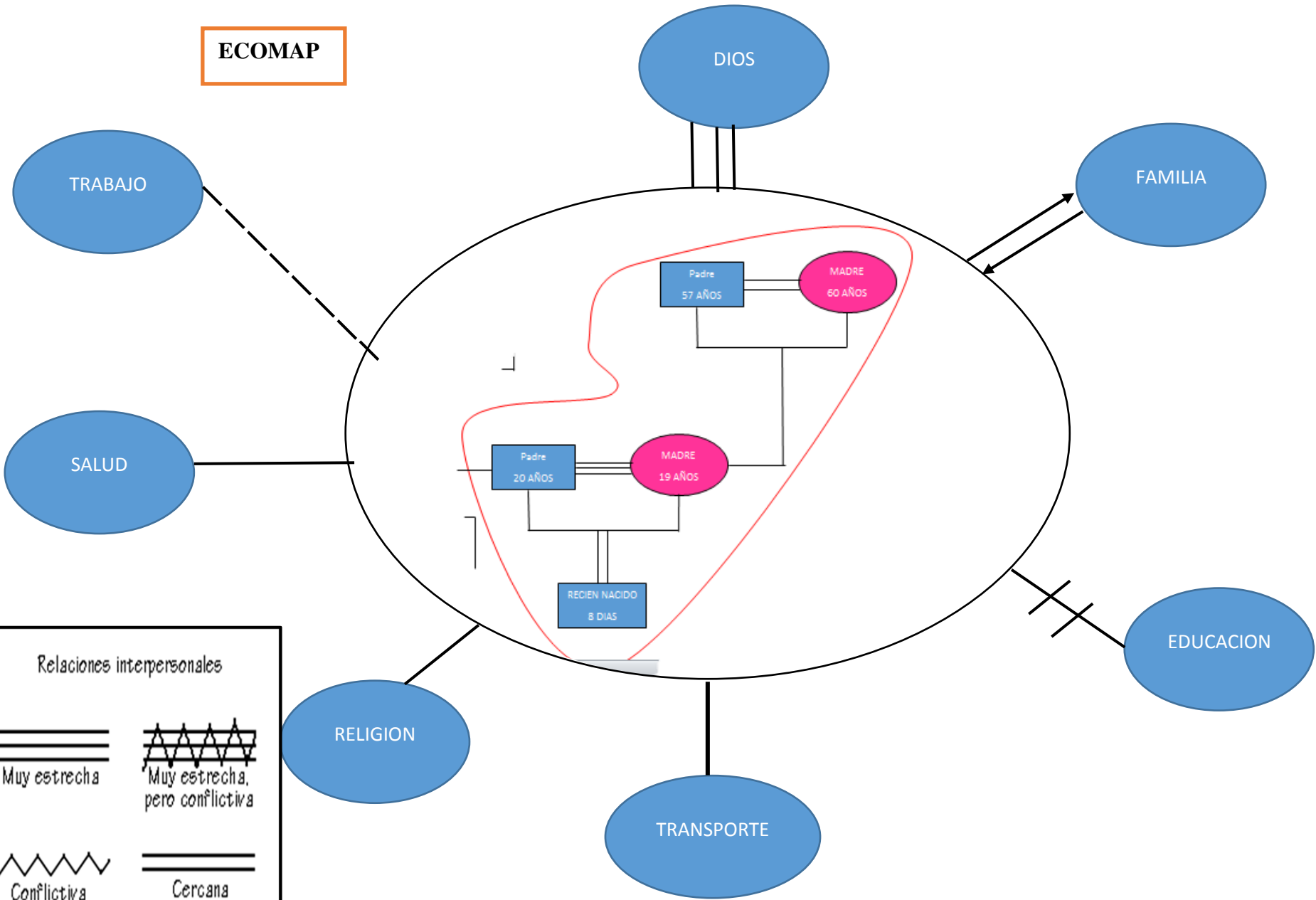
FAMILIOGRAMA



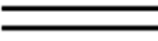
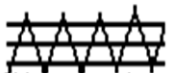

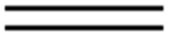
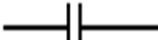
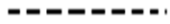
Relaciones interpersonales

 Muy estrecha	 Muy estrecha, pero conflictiva
 Conflictiva	 Cercana
 Quiebre	 Distante

ECOMAP



Relaciones interpersonales

	
Muy estrecha	Muy estrecha, pero conflictiva
	
Conflictiva	Cercana
	
Quiebre	Distante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

A través de este medio doy mi consentimiento para que todo el material de la historia clínica, imágenes y cualquier otro tipo de información acerca del paciente mencionado a continuación, sea publicado en artículos científicos o como trabajo de graduación que el autor considere pertinentes con fines científicos y educativos.

Nombre del paciente: Gejman David Barranzuela Buenano


Comprendo que no se publicará mi nombre o el nombre de mi familiar y que se intentará en todo lo posible mantener el anonimato de la identidad en el texto y en imágenes.

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación, pero una vez que la información haya sido consignada para publicación ("en imprenta") ya no será posible revocar el consentimiento.

A través de este medio manifiesto a la persona o institución correspondiente que he entendido y aprobado lo mencionado con anterioridad.

Nombre del padre, madre o tutor legal: Mercedes Elizabeth Buenano Sánchez

Documento de identidad (tipo y número): 180512782-4 Parentesco: Madre

Firma del Paciente:  Fecha: 29-06-2017



Ministerio de Salud Pública

Hospital Provincial General Docente Ambato

Handwritten signature and stamp with date 11/33

Oficio Nro. MSP-CZ3-HPDA-2017-0233

Ambato, 15 de mayo de 2017

Asunto: Respuesta --Dr. José Marcelo Ochoa UTA, solicita autorización para el ingreso de las señoritas estudiantes de enfermería Jacqueline Lua, Dayana Revelo, Leticia Torres, para acceder a historia clínica- Hospital General Docente Ambato

Señor Magister
Jose Marcelo Ochoa
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. Oficio.Nº.UTA-FCS-2017-0078-O firmado por el Dr. José Marcelo Ochoa Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTA, quien solicita autorización para el ingreso de las señoritas estudiantes de enfermería Jacqueline Lua, Dayana Revelo y Leticia Torres, para acceder a historia clínica con la finalidad de realizar el Proyecto de Investigación modalidad Análisis de Caso Clínico; me permito indicar que en los Convenios Interinstitucionales suscritos entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud, la actividad requerida procede, por lo que se autoriza lo solicitado, Agradeceremos que en defensa de los Derechos de los Pacientes y de los Principios Éticos Fundamentales, al presentar los casos clínicos se omitan nombres o datos que identifiquen a la o el paciente; y de ser el caso si el requerimiento es de datos y acercamiento al paciente se deberá solicitar el Consentimiento Informado y dejar constancia de esto en la Historia Clínica.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Handwritten signature of Dr. Carlos Gustavo López Barrionuevo

Documento firmado electrónicamente

Dr. Carlos Gustavo López Barrionuevo
GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO

Referencias:
- MSP-CZ3-HPDA-AU-2017-0275-E



Handwritten note: Se trata como Enfermería y Nutrición

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
Teléfono(s): 032521081

Documento No. : UTA-FCS-2017-0981-E
Fecha : 2017-05-17 11:36:04 GMT -05
Recibido por : Lourdes Paola Silva Chavez

Para verificar el estado de su documento ingrese a
Av. Pasteur y Universidad Nacional Cashapambaa
Teléfonos: 593 (03) 2824209 - 2825792 - 2841858