



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**APLICADO A UN PACIENTE RECIÉN  
NACIDO PREMATURO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**CECILIA ALVAREZ GALICIA**

No. CTA. 078513284

DIRECTOR DE TRABAJO: LIC. ENFER. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MÉXICO, NOVIEMBRE 2004

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

*Agradezco a Dios.*

*A mi madre que permanece viva en mi corazón, a mis hijos  
Dany, Atzin y Amaury con mi más infinita gratitud por su  
confianza y amor.*

## INDICE.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	5
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>METODOLOGIA</b> .....	6
<b>CAPITULO 2.MARCO TEORICO.</b>	
2 1.Concepto de Enfermería.....	8
1. Respuestas humanas.....	9
2 Funciones de Enfermería.....	10
<b>2.2 Conceptos básicos del Proceso Atención de Enfermería.</b>	
1. Antecedentes del proceso atención de enfermería.....	11
2. concepto.....	11
3. Características.....	11
4. Beneficios de su aplicación.....	12
5. Etapas del proceso atención de enfermería.....	13
A).Definición de Valoración.....	13
- etapas de valoración.	
- Recolección de datos.	
- Validación.	
- Registro.	
B).Definición de Diagnóstico de enfermería .....	14
- Etapas del diagnostico del diagnostico de enfermería.....	14
- Razonamiento diagnóstico.....	14
- Formulación de diagnósticos.....	14
- Problemas interdependiente.....	16
- Clasificación de problemas interdependientes.....	16
- Validación.....	16
- Registro.....	16
C).Definición de Planeación. ....	17
Etapas.....	17
D).Definición de Ejecución .....	17
Etapas.....	17
E).Definición de Evaluación .....	18
<b>2.4 Recién nacido prematuro .....</b>	19
1. Concepto.....	19
2. Etiología.....	19
3. Características anatómicas.....	20
4. Funciones sensoriales.....	21

5. Características fisiológicas.....	21
<b>2.5 Cuidados de enfermería al recién nacido prematuro.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6 Membrana hialina.....</b>	<b>29.</b>
1. Concepto.....	29
2. Etiopatogénia.....	29
3. Signos y síntomas.....	30
4. Criterios de valoración.....	31
5. Planificación de cuidados.....	31
<b>2.7 Sepsis neonatal.....</b>	<b>35</b>
1. Concepto.....	35
2. Etiopatogénia.....	35
3. Signos y síntomas.....	35
4. Criterios de valoración.....	36
5. Planificación de cuidados.....	37
 <b>CAPITULO 3 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.</b>	
3.1 Presentación del caso.....	41
3.2 Valoración.....	42
3.3 Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.....	44
3.4 Planeación y ejecución .....	45
3.5 Evaluación final.....	62
 <b>CAPITULO 4. Conclusiones.....</b>	
Sugerencias.....	64
Glosario.....	65
Bibliografía.....	66
 Anexos.....	 67

## **INTRODUCCIÓN.**

La profesión de enfermería ha tenido grandes cambios científicos, tecnológicos, educativos, económicos y políticos debido a la presencia de diversos líderes y organizaciones profesionales.

Gracias al proceso de atención de enfermería, hoy en día la enfermera cuestiona, valora y toma decisiones, dicho proceso ha modificado la actitud de enfermería, contemplando al individuo en forma integral debido a que le permite identificar problemas de salud, capacidades, objetivos reales intervenciones individualizadas para la atención de calidad y holística del paciente, familia y comunidad.

El estudio de caso que a continuación se presenta ha sido elaborado bajo la metodología del Proceso de atención enfermería o Proceso enfermero. Tratándose de un recién nacido prematuro de 34 semanas de gestación, que por sus características biológicas presenta alteraciones de salud, teniendo como lugar de nacimiento el Hospital Materno Infantil Tlahuac, el día 12 de abril de 2004.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Durante el ejercicio profesional de enfermería es necesario contar con una serie de elementos teóricos y prácticos que nos permitan brindar una atención integral y de calidad al cliente.

El proceso de atención de Enfermería o Proceso Enfermero es una estrategia que favorece la formación profesional de enfermería, mediante el pensamiento crítico, de manera sistematizada e individualizada.

Con base a lo anterior se aplicará un Proceso atención de enfermería o Proceso enfermero, como opción de titulación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

## **OBJETIVOS.**

- Contar con un instrumento que sirva de base para la realización del examen profesional y titulación.
- Conocer la metodología del Proceso Enfermero.
- Mejorar la calidad de atención al recién nacido prematuro, mediante la investigación de los cuidados y características fisiológicas del recién nacido.

## I METODOLOGÍA.

La aplicación del proceso de atención de enfermería se lleva a cabo en el Hospital Materno infantil Tlahuac, en el periodo comprendido del 12 de abril del 2004 al 27 de abril del 2004, en el servicio de cunero patológico. Aplicado a un recién nacido prematuro o de pretérmino.

**1. Etapa de valoración:** la información se obtuvo a través de las siguientes fuentes:

- a. Historia clínica. Contiene una ficha de identificación del neonato, antecedentes prenatales, patología materna, trabajo de parto, técnicas de reanimación empleadas, composición familiar, exploración física que incluye: somatometría al nacer, inspección general y métodos de exploración por aparatos y sistemas.
- a. Expediente clínico contiene información importante del neonato como son los diagnósticos médicos, resultados de laboratorio, aspectos sociales del recién nacido, entre otros, que nos ayudan a integrar información de utilidad para la valoración.
- b. Hojas de registro de enfermería, el registro diario de las observaciones, cuidados y constantes vitales, nos brindan un panorama actual para la valoración de enfermería diariamente, que nos sirve como guía para las intervenciones de enfermería, así como nos mantiene informados sobre la evolución del paciente.
- c. Madre del neonato se lleva a cabo un interrogatorio en un clima de confianza con la madre del neonato ,atendiendo sus inquietudes y permitiendo elaborar una historia clínica
- d. Fuentes bibliografías, son una base fundamental para conocer, investigar todos los datos obtenidos mediante la valoración que afectan directamente al neonato , los cuales nos sirven para fundamentar nuestras acciones de enfermería.
- e. Toda esta información fue registra por medio de notas informales, posteriormente fue organizada llegando a la valoración de enfermería.

**2. Etapa de diagnósticos de enfermería**, el primer paso fue utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA. Identificando el problema y necesidades del neonato :

CATEGORÍA DIAGNOSTICA +ETIOLOGIA +SIGNOS Y SÍNTOMAS en el caso del diagnóstico de enfermería real.

CATEGORÍA DIAGNOSTICA + FACTORES DE RIESGO. En el caso del diagnóstico de enfermería de riesgo.

**3. La planeación**, se establecen prioridades de acuerdo a los diagnósticos y problemas interdependientes, de acuerdo a esto se elaboran los objetivos y se determinan las acciones de enfermería.

**4. En la ejecución** se inician las intervenciones de enfermería de acuerdo a los objetivos planeados.

**5. En la evaluación** se determinó el progreso del recién nacido que obtuvo mediante las intervenciones de enfermería.

Todas las etapas mencionadas fueron registradas en el formato del Proceso Enfermero, que contiene: Diagnóstico de enfermería, objetivos, intervención de enfermería, fundamentación científica y evaluación.

## 2. MARCO TEORICO.

### 2.1 Concepto de enfermería.

Enfermería es la "ciencia" y el "arte" de proporcionar cuidados de "predicción, prevención y tratamiento" de las respuestas humanas del "individuo, familia y comunidad a procesos vitales de salud reales o potenciales así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas Fisiopatológicas.

La enfermería se considera una ciencia por que integra un conjunto de conocimientos sistemáticos respectivos al cuidado enfermero, empleo del método científico durante y para el ejercicio profesional y conformación de un lenguaje especializado como elemento organizador de los conocimientos.

La enfermería es un arte por ser una profesión que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace ser creativa e innovadora.

La razón de ser de la enfermería es cuidar la salud mediante la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, en el individuo, familia y comunidad.

**Las respuestas humanas** es la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad. Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos.

**Las respuestas Fisiopatológicas** es la forma de responder del organismo ante el proceso de la enfermedad que se hace evidente a través de manifestaciones objetivas y subjetivas, estas respuestas por un lado pueden permitir conservar la homeostasia, pero también pueden conducir a su pérdida o recuperación. Las respuestas pueden ser de los sistemas: respiratorio, digestivo, urinario, cardiovascular , reproductor, neurológico, endocrino, Musculoesquelético, inmunológico. Ejemplo fiebre, diarrea, hipertensión arterial, tos inflamación etc<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> RODRÍGUEZ B. Proceso enfermero, 2 edición, edit. Cuellar. México. Pág. 21, 22., 23.

## 1. Respuesta humanas:

1. Patrón de intercambio: explora funciones fisiológicas que realiza el organismo par mantener un equilibrio en su entorno
2. Comunicación: intercambio de ideas o pensamientos, transmisión de pensamientos.
3. Patrón de relación: ubica al hombre como ser social que convive y establece lasos afectivos que intervienen en su desarrollo.
4. Patrón de valoración. Abarca aspectos socioculturales del individuo y grupo así como las creencias religiosas.
5. Patrón de elección: respuestas de la persona ante una situación dada y considera el estrés, afrontamiento, opinión, cambio en la anatomía y fisiología del cuerpo originados por la edad o alguna patología
6. Patrón de movimiento: el hombre tiene la necesidad de moverse libremente y sin dificultad par satisfacer necesidades básicas como de alimentación y eliminación entre otras.
7. Patrón de percepción: analiza como el hombre percibe de forma diferente el entorno de acuerdo a su cosmovisión (filosofía ante la vida, conocimientos y experiencias), así como las dificultades en la percepción originadas o trastornos neurológicos o por la edad.
8. Patrón de conocimiento. Incluye la valoración del individuo desde el punto de vista de información recibida, interés, capacidad de aprendizaje para el autocuidado y alteraciones en los procesos del pensamiento.
9. Patrón de sentimiento s. Considera las sensaciones molestas que tiene el individuo como resultado de la enfermedad y que guían sus pensamientos y actividades, también abarca las diversas experiencias relacionadas con el<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ibidem. Pág. 21,22,23.

## 2. Funciones de enfermería

- **Funciones independientes** son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de la enfermería, que es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, por lo tanto no requieren de prescripción médica. Ejemplos:
  - Medir constantes vitales.
  - Controlar la temperatura por medios físicos
  - Realizar en el usuario medidas higiénicas.
  - Verificar la ingesta de líquidos y alimentos.
  - Brindar apoyo emocional al usuario y a su familia
- **Funciones interdependientes** son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes de equipo sanitario, quedando incluido en este rubro la prescripción médica. Ejemplos:

Administración de medicamentos orales.

Infusión de soluciones intravenosas.

Obtención de muestras de laboratorio.

Administración de esquema de insulina<sup>3</sup>

Administración de oxígeno.

---

3

## **2.2 CONCEPTOS BÁSICOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.**

### **1. Antecedentes del proceso enfermero.**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1995 lo describió como un proceso distinto. Jhonson (1959), Orlando (1959), y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Waslsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinal (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iré) 1997:9.

Para la asociación Americana de Enfermería (A.N A) el proceso es considerado como un estándar para la práctica de esta profesión. Favorece el desarrollo de enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.

### **2. Concepto.**

Es el método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

### **3. Características.**

Es un método por que es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen aun orden lógico y conducen al logro de resultados<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>Ibidem. Pág. 29, 31.

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar

Es intencionado por que se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos ( capacidades), del desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse a los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir dela interrelación humano-humano con los usuarios para lograr y acordar objetivos comunes.

#### **4. Beneficios de su aplicación.**

Con la aplicación del proceso enfermo se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera profesional realiza numerosas acciones que van mas allá de una prescripción médica.

Las enfermeras (os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valorados por los integrantes del equipo sanitario, favorecen el desarrollo del pensamiento crítico, es decir un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de objetivos, pues emplea principios y el método científico par emitir juicios basados en evidencias.

El pensamiento crítico es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones. Sus componentes son los conocimientos, la experiencia, práctica, el empleo del método científico, empleo del proceso enfermero y toma de decisiones.

## 5 Etapas del proceso atención de enfermería:

**A) Valoración** es la primera etapa del proceso enfermero, que nos permiten reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y Fisiopatológicas, así como los recursos con los que cuentan. Con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

### Etapas de la valoración:

**1.Recolección de información:** puede ser por fuentes directas como el usuario, familia, amigos y otros profesionales de salud. Y fuentes indirectas como el expediente clínico y bibliografía relevante.

#### Tipos de datos:

- Datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiesta una percepción de carácter individual (temor, dolor, impotencia etc.)
- Datos objetivos es la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (talla, peso, frecuencia cardíaca, edema, coloración etc.)
- Datos históricos se refieren a los hechos pasados y que se relacionan con la salud del usuario (antecedentes familiares y personales de enfermedad, tratamientos médicos, etc.)
- Datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son motivo de consulta u hospitalización ( hipertensión, deshidratación, sangrado, trabajo de parto, etc.)<sup>5 6</sup>

#### Métodos para la recolección de datos:

- La Entrevista es una labor compleja que requiere de habilidad en la comunicación y de la interrelación estrecha con el usuario. Tiene como finalidad la obtención de

<sup>5</sup> Ob.cit.RODTIGUEZ Pág. 33, 52.

<sup>6</sup> IYER, P. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª edición, editorial MC.Hill interamericana, México 1997, pág. 27,28.

información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, la iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo, respeto y confianza y el establecimiento de objetivos comunes entre enfermera (o) y el usuario.

- El examen físico permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud de un individuo y determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería y médicas. Para efectuar el examen físico se requiere de cuatro técnicas principales: inspección, palpación, percusión y auscultación.

**2. Validación de información**, una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos, comparando datos objetivos con los subjetivos, consultando al usuario o familiar y otros integrantes del equipo de salud.

**3 Registro de la información**, consiste en registrar y anotar los datos que se obtuvieron en la entrevista y exploración clínica.

**B) Diagnóstico de enfermería** consiste en el análisis de la información obtenida por medio de la valoración, para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente,

### **Etapas del diagnóstico enfermero:**

**1. Razonamiento diagnóstico** es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas. La enfermera (o) durante el razonamiento diagnóstico realiza diversas funciones intelectuales, integra los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico. Se inicia desde el primer contacto que se tiene con el paciente, identificando sus problemas, su etiología, datos objetivos subjetivos, factores relacionados, para posteriormente identificarlos con las categorías diagnósticas de la NANDA, y consultando la bibliografía sobre la fisiopatología, hasta llegar a identificar si es un problema interdependiente o un diagnóstico de enfermería.<sup>7</sup>

## **2. Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes**

“Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente”.

---

7

Ob. Cit. RODRÍGUEZ B. Pág. 45, 46, 51, 55.

**Clasificación y estructura de los diagnósticos de enfermería.** Para redactar el diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N. A N D A. Previamente identificados por el personal de enfermería.

### **El diagnóstico enfermero se clasifica en reales, de riesgo y de salud.**

**EL diagnóstico enfermero real** describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) además de tener factores relacionados. Estructura:

*Problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos.*

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales, espirituales y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias – sintomatología), son evidencia de que el problema existe.

El problema se une a factores relacionados con y esto se une con las características definitorias mediante la palabra manifestado por ejemplo:

Duelo *relacionado con* pérdida de una parte corporal (extremidad inferior derecha) *manifestado por*, tristeza, llanto, dificultad para expresar sus sentimientos, pérdida del apetito y dificultad para dormir.

**El diagnóstico de enfermero de riesgo (potencial)** describe respuestas humanas que<sup>8</sup> pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo (etiología.) Estructura:

*Problema + factores de riesgo(son los que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo) Ejemplo:*

Riesgo de infección *relacionado con* enfermedad crónica y desnutrición.

---

<sup>8</sup> Ibidem. Pág.62,69,71

**El diagnóstico de enfermero de salud** es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar. Estructura:

*Potencial de mejora o potencial de aumento + Nombre correspondiente a la respuesta humana. Ejemplo. Potencial de mejora en el afrontamiento de la comunidad.*

**Problemas interdependientes** es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario. Se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta a éste como de la evolución de la situación patológica, lo que lo sitúa en el ámbito de la interdependencia con otro profesional.

#### **Clasificación de problemas interdependientes.**

-Los problemas interdependientes se clasifican en reales y de riesgo. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas se trata de un problema interdependiente real, y si existen factores de riesgo pero aún no hay manifestaciones clínicas se trata de un problema interdependiente de riesgo. Estructura:

Reales: *problema + etiología del problema + sintomatología. Ejemplo:*

Sangrado de tubo digestivo secundario a varices esofágicas manifestado por hematemesis y melenas.

De riesgo: *problema + etiología + riesgo de. Ejemplo: Riesgo de hemorragia secundaria a cirugía abdominal.*

**3. Validación.** consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependiente

**4 Registros de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.** En los planes de cuidados para iniciar la etapa de planeación.

**C) Planeación** es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

#### **Etapas de la planeación.**

- **1. Establecer prioridades:** de acuerdo a la jerarquización de necesidades del usuario, de acuerdo a los diagnósticos de enfermería realizados anteriormente.
  
- **2. Elaborar objetivos,** nos permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados. Deben contener los siguientes elementos: sujeto, verbo, condición circunstancia en que debe de realizarse la conducta y criterios de realización (tiempo, grado de tolerancia o dificultad)
  
- **Ejemplo:** La señora Hernández describirá todos los cuidados que debe tener con sus pies, después de asistir al programa educativo.
  
- **3. Determinar acciones de enfermería** son estrategias concretas diseñadas para ayudar al usuario a conseguir los objetivos.
  
- **4. Documentar el plan de cuidados,** registrar dentro de los componentes de un plan de cuidados, que permita guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.<sup>9</sup>

**D) Ejecución.** Consiste en llevar a la práctica el plan mediante las acciones de enfermería que conduzcan al logro de los objetivos establecidos

#### **Etapas de la ejecución:**

- 1. Preparación:** para el desarrollo de de cada actividad se requiere de conocimientos, habilidades, recursos humanos y materiales y un ambiente seguro y confortable.
  
- 2. Intervención de enfermería independientes e interdependientes** planeadas que incluyen la prestación de cuidados para conseguir los objetivos, la educación al

---

<sup>9</sup>Ibidem. RODRÍGUEZ B. pág. 62,69,71.

usuario, a la familia, comunidad y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

3. **Documentación:** es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal.

**E). Evaluación.** Permite determinar del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. Determina la eficacia y si es necesario la modificación de la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución, para la solución de la problemática de salud del usuario , familia y comunidad.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Ibidem. 89,90, 93,94.

## 2.4 RECIÉN NACIDO PREMATURO.

### 1. Concepto.

El recién nacido prematuro o de pretermino es aquel cuya edad gestacional es menor de 37 semanas. Las desventajas de ser prematuro derivan de su problema esencial: la “inmadurez” de los diferentes aparatos y sistemas, determinan el deterioro por arrastre, en un círculo vicioso, de funciones principales como la función pulmonar, la cardiovascular, la cerebral, la renal etc. Lo que conlleva a la pérdida de la estabilidad fisiológica.

**2. Etiología.** Se desconoce en la mayoría de los casos, el parto prematuro se asocia con las siguientes circunstancias:

- a . Bajo nivel socioeconómico, ya sea determinado por los ingresos económicos de la familia, su nivel educativo, el lugar de residencia, la clase social o la profesión.
- b. Mujeres menores de 16 años y mayores de 35 tienen mayor probabilidad a tener un parto prematuro.
- c. La actividad materna que obliga a prolongadas estancias de pie o de ejercicio físico. Este factor no es significativo en las madres de niveles socioeconómicos elevados con buena asistencia médica.
- d. Las enfermedades maternas agudas o crónicas.
- e. Los nacimientos en embarazos múltiples ocurren prematuramente en la mitad de los casos.
- f. Los antecedentes desfavorables en partos anteriores, un primer parto prematuro augura que el segundo probablemente también lo será.
- g. Factores obstétricos tales como malformaciones uterinas, traumatismos del útero, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, ruptura precoz de membranas y amnionitis contribuyen a la prematurez.

- h. Los procesos fetales como eritroblastosis, sufrimiento fetal, RCIU pueden requerir parto prematuro.
- i. El parto precoz inadvertido a causa de una estimación incorrecta de la edad gestacional es otra causa de la prematuridad.
- j. El tabaquismo materno interfiere en el flujo sanguíneo y en la oxigenación de la placenta.
- k. Ciertas infecciones principalmente genitourinarias, contribuyen al trabajo de parto prematuro<sup>11</sup>.

### **3.Características anatómicas:**

El tamaño desproporcionado de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, la cabeza representa la cuarta parte de la estatura total. Las suturas craneales están abiertas. El pelo es corto, fino y escaso. El pabellón auricular es inmaduro, los cartílagos son flexibles y laxos.

La piel del recién nacido pretérmino suele estar cubierta de lanugo, sobre todo en la frente, la espalda y los brazos. La vernix suele ser abundante. el tejido celular subcutáneo es escaso y la piel es transparente, apreciándose con facilidad los capilares.

El tórax es pequeño en comparación con el abdomen y las extremidades son delgadas y pequeñas debido al escaso desarrollo muscular.

Los genitales son inmaduros, en el varón los testículos no han descendido a la bolsa escrotal y en la mujer los labios mayores no cubren a los menores.

El peso del prematuro en el momento del nacimiento es inferior a 2,500grs la pérdida fisiológica es mayor del 10%. y su recuperación es más lenta. La talla es inferior a 48 cm. El perímetro cefálico mide menos de 34 cm del torácico menos de 32.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> GODOY R. *Atención al recién nacido pretermino*,pág. 25,27.

#### 4. Funciones sensoriales

Los ojos del recién nacido pretérmino, En la retina al haber estado expuesta a concentraciones de oxígeno elevadas, pueden producirse espasmos de vasos retinianos y puede haber una posible afectación , conocida como retinopatía del prematuro que puede dar lugar a una ceguera unilateral o bilateral. Los párpados por lo general están edematosos y se puede observar la fisura palpebral, la cornea debe ser transparente y las pupilas redondas, claras e iguales, deben reaccionar a la luz.

El tímpano esta lleno de sustancia mucoide y de vernix, por lo que no se puede valorar la estructura auditiva interna.

La boca. La secreción salivar es muy escasa, de ahí la sequedad de la boca , lo que favorece la infección por hongos. El gusto es el sentido más desarrollado, pues distingue entre lo agradable y desagradable.

Las fosas nasales: la nariz es el órgano más importante para la filtración del aire, la humidificación y el control de la temperatura, cuando se valora este aspecto se debe observar derrames, sequedad , oclusión, aleteo nasal y posibles hematomas.

#### 5 Características fisiológicas.

##### *A. Sistema respiratorio:*

Los pulmones no maduran en su totalidad, sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante en los pulmones (que es una sustancia que reduce la tensión superficial, con lo cual confiere estabilidad al alveolo en condiciones de bajo volumen y presión pulmonar evitando el colapso del mismo) en los neonatos prematuros es deficiente, ocasionando la llamada enfermedad de Membrana hialina o distres respiratorio tipo I. La respiración del neonato es rápida, irregular superficial y presenta con frecuencia alteraciones como taquipnea ,o apnea respiratoria.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> AGUILAR C. Tratado de enfermería infantil.edit. el servir science, Madrid Barcelona Pág. 117.

<sup>13</sup>.CLOHERTY S. Manual de cuidados neonatales.3ª edición, edit. Masson S.A. España. Pág. 45,46.

Los centros respiratorios inmaduros de los neonatos no responden con facilidad al aumento de PaCO<sub>2</sub>, como ocurre en los casos de niños de término. Como resultado se produce hipoventilación e hipercapnia.

Con frecuencia se reportan patrones de respiración periódica en los niños pretérmino (con pausa de 5 a 10 segundos). Sin embargo los episodios de apnea verdaderos duran de 10 a 15 segundos, se acompañan de palidez, cianosis, hipotonía y bradicardia. Esta afección se debe a la inmadurez de los sistemas de control respiratorio en el cerebro.

### ***B .Sistema digestivo***

El sistema digestivo madura de la semana 36 a 38 de gestación los neonatos están expuestos a las siguientes alteraciones:

- succión y deglución sin coordinación
- esfínter cardiaco incompetente
- retraso del tiempo del vaciado gástrico
- Reducción de la absorción de la grasa.
- Digestión incompleta de proteínas
- Reducción o descoordinación de la motilidad.<sup>14</sup>

### ***C. Sistema Cardiovascular:***

- El defecto cardiovascular más frecuente en los neonatos pretérmino es el conducto arterioso persistente (estructura fetal que actúa como vía para la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los prematuros). Tienen menor resistencia pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar produciendo edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio y el consumo de oxígeno. Puede encontrarse hipotensión por hipovolemia o disfunción cardiaca y vasodilatación debido a sepsis. La hipotensión arterial repercute en la perfusión de diferentes

---

<sup>14</sup> Ob.cit. AGUILAR C. pag. 117.

órganos, fundamentalmente el cerebro, riñón , intestino llegando a producir necrosis.<sup>15</sup>

#### **D) Sistema Renal.**

Los riñones inmaduros se caracterizan por su baja tasa de filtración glomerular por lo que no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquidos, la excreción de fármacos toma más tiempo. Su incapacidad para excretar ácidos fijos, que se acumulan con la administración de formulas con elevado contenido proteico y como resultado del crecimiento de los huesos el neonato puede sufrir acidosis metabólica tardía con retraso del crecimiento. Además por la reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.

#### **E).Sistema Hepático:**

Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los neonatos a termino debido a que el hígado es incapaz de procesar la bilirrubina.

La hipoglucemia del prematuro se debe a bajas reservas de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguíneos, la conjugación y destoxicación de ciertos fármacos se debe a la inmadurez hepática

#### **F) Problemas tegumentario**

La piel del neonato de pretermo es delgada transparente cubierta de vernix abundante. Mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, su piel absorbe los productos químicos con mayor facilidad, por lo que su piel resulta tener mayor vulnerabilidad. El prematuro tiene una marcada disminución de la barrera epidérmica: esta función de barrera del estrato cornea no esta madura. (Barrera protectora de la piel como resistencia mecánica, termorregulación.)<sup>16 17</sup>

---

<sup>15</sup> Ob.cit.RUIZ G.pág. 106

<sup>16</sup> REEDER, M. Enfermería materno infantil.17ª edición, editorial MC. Craw Hill Interamericana.México 1997. Pag.

<sup>17</sup> Ob cit. GODOY,R. Pág194.

### **G) .Regulación térmica**

El recién nacido pretérmino tiene presenta alteraciones para mantener el control de su temperatura corporal, esto se debe a diferentes factores:

La alta proporción de superficie con respecto a la masa corporal, reducción de las reservas de grasa, disminución de la cantidad de grasa subcutánea con una menor capacidad de aislamiento, aumento de pérdidas insensibles de agua, no son capaces de obtener el número suficiente de calorías para el suministro de nutrientes necesarios para la termogénesis y el crecimiento, sufrimiento respiratorio que favorece las pérdidas insensible de agua por el trabajo de la respiración control vasomotor inmaduro.

- El problema más frecuente son las pérdidas de calor provocadas por estrés crónica, por frío, lo que se traduce en un consumo excesivo de oxígeno y en incapacidad para subir de peso.

- HIPOTERMIA.
- VASOCONSTRICCIÓN PERIFERICA.
- METABOLISMO ANAERÓBICO
- ACIDOSIS METABÓLICA
- CONSTRICCIÓN DE VASOS PULMONARES
- HIPOXIA.<sup>18</sup>

### **H) Sistema neurológico:**

La inmadurez del centro respiratorio del tronco cerebral es la responsable de las crisis de apnea, la apnea puede ser también consecuencia de la obstrucción hipofaríngea solo en combinación con la apnea central. En los recién nacidos prematuros , la matriz germinal periventricular tiene tendencia a la hemorragia, que puede extenderse hacia los ventrículos cerebrales provocando una hemorragia intravascular . clínicamente pueden ser silentes incluso en aquellos casos en que son extensas solo se manifiestan por un descenso de

---

<sup>18</sup>Ob cit.CLOHERTY, S..pág. 159

valores de hemoglobina, también pueden producir convulsiones, fontanela abombada midriasis arreactivo. También pueden ocurrir infartos de sustancia blanca (leucomalacia ventricular). La hipotensión, la perfusión cerebral insuficiente o inestable y los cambios bruscos de tensión arterial ( como ocurre cuando se administran rápidamente líquidos o coloides por vía IV o cuando la manipulación es excesiva del neonato , la hipotermia y la analgesia mal empleada en niños con ventilación mecánica.) pueden contribuir al infarto o a la hemorragia cerebral. Los recién nacidos sufren dolor lo que conduce a una situación de estrés, que produce grandes elevaciones de tensión arterial con el riesgo de producir hemorragia cerebral por ruptura de los capilares. Los neonatos tienen una actitud mínima, débil llanto y apagado, mueca facial, movimientos incoordinados y asimétricos y somnolientos. Los reflejos de náuseas, succión o deglución son débiles o nulos.<sup>19</sup>

### ***I Sistema inmunológico:***

A causa de los déficit existente en su respuesta inmunitaria, humoral y celular, los neonatos prematuros tienen mayor riesgo de infección y mayor tendencia a hemorragias. La inmadurez hepática genera una menor cantidad de proteínas, lo que también da lugar a la anemia y a la enfermedad hemorrágica (por déficit de factores de coagulación) así como un mayor riesgo de infección ante la menor transferencia de inmunoglobulina A procedente de su madre. Los hematíes del recién nacido pretérmino son más inmaduros y sobreviven menos, la vida corta de los hematíes es causante de la ictericia y del mayor déficit en conjugación de la bilirrubina indirecta.

### ***J). Metabolismo:***

El almacenamiento de calcio, hierro y glucosa, no se efectúa adecuadamente, ya que estos elementos se depositan al final de la gestación .el neonato tiene un gran contenido de agua y frecuentemente presentan la hipoglucemia.<sup>2021</sup>

---

<sup>19</sup> Ob.cit. RUIZ pág. 109.

<sup>20</sup> Ob.cit. CLOHERTY S. Pág. 48

<sup>21</sup> Ob.cit. AGUILAR, C.pág. 118

## 2.4.CUIDADOS DE ENFERMERIA AL RECIEN NACIDO PREMATURO.

- El material que se vaya a utilizar estará preparado previamente para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.
- Comprobar que nuestras manos estén calientes y limpias antes de tocar al niño.
- Control de la temperatura: prevención de la hipotermia y el estrés por frío, en los prematuros extremos, el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están disminuidos, el recién nacido debe colocarse en incubadoras. Mantener la temperatura corporal entre 36.5 – 37,0 grados centígrados, para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía y disminuir los requerimientos de líquidos
- Asistencia respiratoria: la oxigenoterapia se brindara al recién nacido de acuerdo a su grado de dificultad respiratoria, desde la administración de oxígeno por casco cefálico hasta ventilación mecánica.
- Aspiración de la vía aérea: la aspiración puede ser una experiencia muy estresante y perjudicial y ocasionar: hipoxemia, gran elevación de la presión intracraneal y de la presión arterial, apnea y grandes fluctuaciones en la velocidad del flujo sanguíneo cerebral. La aspiración debe ser guiada por si se escuchan o no ruidos bronquiales, si hay un aumento de la PaCO<sub>2</sub> o si se obtiene una gran cantidad de secreciones en la aspiración previa.
- Fisioterapia respiratoria. La percusión pulmonar puede ser dañina durante los primeros día de vida, especialmente durante el primer día postnatal y puede asociarse a mayor incidencia de HIV severa, solamente debe utilizarse cuando se ha documentado la presencia de atelectasia. Las secreciones son raramente un problema durante las primeras 24 horas de vida y no es frecuente que se requiera percusión.
- Manejo de apneas. Con las pausas apneicas y /o bradicardia evitar suave estimulación para evitar estrés excesiva.
- Signos vitales: pueden ser tomados cada 4 horas de acuerdo al estado general del neonato.

- Acceso vasculares: el prematuro necesita un acceso vascular, como un catéter arterial umbilical, para exámenes de laboratorio. Las punciones venosas periféricas deben efectuarse lo menos posible, vigilando fenómenos isquémicos y posibles extravasaciones.
- Transfusiones: debe administrarse durante periodos de 2 a 3 horas con el objeto de evitar modificaciones rápidas del volumen sanguíneo y de la presión arterial, evitando así la HIV .tomar signos vitales cada hora, vigilar signos de intolerancia a la transfusión.
- Posturas: las intervenciones en la postura pueden provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Utilizaremos posturas en flexión, cambios posturales y nichos acolchados que les proporcionaran límites en su movimiento de búsqueda de contacto con superficies estables.
- Control de peso: los pesos deben hacerse una vez por día, para ayudar a evaluar en forma precisa los requerimientos de fluidos, antibióticos y valorar su aumento de peso.
- Cuidados de la piel: en los prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión.
- Prevención de la infección: mediante el lavado de manos antes de tocar al recién nacido y después de cada procedimiento, el uso de uniforme reglamentario, vigilar datos de sepsis en el neonato.
- Vigilancia de la función renal: observar la presencia de micciones y cuantificarla. No se debe realizar compresión vesical en estos neonatos ya que ocasiona una elevación importante de la presión intracraneal.
- Seguimiento de cifras de bilirrubina total y fraccionada. Los prematuros tienden a presentar ictericia más frecuentemente que un neonato de término.

- Administración de medicamentos: deben ser administrados lentamente, si son necesarias infusiones más rápidas, deberían hacerse en minutos usando una bomba de infusión.
- Asistencia alimentaria. Cuando las condiciones de salud se lo permitan al neonato, asistirlo en su alimentación, generalmente al inicio en con formula para prematuro a media dilución por sonda oragástrica, ya medida como va tolerando se incrementa su toma hasta intentarlo por medio de la succión.
- Contacto con los padres. tenemos que favorecer el apego de los padres por el recién nacido, para ello debemos explicarles cuales son las necesidades de su niño, hacerles participar lo máximo posible en su cuidado,.
- Mantener un ambiente tranquilo al recién nacido: disminución del intensidad lumínica, evitando luces intensas y brillantes, evitar ruidos excesivos como al cerrar las puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad, no golpear con los nudillos sobre la incubadora, realizar caricias cíclicas suaves y acorde a su estado de salud. No despertarlo bruscamente, facilitando la transición gradual sueño a la vigilia.

Prevención de secuelas: por medio de la asistencia médica y de enfermería oportuna el neonato tendrá mejor oportunidades de salud.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> [www.aibarra.org/](http://www.aibarra.org/) enfermería profesional. Cuidados de enfermería a recién nacido prematuro, Pág. 6,7,8,9.

## 2.5 MENBRANA HIALINA..

### Concepto:

Conocida como síndrome de dificultad respiratoria tipo I, atelectasia pulmonar difusa, insuficiencia respiratoria progresiva, deficiencia del factor surfactante, es un cuadro clínico que ocurre usualmente en recién nacidos prematuros y que esta asociada al déficit de surfactante alveolar en el pulmón inmaduro de estos neonatos.

### Etiopatogenia.

El surfactante pulmonar es una sustancia producida en las células alveolares tipo II a partir de la 20 semanas de edad gestacional, pero no es liberada a la superficie alveolar hasta las 24 semanas, con más alta tasa de producción después de las 34 semanas. Esta constituido principalmente por lípidos de los cuales los fosfolípidos se encuentran en mayor proporción y una menor proporción de lípidos neutros. Los fosfolípidos que constituyen el surfactante pulmonar son principalmente fosfatidocolina (lecitina). El surfactante pulmonar evita el colapso alveolar al final de la espiración, contraresta las fuerzas físicas que promueven el flujo del contenido intravascular (proteínas, líquidos etc.) hacia el espacio alveolar, tiene capacidad inmunomoduladora que la hace útil en la defensa contra microorganismos ya que favorece la producción de radicales libres por parte de los macrófagos pulmonares, y modifica la respuesta inflamatoria, la cual es mediada por las proteínas del surfactante.

En el pulmón del prematuro al tener déficit del surfactante pulmonar ocurre colapso alveolar al final de la espiración conduciendo atelectasia de alvéolos y bronquiolos terminales, además estos neonatos deben realizar un esfuerzo mayor con cada respiración para lograr una presión inspiratoria necesaria para la apertura alveolar. Este proceso conduce a una lesión alveolar y bronquial, que se traduce en fuga de contenido plasmático, compuesto principalmente por proteínas fibrina dentro del alvéolo, dando origen a las llamadas membranas hialinas.

La principal consecuencia del lo anteriormente descrito es la producción de atelectasia y retención de agua pulmonar, conduciendo a una hipoventilación provocando retención de CO<sub>2</sub>, hipoxemia y acidosis además de vasoconstricción arterial pulmonar provocando una hipoperfusión pulmonar, originando mayor lesión celular alveolar y fuga de plasma dentro del alveolo (proteína, fibrina, fibrinogéno, células necróticas).<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup>Ob cit. GODOY, R.. Pág. 90,91.

## Signos y síntomas.

Los neonatos con SDR presentan manifestaciones clínicas al nacer o dentro de las primeras horas de vida. El cuadro clínico es dado por dificultada respiratoria caracterizada por:

- Taquipnea (frecuencia respiratoria mayor de 60 por min.), que se indica deficiente intercambio gaseoso.
- Quejido respiratorio que denota aumento en presión respiratoria.
- Retracciones intercostales, subcostales y supraesternales que denota aumento de la presión respiratoria.
- Aleteo nasal.
- Cianosis progresiva a pesar de encontrarse en un ambiente con oxígeno a concentraciones altas.
- Disminución en el murmullo vesicular indicando hipoventilación.
- Estertores finos se auscultan solamente en el periodo de recuperación.
- En ausencia del tratamiento la dificultad respiratoria se agrava y aparece apnea , hipotensión, palidez, deterioro neurológico, paro respiratorio y muerte.
- Otras manifestaciones son oliguria, hipotensión y edema.
- En la mayoría de los casos, el curso clínico es progresivos con un pico máximo entre las 24 a 72 horas, tras lo cual comienza una fase de mejoría que inicia al tercer día de vida, cuando comienza una fase de diuresis espontánea, en la que elimina edema intersticial y el fluido intra alveolar, lo que propicia una mejor ventilación. La mejoría se hace más evidente entre el cuarto y el séptimo día.<sup>2425</sup>

---

<sup>24</sup>Idem pág. 92,93..

<sup>25</sup> www.aibarra.org/enfermería profesional. Tema I membrana hialina.

**Criterios de valoración:**

Radiografía de tórax: presencia de un infiltrado reticulogranular uniforme, definido como vidrio esmerilado, disminución del volumen pulmonar.

Gases arteriales: Ph menor a 7.20, PCO<sub>2</sub> alto (hipercapnia), PO<sub>2</sub> bajo (hipoxemia) y bicarbonato bajo.

**Objetivos de enfermería**

- Brindar cuidados de enfermería en forma precoz, oportuna y óptimas de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos.
- Detectar precozmente los riesgos potenciales de la membrana hialina.
- Reforzar la educación para la salud a los familiares con niños que han padecido membrana hialina.

**Diagnostico de enfermería. Membrana hialina tipo I y II**

Deficiencia en el patrón respiratorio relacionado con inmadurez pulmonar.

**Respuesta esperada:**

Restablecimiento de un patrón ventilatorio.

**Planificación de cuidados de enfermería:**

1. Aplicar normas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales.
2. seguir las normas de atención del recién nacido pretérmino.
3. manipular al neonato con estrictas medidas de asepsia.
4. canalizar vena periférica o prestar cuidados de enfermería a onfalocclisis.
5. administrar líquidos parenterales por medio de una bomba de infusión.
6. cuidados de venoclisis o de catéter umbilical.
7. retirar catéter umbilical en presencia de vaso espasmo periférico.

8. administrar oxigenoterapia prescrita.
9. verificar con analizador de oxígeno la concentración cada 4 horas.
10. auscultar la entrada de aire pulmonar.
11. colocar al neonato en incubadora, manteniendo su temperatura de 36.5 a 37° c.
12. valorar por aumento de insuficiencia respiratoria: aleteo nasal, retracciones intercostales, quejidos respiratorios, cianosis y apneas.
13. Valorar y reportar gases arteriales.
14. evaluar por signos de sepsis: piel marmórea, apneas, cianosis, llenado capilar lento
15. tomar constantes vitales cada 4 horas.
16. mantener el equipo de entubación preparado.

#### **Diagnostico de Enfermería.**

Riesgo potencial de sufrir fallo para progresar relacionado a la incapacidad para alimentarse.

#### **Respuesta esperada:**

Niño aumenta de peso.

#### **Planificación del cuidado de enfermería.**

1. peso diario.
2. administración de soluciones intravenosas o nutrición parenteral.
3. iniciar tolerancia oral según indicación.
4. administración de formula por sonda orogástrica, midiendo residuo gástrico.
5. colocar al niño en decúbito ventral o lateral.

6. vigilar datos de tolerancia a la formula observando la presencia de distensión abdominal nauseas y vomito.
7. colocar sonda orogástrica en caso de distensión abdominal.
8. vigilar características de evacuaciones (color, consistencia, color, cantidad etc.).

#### **Diagnóstico de enfermería.**

Déficit de conocimiento relacionado con la condición del niño.

#### **Respuesta esperada.**

Los padres verbalizan los principales cuidados del niño.

#### **Planificación del cuidado de enfermería.**

1. orientar a los padres sobre las normas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
2. ayudar a los progenitores a adquirir confianza y desarrollar una cálida unión entre madre, padre e hijo.
3. responder a los interrogantes de los padres sobre los problemas y tratamiento que recibe el niño, en forma abierta y realista.
4. no se formarán falsas esperanzas sobre el pronostico de vida del niño.
5. informar a los padres personalmente de las complicaciones que sufra el niño así como los logros alcanzados por él (la primera alimentación, el retiro de infusiones intravenosas la capacidad de respirar aire ambiente el paso de una incubadora a cuna etc.)
6. estimular a la madre a la lactancia materna.
7. estimular el contacto físico con el niño durante el período de convalecencia.
8. preparar psicológicamente a los padres y apoyarlos para el autocuidado del niño.
9. evitar ansiedad excesiva y la sobreprotección.

10. describir susceptibilidad del niño a las infecciones respiratorias y la necesidad de tratarlas precozmente con el pediatra.
11. el niño necesita simplemente vitaminas y hierro hasta que reciba alimentos con estos contenidos.
12. se programará fondo de ojo a los 45 días de edad.
13. explicar la importancia del seguimiento en la consulta de neonatología.
14. completar esquema de vacunación.
15. el retorno con el propio hijo sano en los meses sucesivos permite a los padres compartir su alivio y sentimiento de haber cumplido con médicos y enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> [www.aibarr.org/](http://www.aibarr.org/) enfermería profesional. Tema I membrana hialina.

## 2.6 SEPSIS NEONATAL.

### Concepto:

Es la infección aguda con manifestaciones tóxicas-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primeras cuatro semanas de vida.

### Etiopatogenia:

El proceso infeccioso puede instalarse en el período prenatal, perinatal o postnatal. Algunos factores de riesgo son: ruptura prematura de membranas de más de 24 horas, parto prolongado ya que origina estrés que afecta las defensas del organismo contra las infecciones, infecciones maternas del tracto urinario, técnicas en el procedimiento de reanimación neonatal etc. El prematuro tiene menos pasaje pasivo inmunológico que lo hace más susceptible a las infecciones.

Los gérmenes invaden la sangre a partir de varios sitios, siendo los más frecuentes en el neonato. Las infecciones del aparato respiratorio, digestivos y la piel. Los agentes más frecuentes son los gram negativos: Klebsiella, E. Coli, Pseudomonas, Salmonella y Proteus, de los gram positivos el más frecuente es el estafilococo Aureus.

### Signos y síntomas:

- Respiratorias: respiración irregular, taquipnea, apnea, cianosis, incremento súbito en los requerimientos de O<sub>2</sub> datos de neumonía,
- Gastrointestinales: rechazo al alimento, residuo gástrico mayor del 50%, vómito, diarrea, distensión abdominal, ictericia, hepatoesplenomegalia.
- Distermia: hipotermia principalmente en el pretérmino. Puede haber fiebre.
- Neurológicos: hipoactividad, hiporreactividad, hiporreflexia, letargia, irritabilidad, temblores, convulsiones, fontanela abombada.
- Piel: palidez, piel marmórea, petequias, púrpura, escleredema principalmente en el pretérmino.
- Acidosis metabólica: persistente, choque súbito.

**Criterios de valoración:**

- Infección materna.
- Ruptura prolongada de membranas (más de 24 horas antes del parto)
- Amnionitis.
- Instrumentación obstétrica.
- Parto atendido en medio séptico.
- Reanimación del recién nacido.
- Cateterismo.
- Lavado de manos defectuosos.
- Asepsia inadecuada en el medio.
- Uso de ventiladores y humidificadores.
- Alteraciones de los mecanismos de defensa de la piel y mucosa por el uso de catéteres, sondas, etc.

**Diagnostico:**

- Por medio del cuadro clínico.
  - Exámenes de laboratorio.
1. Hemograma completo. El recuento de los leucocitos es considerado anormal si el menor de 5000 o mayor de 20000, los leucocitos pueden estar aumentados o elevados. El valor de las plaquetas normal es de 150,000 y 400 000, en el caso de sepsis las plaquetas disminuyen.
  2. hemocultivos.

### **Objetivos de enfermería:**

- Detectar y controlar factores predisponentes de infección en el periodo prenatal.
- Mantener en grado optimo las técnicas de asepsia médica y quirúrgica del neonato de alto riesgo o sometidos a procedimientos invasivos.
- Brindar cuidados de enfermería óptimos, tempranos y oportunos de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a ésta enfermedad.
- Reforzar educación para la salud a los familiares (medidas higiénicas, aportes nutritivos necesarios y adecuados, vacunaciones, etc.)

### **Diagnóstico de enfermería.**

Alteración del patrón respiratorio relacionado a la invasión de bacterias en el torrente sanguíneo.

### **Respuesta esperada:**

Patrón respiratorio sin alteraciones.

### **Plan de cuidados:**

1. evaluar signos de insuficiencia respiratoria: cianosis, apneas, taquipnea, tirios intercostales, aleteo nasal etc.
2. control de signos vitales cada 4 horas.
3. Administración de oxigenoterapia prescrita.
4. cánula nasal. Carpa de O<sub>2</sub>.
5. Evaluar incremento de insuficiencia respiratoria .

6. auscultar entrada de aire en ambos campos pulmonares,
7. Ventilar al niño con ambú en caso de desaturación o cianosis.
8. cambio de las conexiones de oxígeno, humidificadores, circuitos de ventiladores cada 24 horas.

### **Diagnostico de enfermería:**

Posible alteración del sistema gastrointestinal relacionado a la invasión de bacterias en el torrente sanguíneo.

### **Respuesta esperada:**

Niño tolera alimento por vía oral. Niño sin signos de alteraciones del aparato digestivo.

### **Plan de cuidados de enfermería.**

1. evaluar al niño por signos de intolerancia gástrica: vómitos, distensión abdominal, residuos, aumento de insuficiencia respiratoria.
2. Colocar sonda orogástrica en caso de distensión abdominal,
3. evaluar características de líquido drenado por sonda orogástrica.
4. reponer perdidas con solución indicada.
5. Evaluar características de evacuaciones.
6. canalizar una vía periférica y administrar soluciones indicadas.
7. Iniciar tolerancia oral cuando las condiciones del niño lo permitan.

### **Diagnóstico de Enfermería:**

Alteración en la oxigenación y perfusión de los tejidos relacionados a la invasión de bacterias en el torrente sanguíneo.

### **Respuesta esperada:**

Oxigenación restablecida. Perfusión de los tejidos restablecidos. Antibióticos prescritos.

### **Plan de cuidados de enfermería.**

1. lavado de manos estrictos antes y después de manipular al niño.
2. Utilizar técnica aséptica médica y quirúrgica en todos los procedimientos que se realicen al niño.
3. Evaluar por signos de sepsis: piel marmórea, petequias, piel fría, llenado capilar lento, letárgica, taquicardia, poliuria e hipotensión.
4. evaluar signos de bajo gasto, palidez, hipotensión, mal llenado capilar.
5. Asistir al médico en la toma de exámenes de laboratorio.
6. control estricto de líquidos.
7. Realizar examen físico en busca de lesiones de la piel: escoriaciones, flebitis, onfalitis, conjuntivitis, heridas infectadas etc.
8. Mantener al niño en aislamiento de acuerdo al sitio de infección y germen que lo produce.
9. Evaluar estado neurológico del niño: respuesta al estímulo, irritabilidad, hipoactividad, letargia, convulsiones.
10. Administración de antibióticos.
11. Evaluar la respuesta al tratamiento al disminuir sintomatología.

### **Diagnostico de enfermería:**

Déficit de conocimiento relacionado con la condición del niño.

### **Respuesta esperada.**

Los padres verbalizan los principales cuidados al niño.

### **Plan de cuidados de enfermería.**

1. Orientar a los padres sobre las normas de lavado de manos, uso de la bata, horas de visitas, etc,
2. Responder a las interrogantes de los padres sobre los problemas y tratamiento que recibe el niño.
3. reforzar las interpretaciones médicas con lenguaje adecuado a los padres del niño,
4. explicar a los padres las complicaciones y logros alcanzados por el niño.
5. estimular el contacto físico con el niño durante el periodo de convalecencia.
6. prepararlos psicológicamente y apoyarlos para el autocuidado.
7. explicar a los padres la importancia del seguimiento en consulta externa, fomento a la lactancia materna, completar esquema de vacunación, etc.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup>www.aibarra.org/enfermería profesional SEPSIS NEONATAL. Tema3

### 3. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

#### 3.1 Presentación del caso.

El recién nacido L.P, masculino nació el 12 del 04 04. en el hospital materno infantil Tlahuac, obtenido por cesárea por preeclampsia materna, de 34 semanas de gestación. Posterior a la reanimación inmediata, con aspiración de secreciones y oxígeno inhalado, el neonato presenta una apnea por lo que el médico entuba y brinda ventilación positiva con bolsa (ambú) con oxígeno al 100%. , respondiendo a las maniobras de reanimación, el neonato es extubado y se mantiene con oxígeno inhalado, le dan una calificación de silverman de 5 y apgar de 8/9 a los cinco minutos. .Con un peso de 1,700grs. Talla 44, que por su edad gestacional nos referimos a un recién nacido prematuro o de pretérmino. Hijo de madre adolescente de 16 años de edad, producto de la gesta 1 , para 0, abortos 0, cesárea 0, escolaridad secundaria, dedicada al hogar, sin referir patologías maternas durante el embarazo. Teniendo dos consultas prenatales.

El día 12-04-04 el neonato L.P. ingresa al servicio de cunero patológico con los siguientes diagnósticos médicos: recién nacido de pretérmino de 34 SDG, síndrome de dificultad respiratoria secundaria a enfermedad de membrana hialina tipo 1 y probable infectado (sepsis). Se mantiene con cuidados generales de enfermería a recién nacido de pretérmino, con síndrome de dificultad respiratorio y con sepsis.

EL DÍA 16-04-04 en recién nacido se encuentra con 4 días de vida extrauterina, con síndrome de dificultad respiratoria remitida, presenta ictericia, diagnosticándose clínicamente y por laboratorio Hiperbilirrubinemia pb multifactorial, continua con sepsis corroborandose por resultados de laboratorio .encontrándose como cifras de importancia los siguientes resultados: BD =0.40, BI=14.33, BT=14.73 / Plaquetas 100,000./mm3. Se mantiene con cuidados de enfermería dirigidos a recién nacido con fototerapia , con sepsis y se continúan los cuidados generales a RNPT.

El día 19.-04-04 se suspende el tratamiento de fototerapia reportándose por laboratorio las siguientes cifras de importancia: BD= 0.32 mg BI=8.98mg BT=9.30mg/dl./.

El 22 del 04-04 el neonato LP se encuentra con 14 días de vida extrauterina con sepsis remitida. Los cuidados de enfermería en esta etapa estarán dirigidos a recién nacidos pretérmino, para incrementar su crecimiento y desarrollo. El neonato permanece 24 horas más en este servicio, ya que se traslada al cunero 11 para continuar los cuidados de enfermería al RNPT para incrementar su crecimiento y desarrollo. sin problemas patológicos agregados estando a cargo de sus cuidados otra compañera de enfermería. Por

lo que los cuidados de enfermería que se llevan a cabo en el siguiente Proceso enfermero, se brindaron durante 15 días en el cunero patológico 1.

### 3.2 VALORACIÓN.

#### Historia clínica de enfermería:

#### Ficha de identificación.

Nombre: hijo de L.L.P. Edad: recién nacido Fecha de nacimiento: 12-04-04  
Hora: 18hrs. Sexo: masculino Lugar: de nacimiento Hospital: materno infantil Tlahuac.  
México D.F.

#### Antecedentes prenatales:

Gesta: 0 Para: 0 Abortos: 0 Cesáreas: 0 USG: 0 Menarca: 10 años... Ritmo: 5 x 30...  
Fum desconocida Control prenatal: 2 Parejas sexuales: 1 Grupo y rh: O Rh +  
T.A: 130/110

#### Patología materna:

Diabetes- no hipertensión- si Cardiopatías- no Preeclampsia- si eclampsia- no  
Cervicovaginitis- no Infección de vías urinarias- no R. P. M.- no tabaquismo- no  
alcoholismo- no Drogas- no.

Sin referir antecedentes herodofamiliares maternos ni paternos.

**Trabajo de parto:** presenta preeclampsia materna, es interrumpido el embarazo y es sometida a cesárea, con membranas integra, líquido amniótico normal, bajo anestesia de bloqueo epidural. Nace producto único vivo por cesárea, obteniéndose un apgar de 8/9 y silverman 03.

**Reanimación:** se llevan cuidados inmediatos al recién nacido con aspirado de secreciones, con oxígeno inhalado, posteriormente presenta una apnea por lo que es entubado para dar presión positiva con oxígeno al 100% y bolsa, responde a las maniobras de reanimación por lo que es retirada la cánula endotraqueal y permanece con oxígeno inhalado por casco cefálico. ( el tiempo de duración de la apnea y de permanecer con ventilación asistida no la reportan en el expediente y no es posible averiguarla.).

### **Composición familiar.**

La madre del neonato tiene 16 años, con escolaridad secundaria, se dedica al hogar, vive en unión libre con su pareja de 18 años con escolaridad secundaria, tiene un trabajo de obrero en una fábrica, viven en casa de su suegra. La casa habitación cuenta con todos los servicios: baño, cocina, sala y 4 recamaras. Los padres del bebé son muy jóvenes los cuales tienen muchos temores sobre la evolución de los problemas que presenta el neonato, acuden a la visita diariamente, el padre no puede acudir diariamente por que tiene que trabajar y su horario no se lo permite, mantiene una relación buena así lo comenta la madre, ambos demuestran interés por su hijo, aprenden rápidamente como tratar a su hijo y se muestran cooperadores en los cuidados y tratamientos.

**Hábitos higiénicos y alimenticios de la madre.** La madre refiere baño diario con cambio de ropa completa, lavarse las manos cada antes de comer y después de ir al baño. En cuanto a sus hábitos de alimentación, refiere comer 4 días a la semana carne, leche diario, frutas y verduras diariamente, leguminosas 4 veces semana y alimentos ricos en carbohidratos todos los días.

### **Exploración física.**

Somatometría al nacer: Peso- 1,700grs. Talla- 44cm P.C.- 30 PT.- 28...PA.- 26 Pie- 6cm. F.C- 160xmin. FR- 80x min. Temp.- 36.5° Dextrostix- 80mg.

Inspección general: recién nacido prematuro reactivo a estímulos, con cráneo normal, pabellones auriculares bien implantados cianosis generalizada, aleteo nasal, quejido, con retracción xifoidea, cordón umbilical ligado se observan dos arterias y una vena, genitales de acuerdo a sexo, miembros superiores e inferiores sin datos patológicos, recién nacido a la observación se encuentra íntegro sin malformaciones aparentes.

Cardiorrespiratorio: se encuentran las narinas permeables, aleteo nasal, frecuencia cardíaca rítmica y con buena intensidad, campos pulmonares con rudeza respiratoria, mal ventilados, polipnéico, retracción xifoidea, tórax y cuello sin masas palpables.

Digestivos: labio y paladar íntegros, abdomen blando depresible y sin masas a la palpación, cordón umbilical con dos arterias y una vena ligada, con permeabilidad anal

Genitourinario: genitales de acuerdo a su sexo, micción presente con características normales.

Nervioso: con reflejos de succión y deglución disminuidos. Muscoloesquelético sin alteraciones. Piel y anexos íntegros.

### 3.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES.

Diagnósticos de enfermería	Problemas interdependientes.
<p>2. Potencial alteración de la temperatura corporal en relación con inmadurez del mecanismo regulador de la temperatura del neonato.</p> <p>4. potencial de infección relacionado, con múltiples punciones venosas periféricas.</p> <p>5. Potencial alteración del sistema gastrointestinal relacionado, con la invasión bacteriana.</p> <p>7. Alteración en la nutrición relacionado, con la disminución del reflejo de succión y deglución.</p> <p>8 Riesgo potencial de hipoglucemia relacionado, con la inmadurez metabólica.</p> <p>10. Riesgo de alteración en la integridad de la piel, relacionado con la sensibilidad de la piel del prematuro</p> <p>11.Alteración de los procesos familiares relacionados, con la edad gestacional del neonato.</p> <p>12.Riesgo potencial del provocar estrés en el recién nacido relacionado, con el ambiente del cunero patológico.</p>	<p>1. Alteración en el intercambio gaseoso secundario a Membrana hialina.</p> <p>3. Riesgo potencial en la deficiencia de volumen de líquidos en relación, con las perdidas insensibles de agua y consuno inadecuado de líquidos.</p> <p>6 Sepsis neonatal.</p> <p>9 .Hiperbilirrubinemia manifestada por hiperpigmentación de la piel, con cifras de bilirrubinas (reportadas por laboratorio) de BI=0.40mg/dl, BD=14.33, BT=14.73mg/dl.</p>

### **3.4 PLANEACION Y EJECUCIÓN.**

#### **Problema Interdependiente.**

#### **1. Alteración en el intercambio gaseoso secundario a Membrana hialina.**

##### **Objetivo:**

El recién nacido mantendrá un patrón respiratorio eficaz por medio de las acciones médicas y de enfermería.

**Ejecución:** todas las actividades descritas fueron realizadas

##### **Intervenciones de enfermería:**

Tomar signos vitales cada 2 horas o 4 horas, observando datos de incremento de dificultad respiratoria como: aleteo nasal, retracciones intercostales, retracción xifoidea, quejido respiratorio, cianosis y apneas.

##### **Fundamentación científica:**

El cambio en los signos vitales nos indican el incrementos o disminución de la dificultad respiratoria.

##### **Intervención de enfermería:**

Administrar oxígeno humidificado, por casco cefálico, con 4 litros de oxígeno por minuto, el cual se va disminuyendo gradualmente, hasta mantenerse posteriormente a su recuperación con oxígeno de 2 a 3 litros por minuto en incubadora.

##### **Fundamentación científica:**

El oxígeno humidificado evita el resecaamiento de las vías respiratorias altas y cubre los requerimientos de oxígeno del prematuro ya que por su inmadurez pulmonar presenta hipoxemia.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas no se aspiran secreciones por que no es necesario.

Intervención de enfermería:

Mantener las vías aéreas permeables. Auscultando ruidos bronquiales los cuales no nos indiquen presencia de secreciones. Se coloca al recién nacido en posición prona. Se mantiene en observación.

**Fundamentación científica:**

La aspiración puede ser una experiencia muy estresante y perjudicial, ocasionar: hipoxemia, gran elevación de la presión intracraneal y presión arterial, atelectasia, arritmias cardíacas, apneas y grandes fluctuaciones en la velocidad del flujo sanguíneo cerebral. Generalmente estos recién nacidos no presenta problemas de secreciones. La posición prona es la más cómoda para el recién nacido prematuro, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación.

**Ejecución.** Todas las actividades fueron realizadas.

Intervención de enfermería:

Agrupar cuidados de enfermería tratando de manipular al prematuro de la manera menos agresiva y el menor tiempo posible .por ejemplo se toma de signos vitales, cambio de ropa y cambio de posición en un mismo tiempo.

**Fundamentación científica;**

La manipulación del recién nacido inestable causa agitación y aumenta la irritabilidad, lo cual aumenta el consumo de oxígeno originando hipoxia ,aumento de la vasoconstricción pulmonar, además de producir Hipertensión intracraneana. Las manipulaciones frecuentes también interfieren con el incremento de peso, a causa del consumo de calorías.

Las intervenciones en los cambios de posición pueden provocar un estado de calma y de estabilidad psicológica en el prematuro.<sup>28 29</sup>

### **Evaluación:**

El recién nacido pretérmino mejora su patrón respiratorio después del tercer día de vida extrauterina. No presenta secreciones en vías respiratorias por lo que no es necesario la aspiración. Las gasometrías son un parámetro de evaluación en los problemas de dificultad respiratoria, pero en esta unidad hospitalaria no contamos con un gasómetro por lo que se realizan.

### **Diagnóstico de enfermería:**

#### **2. Potencial alteración del temperatura corporal en relación con la inmadurez del mecanismo regulador de la temperatura del neonato.**

### **Objetivo.**

El recién nacido mantendrá su temperatura corporal dentro de límites normales.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas.

### **Intervención de enfermería:**

Colocar al neonato desde su ingreso al servicio de cunero patológico en una incubadora previamente preparada. Vigilando el adecuado funcionamiento de dicha incubadora durante todo el turno. Tomar temperatura al recién nacido cada dos horas.

### **Fundamentación científica:**

Mantener al neonato eutérmico ayuda a disminuir el consumo de oxígeno, mantener la energía y disminuir los requerimientos de líquidos.

---

<sup>28</sup>www.aibarra.org / enfermería profesional cuidados a prematuro.

<sup>29</sup>Ob. cit.TAMEZ S. Pág.59,60. www.aibarra.org/enfermería profesional .cuidados a prematuro.

La hipotermia puede producir apnea, bradicardia, y mayor consumo de oxígeno. La hipertermia puede producir deshidratación a causa de las pérdidas insensibles de agua o convulsiones.<sup>30</sup>

#### **Evaluación:**

El recién nacido logra mantener su temperatura entre 36.5 y 37o C las incubadoras se mantienen con buen funcionamiento.

#### **Problema interdependiente.**

### **3. Riesgo potencial en la deficiencia de volumen de líquidos en relación con las pérdidas insensibles de agua y consumo inadecuado de líquidos.**

#### **Objetivo:**

El neonato mantendrá su balance hidroelectrolítico neutro mediante las prescripciones médicas e intervenciones de enfermería.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas, excepto la toma de productos de laboratorio para la cuantificación de electrolitos por que esto es labor del médico.

#### **Intervención de enfermería:**

Control estricto de líquidos, cuantificando ingresos y egresos.

Preparar soluciones parenterales prescritas, verificando dosis, horario y goteo.

Se administran líquidos parenterales por vena periférica, utilizando una bomba de infusión para controlar la cantidad exacta que requiere el neonato.

Mantener en observación al neonato, para detectar signos de deshidratación o edema.

#### **Fundamentación científica:**

La utilización de la cuna radiante , fototerapia , la dificultad respiratoria y la prematurez , son factores que aumentan las pérdidas insensibles de agua .

---

<sup>30</sup> Ob.cit. TAMEZ S. Pág.59,32.

**Evaluación:**

El neonato mantuvo su equilibrio hidroelectrolítico, sin presentar datos de deshidratación o edema.<sup>31</sup>

**Diagnóstico de enfermería:**

**4. Potencial de infección relacionado, con múltiples punciones venosas periféricas.**

**Objetivo:**

El recién nacido no presentara infecciones por causa de venoclisis.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas .

Intervención de enfermería:

Lavarse las manos antes y después de realizar algún procedimiento al neonato.

Instalar venoclisis con técnicas de asepsia.

Colocar fecha de instalación y número de punzocat utilizado.

Cambiar equipo de venoclisis, metriset o equipo de bomba de infusión cada 24 horas.

Vigilar signos de reacción como: inflamación, enrojecimiento, temperatura del área, cambio de coloración , como en el caso de reacción medicamentosa, se observan zonas blanquecinas,

Vigilar extravaciones de liquido parenteral alrededor de los punzocat.

**Fundamentación científica.**

En los recién nacidos prematuros los niveles de inmuglobulina G están disminuidos. La inmuglobulina M participa en la defensa contra las bacterias gram negativas y no atraviesa la barrera placentaria, por lo que existe un aumento de susceptibilidad

---

<sup>31</sup> Ob.cit. REEDER M. Pág. 1163.

en el neonato. Cuanto más prematuro es el neonato , menos pasaje pasivo de factores inmunológicos recibe y están más expuestos a procedimientos invasivos.

Los estudios han demostrado que el 90% de las infecciones hospitalarias adquiridas pueden ser prevenidas por una buena técnica de lavado de manos en combinación con otras medidas de asepsia. Mantener la fecha de instalación de venoclisis presente nos permite evaluar el cambio o la permanencia de la venoclisis.

La administración continua de antibióticos puede provocar flebitis.

### **Evaluación:**

El neonato no presenta signos de infección por venoclisis, pero si presentó reacciones por medicamentos y extravasaciones de líquidos por lo que fue necesario, cambiar del lugar las venoclisis.

### **Diagnostico de enfermería.**

#### **5.Potencial alteración del sistema gastrointestinal relacionador con la invasión bacteriana.**

### **Objetivo:**

Identificar oportunamente alteraciones del aparato gastrointestinal mediante las acciones de enfermería.

**Ejecución.** Todas las actividades de enfermería fueron realizadas.

### **Intervención de enfermería:**

Medir perímetro abdominal por turno mientras permanece en ayuno y cuando inicia vía oral, tomar perímetro abdominal preprandial y posprandial, observar características del abdomen del neonato, si esta depresible, globoso, duro etc.

Observar la presencia de nausea , vomito, características de evacuaciones .continuar con soluciones parenterales como se ha mantenido desde el inicio de los anteriores planes de cuidados.<sup>3233</sup>

---

<sup>32</sup> Ob cit.TAMEZ S..pág. 156

<sup>33</sup> . [www.aibarra.org/enfermeria\\_profesional\\_tema3\\_sepsis\\_neonatal](http://www.aibarra.org/enfermeria_profesional_tema3_sepsis_neonatal).

**Fundamentación científica:**

Son signos gastrointestinales que se pueden presentar en la sepsis neonatal: vomito, diarrea, distensión abdominal, rechazo al alimento, ictericia , residuo gástrico bilioso y hepatoesplenomegalia.

**Evaluación:**

El neonato no presentó alteraciones gástricas.

**Problema interdependiente.****6 Sepsis neonatal.****Objetivo:**

El neonato quede libre de infección por medio de las acciones médicas y de enfermería.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas son realizadas, excepto la toma de hemocultivos ya que en esta unidad no se realizan.

**Intervención de enfermería:**

Observar en el neonato la presencia de los siguientes signos: piel marmórea, petequias, edema, piel fría, llenado capilar lento, letargia, taquicardia. Así como la presencia de trastorno neurológicos como: respuesta a estímulos, irritabilidad, hipoactividad, temblores, convulsiones y fontanelas llenas o abultadas.

**Fundamentación científica:**

Durante la observación del neonato buscando algunos de los signos mencionados, nos permite conocer los problemas que esta presentando el neonato, estimar la severidad y evaluar la respuesta a los cuidados de enfermería y tratamiento médico.

### **Intervención de enfermería:**

Administración de medicamentos. El primer esquema que fue utilizado en este caso fue el de la Ampicilina 85mg. IV. cada 12 horas, con Amikacina 21 mg. IV cada 24 horas. Estos antibióticos fueron administrados durante 4 días. Se administraban diluidos de 3 a 4ml de solución inyectable y se pasaban por vía intravenosa lentamente. Posteriormente fue cambiado el esquema por Dicloxacilina y Cefotaxima con dosis de 80mg los dos medicamentos IV. Estos antibióticos fueron utilizados durante 10 días. Se administraban diluidos por separado en 10ml de solución inyectable en un metriset en una infusión lenta. Se vigilaron signos de reacción local y general.

### **Fundamentación científica:**

La Ampicilina es un antibiótico bactericida, de amplio espectro contra algunos microorganismos gram negativos. *Haemophilus influenzae*, *salmonella typhi*, *escherichia coli*, *streptococcus beta*, *streptococcus faecalis*. Interfiere con la formación bacteriana, también inhibe la reproducción, crecimiento, provoca alargamiento y lisis de las bacterias. Se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina, poco menos por la bilis y por la leche materna.

La Amikacina es un antibiótico bactericida, de amplio espectro, es activo contra casi todos los bacilos aeróbicos gram negativos de la comunidad y del ambiente hospitalario incluyendo *pseudomonas aeruginosa*, *enterobacter*, *klebsiella*, *escherichia coli*. Inhibe la síntesis de la proteína bacteriana y disminuye la fidelidad de traducción del RNA de la bacteria. Se elimina principalmente por el riñón y en menor proporción por la bilis.

Cefotaxima: bactericida contra microorganismo gram positivos incluyendo *stafilococcus aureus*, gram negativos incluyendo *escherichia coli*, *klebsiella*, *haemophilus influenzae*, *neissera gonorrhoeae* y aerobios. Inhibe las síntesis de la pared celular en los microorganismos, inhibe la división del crecimiento bacteriano. Se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina y bilis.

Dicloxacilina: bactericida contra infecciones producidas por *stafilococcus aureus*. Inactiva la pared bacteriana y produce lisis y alargamiento de los microorganismos susceptibles. Se elimina a través del hígado y se elimina por la orina.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> RODRÍGUEZ C. *Vademecum académico de medicamentos*. 3ª edición. Editorial MC Graw Hill Interamericana México 2003. pág.49,59,155,272.

## **Evaluación**

Los signos clínicos a evaluar en el neonato con sepsis, en este caso son difíciles de separar, ya que desde su ingreso por ser un recién nacido prematuro tiene problemas respiratorios (que pueden ser manifestaciones de sepsis), y a demás por su prematuridad tiene la necesidad de ser controlada su temperatura, y más adelante presentará hiperbilirrubinemia. de cualquier forma se brindan los cuidados de forma integral. La infección no se pudo evaluar por medio de un hemocultivo ya que en esta unidad hospitalaria no se realizan, los parámetros fueron los exámenes de laboratorio (hemogramas). La infección se remitió después de 10 días de administración de antibióticos por resultados de laboratorio.

## **Diagnostico de enfermería:**

### **7. Alteración en la nutrición relacionada con la disminución del reflejo de succión y deglución.**

#### **Objetivo:**

El neonato mantendrá un estado nutricional adecuado, durante su estancia en el cunero patológico, mediante las acciones de enfermería al brindar la fórmula láctea.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas.

#### **Intervención de enfermería:**

Instalar sonda orogástrica al recién nacido, para iniciar alimentación.

Orientar a la madre como extraerse la leche para brindarla a su hijo.

Asistir en su alimentación por sonda orogastrica, con leche para prematuro a media dilución las primeras tomas cada 3 horas, iniciando 7ml. Se va incrementando diariamente hasta llegar a 22 ml por toma con dilución entera.

#### **Fundamentación científica:**

La alimentación entérica ayuda a promover la madurez intestinal y colabora para una adaptación metabólica más adecuada. Induce al aparato gastrointestinal

aumentar la producción de enzimas digestivas, de glucagón pancreático, hormona del crecimiento y enteroglucagón..

Se utiliza sonda orogástrica para no interferir con la respiración y porque los reflejos de succión y deglución están disminuidos y evitar el esfuerzo del neonato en los primeros días, para no disminuir su peso.

Hacer participar a la madre de la alimentación de su hijo , aumenta la relación afectiva entre madre e hijo.

**Ejecución.** Todas las actividades fueron realizadas.

Intervención de enfermería:

Vigilar signos de intolerancia a la formula, midiendo el perímetro abdominal preprandial y postprandial, observar características del abdomen, nauseas, vomito y características de evacuaciones.

Colocar al neonato sobre su lado lateral derecho o en decúbito ventral.

Cambiar la sonda orogástrica cada 24 horas,

**Fundamentación científica:**

Medir el perímetro abdominal nos sirve como evaluación en caso distensión abdominal.

La posición lateral derecha facilita el vaciamiento gástrico, la ventral previene la aspiración de leche en caso de que haya un reflejo gastroefágico.

El cambio de sonda previene de infecciones agregadas al neonato.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ob cit. TAMEZ S,pag. 114.115.116.

## **Evaluación:**

A partir del cuarto día de vida extrauterina el recién nacido inicia alimentación enteral, ya que estuvo en ayuno manteniéndose con soluciones parenterales que contenían solución glucosada al 10%, solución fisiológica al 0.9% , electrolitos y polivitaminas. Cuando inicia la fórmula tiene buena tolerancia por sonda orogástrica. Algunas veces la madre participa en la alimentación de su hijo, por medio de la extracción de su leche o colaborando en la asistencia directamente con el bebe orientándola como debe alimentarlo por sonda.

## **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

### **8. Riesgo potencial de hipoglucemia relacionado con la inmadurez metabólica.**

#### **Objetivo:**

Identificar en el recién nacido cifras de glucosa que altere su estado de salud, por medio de tiras reactivas de glucosa en sangre.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas.

#### **Intervención de enfermería:**

Realizar dextrostix por turno mientras permanece en ayuno posteriormente se realiza preprandial y una vez por turno.

Observar signos de hipoglucemia en el neonato como: irritabilidad, temblores, hipotermia, hipotonía, taquipnea, diaforesis, convulsiones, cianosis y apnea.

Asistir en su alimentación cada 3 horas sin demora.

Mantener el control del goteo de las soluciones parenterales, de manera que corresponda la cantidad al horario prescrito.

Administrar solución glucosado al 10% en forma de bolos al presentar hipoglucemias bajas.

### **Fundamentación científica:**

El almacenamiento de glucógeno en los prematuros es limitada , por que el glucógeno hepático se acumula durante las últimas semanas del tercer trimestre de embarazo.

Ofreciendo su alimentación en el horario prescrito el neonato no conservara sus niveles de glucosa dentro de límites normales.

Las soluciones parenterales deberán coincidir con el horario establecido, ya que un aumento en el goteo provocara elevación de su la glucosa y un retraso en el goteo provocara hipolucemia.

Si el neonato presenta hipoglucemias se administrara un bolo de glucosa al 10% 2ml por kg de peso.

### **Evaluación:**

El neonato presenta un dextrostix de 30mg por lo que se administra un bolo de solución glucosada al 10% . posteriormente sus dextrostix resultan dentro de límites normales.<sup>36</sup>

### **PROBLEMA INTERDEPENDIENTE.**

**9. Hiperbilirrubinemia manifestada por hiperpigmentación de la piel (ictericia) y con las siguientes cifras de bilirrubina: BD=0.40mg/dl, BI=14.33 mg/dl, BT=14.73mg/dl.**

### **Objetivo:**

El recién nacido disminuya las cifras de bilirrubina, por medio de las acciones médicas y de enfermería.

---

<sup>36</sup> ob cit TAMEZ S. Pág. 104,105.

**Ejecución.** todas las actividades descritas fueron realizadas, la lámpara de fototerapia se colocó por encima de la incubadora.

Intervenciones de enfermería:

Desvestir al neonato manteniendo los genitales cubiertos.

Colocar antifaz que actúa como protector ocular, vigilando datos de infección ocular

Colocar la lámpara de fototerapia a una distancia de 45 a 55 por encima del neonato, vigilando su buen funcionamiento

Cambiar al neonato de posición cada 3 horas en decúbito y retirar el antifaz en el momento de alimentarlo o cuando tenga visita.

Observar características de las evacuaciones, ya que pueden presentarse oscuras, verduscas o diarreicas.

Observar el estado de hidratación del recién nacido.

#### **Fundamentación científica:**

Desvestir al neonato para que la luz de la fototerapia alcance una superficie extensa, aunque no está comprobado que la luz pueda provocar esterilidad, por seguridad se cubrirán los genitales.

La luz de la fototerapia puede provocar daño en la retina, sin embargo si los ojos permanecen cubiertos por largo tiempo puede producir infección.

Con los cambios de posición permitiremos que el recién nacido reciba luz uniformemente.

La fototerapia reduce los niveles de bilirrubina por fotooxidación y fotoizomerización. Los productos de degradación de la bilirrubina son excretados por el intestino y son la causa de la coloración y características de las evacuaciones.

La fototerapia aumenta las pérdidas insensibles de agua a través de la piel y de las heces.

### **Evaluación:**

El neonato responde satisfactoriamente a la fototerapia, durante tres días. Posteriormente los resultados de laboratorio se reportaron: BD -0.32 mg/dl y BI - 8.98 mg/dl y BT - 9.30 mg/dl.

No manifestó datos de deshidratación ya que continúa con la administración de líquidos parenterales y el día que inicia la fototerapia inicia vía oral.

Los ojos del neonato no presentaron infección durante el tratamiento.<sup>3738</sup>

### **Diagnóstico de enfermería:**

**10. Riesgo de alteración en la integridad de la piel relacionada con la sensibilidad de la piel del prematuro.**

### **Objetivo:**

Proteger al recién nacido de causas externas que provoquen lesión cutánea, por medio de las acciones de enfermería.

**Ejecución.** Todas las actividades fueron realizadas.

Intervención de enfermería:

Colocar el mínimo de cinta adhesiva, sustituyéndola por material menos agresivo, como microporee.

Observar presencia de rash o enrojecimiento de la piel.

---

<sup>37</sup> Ob. cit. TAMEZ S. Pág. 144.

<sup>38</sup> Ob. cit. RUIZ G. Pág. 135

Cambio de ropa y pañal según las necesidades del neonato.

### **Fundamentación científica:**

La falta de estrato córneo de la piel del neonato prematuro que (actúa como barrera protectora ) facilita las erosiones y las infecciones.

La luz de la fototerapia puede causar desde enrojecimiento, rash hasta quemaduras.

La orina y las heces por si solas pueden irritar la piel y con la luz de la fototerapia aumenta el daño a la piel.

### **Evaluación:**

El neonato presentó ligeras escoriaciones por las múltiples punciones por venoclisís, restableciéndose posteriormente..

El lavado de manos siempre ha sido constante aunque ya no se mencione.<sup>3940</sup>

### **Diagnóstico de enfermería:**

**11. Alteración de los procesos familiares, relacionados con la prematuridad del recién nacido.**

### **Objetivo:**

Los padres comprenderán el por que de los cuidados de enfermería a su hijo.

Los padres tendrán oportunidad de tener contacto con su hijo mediante las visitas.

El neonato sentirá el afecto de sus padres por el contacto físico y verbal de ambos padres.

---

<sup>39</sup> Ob. cit.GODOY, R. Pág. 194.

<sup>40</sup> Ob. cit. RUIZ G. Pág. 194.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas.

Intervenciones de enfermería:

Orientar a los padres sobre las normas para ingresar al cuneo en cuanto al lavado de manos, uso de bata, gorro y cubre bocas y horarios de visitas.

Responder a las interrogantes de los padres sobre el tratamiento y problemas del recién nacido que correspondan al ámbito de enfermería. las veces que sea necesario y cuando no se pueda resolver sus dudas enviarlos con las personas indicadas.

Estimular a los padres para que acaricien a su hijo ,le hablen y den muestras de cariño al bebe.

Retirar el antifaz durante la visita apagando la fototerapia.

**Fundamentación científica:**

Las ayudas frecuentes ayudan a promover el amor de los padres hacia los hijos.

Estar informado de lo que esta ocurriendo con su hijo les da seguridad a los padres y les ayuda a disminuir la estrés. El estrés disminuye la capacidad de aprendizaje , por lo que será necesario repetir alguna información.

El contacto verbal y físico son estímulos que permiten al neonato poner en marcha su desarrollo neurológico. Aparte de brindarle tranquilidad.<sup>41</sup>

**Diagnóstico de enfermería:**

**12. Riesgo potencial de provocar estrés en el recién nacido relacionado, con el ambiente del cunero patológico.**

---

<sup>41</sup> Ob. cit. TAMEZ S. pág. 174.

**Objetivo:**

El cunero patológico estará libre de elementos que puedan provocar estrés en el neonato por medio de las acciones de enfermería.

**Ejecución.** Todas las actividades descritas fueron realizadas.

Intervenciones de enfermería:

Disminuir los sonidos y ruidos: eliminar los ruidos innecesarios como conversaciones en voz alta cerca del bebe, radios, responder rápidamente a las alarmas de los equipos, reducir el sonido de los teléfonos, cerrar suavemente las portezuelas de las incubadoras y poner objetos encima de la incubadora.

Reducir las luces por determinados periodos .

Agrupar la atención en periodos breves, observando los signos de estrés y deteniendo el procedimiento en ese momento.

Permitir que el neonato se calme y se recupere entre cada procedimiento.

Usar la succión no nutritiva cuando este despierto o durante un procedimiento doloroso o estresante.

**Fundamentación científica:**

El ruido disminuye la capacidad auditiva del recién nacido, interfiere con el estado del sueño, que tiene una gran importancia para la maduración de las funciones cerebrales, induce a la irritabilidad, que lleva a la inestabilidad fisiológica, aumento de la presión arterial y alteración de la irrigación craneana intraventricular con lo que crece el riesgo de hemorragia.

Reducir la intensidad de iluminación promueve el sueño profundo y el descanso del neonato.

Observando al neonato se puede aprender su lenguaje.

Permitir que en neonato se recupere entre los procedimientos ayudara a disminuir su estrés.

La succión no nutritiva (chupeteo ) reduce la agitación ,mejora la oxigenación, estabiliza la presión intracraneana, aumenta los periodos de sueño profundo y facilita la transición a la alimentación oral.

### **Evaluación**

El recién nacido logra mantener su sueño fisiológico en su periodo de recuperación, ya que al principio es un poco difícil ya que por sus mismas patologías algunas veces estaba irritable o tras hipoactivo.

Se logra disminuir los factores estresantes durante el turno. .<sup>42</sup>

### **3.5 EVALUACION FINAL.**

El neonato permaneció en el cunero patológico (# 1)15 días. Durante este periodo mejoro su patrón respiratorio , sus niveles de bilirrubinas llegaron hasta limites normales y la sepsis fue remitida. Se brindaron todos los cuidados de enfermería descritos en las intervenciones. a pesar de no contar con algunos recursos materiales, como un gasómetro o la posibilidad de realizar cultivos, el recién nacido evolucionó satisfactoriamente . los padres estuvieron en contacto con su hijo, aprendieron a relacionarse con él a pesar de estar dentro de una incubara, disminuyeron sus temores y dudas. después de este tiempo el neonato fue trasladado al cunero #2, para continuar con la etapa de crecimiento y desarrollo, (en cual estuvo bajo la responsabilidad de otra compañera enfermera,) teniendo buena evolución , hasta lograr su alta a su domicilio, el día 11- 05 -04.

---

<sup>42</sup> Obidem..Pag. 161,162.

## CONCLUSIONES:

Con la utilización del proceso de atención de enfermería se logra brindar al usuario una mejor atención en cuanto a calidad –calidez, además de poder integrar a la familia como parte importante en el cuidado de su hijo, logrando un ambiente de confianza entre padres, hijo y enfermera. Sin olvidar que todas las intervenciones de enfermería están fundamentadas científicamente. Para llevar acabo la metodología del proceso se necesita tiempo (para investigar en todas las fuentes como se menciona en la valoración) y sobre todo tener disponibilidad como enfermera de participar en todos los aspectos en el cuidado del neonato, logrando al mismo tiempo, en el que el neonatito va recuperando su salud, tener una Gram. satisfacción personal

Describir los diagnósticos de enfermería cronológicamente por orden de importancia, resultó ser una tarea difícil, ya que el recién nacido prematuro en este caso presentó más de una alteración fisiopatologica al mismo tiempo, y algunos diagnósticos se encontraron en el mismo nivel de importancia, agrupándose las intervenciones de enfermería que satisficiera las necesidades a los problemas que presentaba el neonato al mismo tiempo. Por lo anterior el último diagnóstico mencionado no fue el menos importante, ni se llevo a cabo hasta el final.

Llevar a cabo la elaboración del proceso enfermero, para el trabajo de titulación, para obtener el titulo en la licenciatura de enfermería y obstetricia, resultó ser una base para investigar, aprender y fortalecer los conocimientos en las patologías más frecuentes que se encuentran en el servicio de cunero patológico dentro de mi unidad hospitalaria

En el hospital materno infantil Tlahuac perteneciente al gobierno de Distrito federal, no se cuenta con todos los servicios , recursos materiales y humanos, necesarios para dar la atención que en algunos casos requiere un neonato con una patología, en algunas ocasiones es trasladado a otras unidades hospitalarias y en otras es manejado en esta unidad. Más sin embargo como profesional de enfermería tenemos la obligación ética y moral de brindar al usuario la mejor atención con los recursos con que cuenta la institución. Adaptando los recursos existentes en el servicio, sin perder los principios en la aplicación de las técnicas de enfermería.

En el proceso enfermero conforme se va desarrollando la metodología, se encuentran cada vez más interrogantes sobre los diagnósticos de enfermería , fundamentación científica de las intervenciones así como de la propia patología que presenta el paciente.

## **SUGERENCIAS:**

Tener mayor posibilidades dentro de las unidades de trabajo de manejar otro formato de la hoja de enfermería, en el cual se pueda realizar de una forma más explícita la valoración de enfermería del usuario.

En los programas de enseñanza de las unidades de atención a la salud, debería estar contemplado cursos (2-3 días) sobre la metodología del proceso enfermero.

Adaptar nuestros recursos materiales y humanos con los que contamos cada profesional de enfermería, dentro de sus centros de trabajo, para manejar algunos o todos los aspectos de la metodología del proceso enfermero, aunque no se pueda realizar de forma descriptiva en un documento (por algunas razones como: no tener un formato formal, el exceso de trabajo, el tiempo etc.), demostrándolo con nuestras intervenciones de enfermería, brindándole al usuario y familiares una atención de calidad, calidez y de la forma más holística que se tenga oportunidad.

## GLOSARIO:

**Acidosis.** Resultado de un aumento de la concentración del ion hidrógeno, con la disminución del PH.

**Aleteo nasal.** Apertura de las narinas durante la inspiración.

**Alto riesgo:** perteneciente a un individuo, cuyos antecedentes médicos y físicos, indican que tienen mayor probabilidad de tener problemas fisiológicos.

**Antisepsia:** conjunto de medidas destinadas a conseguir la eliminación de gérmenes en determinadas partes del cuerpo.

**Apgar, valoración de :** sistema de apreciación del estado del recién nacido, según frecuencia cardíaca esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, y coloración.

**Apnea.** Cese de las respiraciones por más de 10 segundos que se relaciona con cianosis generalizada.

**Atelectasia:** expansión incompleta o colapso del pulmón.

**Bilirrubina:** pigmento principal de la bilis.

**Bradycardia:** disminución de la frecuencia cardíaca a lo normal.

**Cianosis.** Coloración azulosa de piel o mucosas que resultan de una concentración excesiva de hemoglobina, que no se combina con el oxígeno en la sangre.

**Deshidratación:** pérdida de agua de los tejidos o del cuerpo.

**Eclampsia:** complicación que se presenta en el embarazo o el puerperio inmediato que se caracteriza por hipertensión edema, albuminuria, convulsiones y coma.

**Edad gestacional:** estado del feto o embrión entre la fecundación y el nacimiento.

**Edema:** hinchazón anormal, debido al acúmulo de grandes cantidades de líquidos en los tejidos.

**Eritema:** enrojecimiento de la piel por congestión capilar.

**Espiración:** acto de expulsar aire pulmonar.

**Estímulo:** cualquier acontecimiento ambiental que activa una reacción en uno de los sentidos.

**Fontanela:** espacio en forma de diamante entre los huesos frontal y los dos aprietales en los recién nacidos.

**Fototerapia:** uso de la luz para tratar una enfermedad, uso de luz fluorescente intensa para reducir la bilirrubina sérica en el tratamiento de hiperbilirrubinemia.

**Hipoglucemia:** descenso de niveles de glucosa en la sangre, por debajo del valor normal.

**hipotensión:** disminución de la presión por debajo de los valores considerados normales,

**Hipotermia:** estado del organismo como resultado de una temperatura fría.

**Hipoxemia:** contenido bajo de oxígeno en sangre. (PO<sub>2</sub> normal de 80-100mmHg.)

**Hipoxia:** disminución de la presión parcial de oxígeno en los tejidos

**Homeostasia:** autorregulación del sistema biológico en equilibrio dinámico.

**Ictericia:** coloración amarillenta de la piel y de las mucosas de los órganos internos y de la esclerótica ocular.

**Inspiración:** proceso de entrada de aire con la respiración.

**Lanugo:** vello fino en el cuerpo del feto.

**Reflejo:** actividad involuntaria.

**Taquipnea:** aumento de la frecuencia respiratoria.

**Vasoconstricción:** estrechamiento de la luz de los vasos sanguíneos, con aumentos de la resistencia vascular.

**Vérnix caseoso:** capa de materia grasosa que cubre la piel del feto.

## BIBLIOGRAFÍA.

AGUILAR, C. Tratado de enfermería infantil. Editorial. El servir scencie. Madrid Barcelona 2000 Pág. 1453

CLOHERTY, STARK. Manual de cuidados neonatales 3ª edición. Editorial Masson S.A. España 1999. Pág.847

GODOY RAMINEZ, R. Atención al recién nacido pretermino1ª Edición. Editorial MC Graw Hill interamericana Venezuela 2002 Pág..408

IYER ,P. Proceso y diagnóstico de enfermería .2ª edición. Editorial MC Graw Hill Interamericana, México 1997.Pág. 453.

REEDER MARTÍN, K. Enfermería materno infantil.17ª edición, editorial MC Graw Hill Interamericana. México 1999.Pág.1421.

ROCHE. Diccionario médico. 3ª edición española 1993. Pág.2387

RODRÍGUEZ CARRANZA R. Vadecum académico de medicamentos. 3ª edición. Editorial MC. Graw Hill Interamericana. México 2003. Pág. 1023.

RODRIGUEZ, S. Proceso enfermero.2ª edición, editorial Cuellar .México 2001. Pág. 277.

RUIZ GONZALEZ, M. Enfermería del niño y del adolescente.1ª edición, editorial DAE. Difusión de avances de enfermería. Madrid España 2000. Pág.

TAMEZ SILVA, B. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales. 2ª edición, editorial médica panamericana, México 20003.Pág. 211

www.aibarra.org/enfermería profesional: tema I membrana hialina, tema111 sepsis neonatal y recién nacido prematuro.

# ANEXOS

## IMPACTO DEL AMBIENTE DE LA UCI NEONATAL SOBRE EL DESARROLLO NEUROMOTOR:

El sistema nervioso central de los recién nacidos de término tiene la ventaja de poseer un grado de madurez con mayor capacidad de adaptación y ajuste al ambiente extrauterino. Pero si este recién nacido está enfermo, tal capacidad está alterada y fácilmente se descompensa estresándose, lo que lleva a una inestabilidad de las funciones fisiológicas y afecta su desarrollo neuromotor. Los recién nacidos prematuros son más susceptibles a los efectos del medio ambiente y cuando menor sea la edad gestacional, mayor será el compromiso, ya que el desarrollo cerebral no está completo y este hecho aumenta el riesgo de maduración cerebral.

Los prematuros también poseen una capacidad limitada de adaptación a la vida extrauterina, el estrés producido por el ambiente y los procedimientos, llevan a alteraciones fisiológicas como apnea, bradicardia, disminución de PO<sub>2</sub>, aumento de demanda calórica las cuales tornan difícil que los prematuros suban de peso, además de comprometer su desarrollo neurológico, según Berman, el retardo en el desarrollo neuromotor de los prematuros es variado: 30% moderado a severo en los prematuros nacidos con menos de 1.250 g con una incidencia de 50% en los nacidos con menos de 800gr.

En un estudio de Als, Lawhorn y col (1983-1984) fueron analizados los efectos de los cuidados que se concentran en el desarrollo neuromotor de los neonatos de alto riesgo y de los prematuros. En el grupo experimental donde fueron aplicados los cuidados centrados en el desarrollo neuromotor los pacientes quedaron menos tiempo intubados, tuvieron menos necesidad de oxígeno adquiriendo tempranamente la capacidad de iniciar la succión y la alimentación por mamadera, tuvieron menos incidencias de hemorragias craneales intraventriculares y el tiempo de internamiento fue menor, el costo hospitalario menor, con un ahorro de 90,000 dólares por paciente. En otro estudio realizado por Fleisher y Vanderberg 1995 los estudios fueron similares al del estudio anterior, con un ahorro de 150,000 dólares por paciente.

Todos los profesionales que se encuentran con el trato directo o indirecto en la atención a los pacientes en una UCI neonatal, tienen la responsabilidad de informarse y de crear rutinas y procedimientos que promuevan el desarrollo neuromotor de estos pequeños pacientes.

## LA COMUNICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

A mediados del siglo XX comenzaron a ser reconocidos el sistema sensitivo y las capacidades interactivas del recién nacido . Als (1982) escribió sobre el modo de evaluar la individualidad y la comunicación del recién nacido. Según la definición de este autor la competencia de la habilidad para comunicar del recién nacido implica un grado de suavidad y modulación., así como la regulación y el aumento de la diferenciación los cinco sistemas funcionales:

### Sistemas Funcionales según Als

Autónomo:	Incorpora las funciones fisiológicas, como respiración, estabilidad de la coloración de la piel, frecuencia cardíaca y la actividad visceral.
Motor:	Postura Movimientos Rigidez y tono muscular
Estado:	Sueño profundo Sueño liviano Somnolencia Alerta Activo alerta Llanto Agitación
Sistema de atención e interacción:	Analiza la capacidad del recién nacido para estar disponible durante el estado de alerta y la capacidad de regular o ajustarse a los cambios.
Sistema autorregulador:	Es la capacidad del recién nacido para ajustarse y mantener el equilibrio en relación con los cambios ambientales.

Cada uno de estos sistemas interactúa con los otros y es indicador de que el paciente está preparado para la interacción y los procedimientos. La utilización del comportamiento del recién nacido como una forma de comunicación para identificar si está desarrollando la capacidad de adaptarse en respuesta al estrés. Si esta adaptabilidad no se produce . evaluar las intervenciones que pueden ser utilizadas para hacer que el neonato se calme y estabilice.



Fig. 17-1. Incubadora protegida totalmente de la luz. (Gentileza de UCI Neonatal, Redlands Community Hospital, California.)

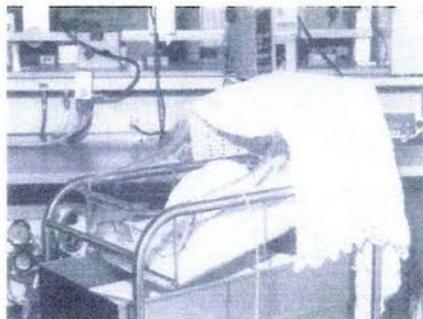


Fig. 17-3. Cuna protegida parcialmente de la luz. (Gentileza de UCI Neonatal, Redlands Community Hospital, California.)



Fig. 17-4. Succión no nutritiva. (Gentileza de UCI Neonatal, Redlands Community Hospital, California.)



Fig. 17-2. Incubadora protegida parcialmente de la luz. (Gentileza de UCI Neonatal, Redlands Community Hospital, California.)

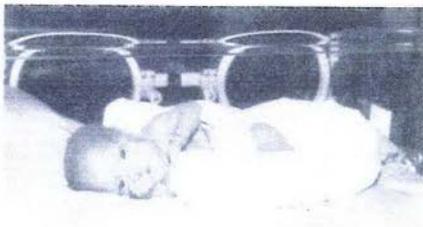


Fig. 17-5. Posición de confort, con apoyo. (Gentileza de UCI Neonatal, Redlands Community Hospital, California.)

PLAN DE ATENCION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
<p><u>Problema interdependiente.</u></p> <p>Alteración en el intercambio gaseoso secundario a Membrana hialina...</p>	<p>El recién nacido mantendrá un patrón respiratorio eficaz, mediante los cuidados de enfermería en forma precoz y oportuna.</p>	<p>Tomar signos vitales cada dos horas y se observan datos de incremento de dificultad respiratoria.</p> <p>Administrar oxígeno humidificado, mediante casco cefálico con 4 litros de oxígeno por minuto. Disminuyéndose hasta 2 litros por minuto, durante el proceso de recuperación.</p> <p>mantener las vías aéreas superiores permeables , por medio de la posición prona auscultar ruidos bronquiales, en busca de presencia de secreciones.</p>	<p>Los cambios en los signos vitales nos indican la disminución o aumento de la dificultad respiratoria.</p> <p>El oxígeno humidificado evita el resecaimiento de las vías respiratorias altas.</p> <p>La aspiración puede provocar hipoxemia, elevación de la presión intracreadeal, atelectasia y apneas.</p>	<p>EL RNPT mejora su patrón respiratorio después del tercer día.</p> <p>El neonato no presenta secreciones por lo que no es necesario la aspiración de secreciones.</p> <p>Las gasometrías no se realizan en esta unidad hospitalaria por que no se cuenta con un gasómetro.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
		Se agrupan cuidados de enfermería tratando de manipular el menos posible al RNPT.	<p>Generalmente estos RN no presentan secreciones. .la posición prona facilita la flexión, disminuye el área corporal y facilita el control de la cabeza y la oxigenación ,</p> <p>La manipulación constante al recién nacido inestable causa agitación y aumenta la irritabilidad, lo cual aumenta el consumo de oxígeno originando Hipoxia y aumento de la vasoconstricción pulmonar además de producir HIC. La manipulación constante también interfiere con la ganancia de peso, a causa del consumo de calorías.</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACION
Potencial alteración de la temperatura corporal en relación con la inmadurez del mecanismo regulador de la temperatura del neonato.	El recién nacido mantendrá su temperatura corporal dentro de límites normales.	Colocar al neonato en incubadora.  - Se vigila la eficacia del funcionamiento de la incubadora, continuamente. - ,Se tomar temperatura corporal dos veces por turno. ,	Mantener al neonato eutermico ayuda a disminuir el consumo de oxígeno, mantener la energía y disminuir los requerimientos de los líquidos.  La hipotermia puede producir apnea, bradicardia y mayor consumo de oxígeno.	EL recién nacido logra mantener su temperatura dentro de límites normales  Sin presentar datos de infección en la región de la punción.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
<p><u>Problema interdependiente.</u></p> <p>Riesgo potencial en la deficiencia de volumen de líquidos en relación con pérdidas insensibles de agua y consumo inadecuado de líquidos.</p>	<p>El neonato mantendrá su balance hidroelectrolítico neutro mediante las intervenciones de enfermería</p>	<p>Administrar líquidos parenterales por vena periférica utilizando una bomba de infusión para el goteo correcto.</p> <p>Control de líquidos, cuantificando ingresos y egresos. Se mantiene en observación la presentación de signos de deshidratación o edema.</p> <p>Vigilar la presencia de signos de reacción o de fugas de las soluciones parenterales.</p>	<p>La utilización de cuna radiante, fototerapia, la dificultad respiratoria y la prematurez son factores que aumentan las pérdidas insensibles de agua.</p> <p>El resultado del balance del control de líquidos nos informa sobre si sus pérdidas son mayores en comparación con sus ingresos.</p> <p>La punción intravenosa puede ser un medio de infección para el recién nacido prematuro.</p> <p>hipertermia puede producir deshidratación, a causa de las pérdidas insensibles de agua o convulsiones</p>	<p>EL neonato no presentó signos de deshidratación o edema.</p> <p>..</p>

DIGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Potencial de infección relacionado con múltiples punciones venosas periféricas..</p>	<p>El recién nacido no presentar infecciones por causa de venoclisis,</p>	<p>Lavarse las manos antes y después de realizar algún procedimiento al neonato.</p> <p>Instalar venoclisis con técnicas de asepsia.</p> <p>Colocar fecha de instalación y # de punzocat.</p> <p>Cambiar equipo de venoclisis, metriset, o equipo de bomba de infusión cada 24 hrs.</p> <p>Vigilar signos de reacción como: inflamación, enrojecimiento, temperatura, cambios de coloración en el área de la venoclisis.</p> <p>Vigilar extravaciones de líquidos parenterales alrededor del la punción</p>	<p>Los estudios han demostrado que el 90% de las infecciones hospitalarias adquiridas pueden ser prevenidas por una buena técnica de lavado de manos en combinación con otras medidas de asepsia.</p> <p>En los recién nacidos pretermnos los niveles de inmunoglobulina G están disminuidos. La inmunoglobulina participa en la defensa contra las bacterias gram negativas y no atraviesa la barrera placentaria, por lo que existe un aumento de susceptibilidad en el neonato pretermino.</p>	<p>El neonato no presenta signos de infección por venoclisis, pero si presentó reacción por medicamentos y extravaciones de líquido parenteral, por lo que fue necesario reinstalar venoclisis.</p> <p>..</p>

DIAGNOSTICO DE ENFRMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p>Posible alteración del sistema gastrointestinal relacionado con la invasión bacteriana.</p> <p><u>Problema interdependiente.</u></p> <p>Sepsis neonatal.</p>	<p>Identificar oportunamente alteraciones del aparato gastrointestinal</p> <p>el neonato quede libre de infección por medio de las acciones médicas y de enfermería.</p>	<p>Tomar perímetro abdominal por turno, mientras permanece en ayuno y preprandial y posprandial al iniciar la alimentación.</p> <p>Observar presencia de: náusea , vómito. distensión, características de evacuaciones. Continuar con soluciones parenterales.</p> <p>Observar el incremento de los signos de sepsis como :piel marmórea , petequias, edema piel fría, llenado capilar lento, letárgica, signos neurológicos como: respuesta a estímulos, irritabilidad ,hipoactividad, temblores, fontanelas abultadas y convulsiones.</p>	<p>Los signos mencionados son datos que pueden indicar sepsis neonatal y nos permiten hacer una valoración del neonato. En su evolución satisfactoria o en su deterioro.</p> <p>.buscando alguno de estos signos, nos permite conocer los problemas que esta presentando el neonato, estimar la severidad y evaluar las respuestas a los cuidados de enfermería y tratamiento médico.</p>	<p>No presenta trastornos digestivos.</p> <p>Los signos clínicos a evaluar en este caso son difíciles de separar de otros problemas que presenta el neonato como la dificultad respiratoria, a demás por su prematurez se mantiene con control de temperatura. De cualquier manera los cuidados se dan en forma integral.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
		<p>Administrar medicamentos: ampicilina 85mg IV. cada 12 hrs Amikacina 21mg. IV.cada 24hrs. Premier esquema. durante 4 días. Diluidas en 4ml administración directa.</p> <p>Dicloxacilina y cefotaxima 85mg IV cada 12 horas. Durante 10 días diluidas en 8 ml cada una por infusión lenta.</p>	<p>La ampicilina es un antibiótico bactericida, que actua contra los microorganismos gram negativos. Interfiere en la formación de la bacteria. Se metaboliza en el hígado y se elimina por la orina.</p> <p>La amikacina bactercida, actua contra microorganismos gram positivos.se elimina por riñon.</p> <p>Cefotaxima. Bactericida contra bacterias gram positivas y gran negativas. Inhibe la división del crecimiento bacteriano.</p> <p>Dicloxacilina. Bactericida contra estafilicoccus aureus.inactiva la pared bacteriana.</p>	<p>Hubo cambio de esquema de antibióticos.</p> <p>Se controló clínicamente por hemogramas, ya que no se cuenta con hemocultivos.</p>

DIGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
<p>Alteración en la nutrición relacionada con la disminución del reflejo de succión y deglución</p>	<p>El neonato mantendrá un estado nutricional adecuado, durante su estancia en el cunero patológico, mediante las acciones de enfermería al brindarle la formula Láctea.</p> <p>Mantener al neonato con las calorías necesaria por medio de la alimentación para continuar su desarrollo.</p>	<p>. Se instala una sonda oro gástrico del #8 al neonato para iniciar alimentación.</p> <p>- se enseña a la madre como extraerse la leche para las tomas de su hijo.</p> <p>- Se da una toma de leche para prematuro o leche maternizada cada 3 horas 7 ml, que va aumentando diariamente 2ml hasta llegar a 22ml. Se toma perímetro abdominal preprandial y postprandial en cada toma.</p> <p>- Se vigilan signos de intolerancia a la formula como: características del abdomen, vomito, heces líquidas, presencia de sangre en heces visible o oculta.</p>	<p>La alimentación entérica ayuda a promover la madurez intestinal y colabora para una adaptación metabólica más adecuada.</p> <p>Induce al aparato gastrointestinal aumentar la producción de enzimas digestivas, de glucagón pancreático, hormona del crecimiento y enteroglucagón.</p> <p>Se utiliza SOG para no interferir con la respiración en el caso del RNPT.</p> <p>La medida del perímetro abdominal nos sirve como evaluación en caso de distensión abdominal.</p> <p>La posición lateral derecha facilita el vaciamiento gástrico, la ventral previene la aspiración de leche en caso de que haya</p>	<p>A partir del 4° día de vida extrauterina el recién nacido inicia alimentación entera, se mantuvo en ayuno con soluciones par enterales que contenían solución glucosada al 10%, sol. Fisiológica, electrolitos y polivitaminas parenterales.</p> <p>Cuando inicia la formula por sonda orogastrica tiene buena tolerancia.</p> <p>Algunas veces la madre participó en la alimentación de su hijo, promoviendo la aproximación de la madre con su hijo.</p>

DIGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Riesgo potencial de hipoglucemia.relacionada con inmadurez metabólica</p>	<p>Se identificaran en el recién nacido sus cifras de glucosa que altere su estado de salud, mediante la medición de glucosa con tiras reactivas en sangre.</p>	<p>Se cambia sonda orogastrica cada 24hrs y se coloca al neonato sobre su lado derecho o en decúbito ventral.</p> <p>Se realiza dextrostix por turno mientras permanece en ayuno, al iniciar la vía oral se toma preprandial. Se observan signo y síntomas que pudiera presentar el neonato de hipoglucemia como: temblores, irritabilidad, convulsiones, hipotermia, hipotonía, taquipnea, diaforesis, apnea y cianosis.</p> <p>Se alimenta cada 3 hrs. con horario estricto. Mantener el goteo correcto de las soluciones parenterales y administrar bolos de S.G 10% con dextrostix. bajo</p>	<p>Emesis y disminuye el reflujo gastroesofágico. El cambio es para prevenir infecciones.</p> <p>El almacenamiento de glucógeno en esta población es limitada porque el glucógeno hepático se acumula durante el tercer trimestre de embarazo.</p> <p>Ofreciendo su alimentación sin demora ayuda a mantener sus cifras normales de glucosa en sangre.</p>	<p>El recién nacido presentó un dextrostix de 30 mg por lo que se le administra un bolo de solución glucosada. al 10%.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN
<p><u>Problema interdependiente.</u></p> <p>Hiperbilirrubinemia manifestada por hiperpigmentación de la piel, con cifras de bilirrubina (reportadas por laboratorio) de BD=0.40mg/dl, DI=0.40mg/dl, BT=14.73mg/dl</p>	<p>El recién nacido disminuya las cifras de bilirrubina , por medio de las acciones médicas y de enfermería.</p>	<p>Se desviste al neonato manteniendo los genitales cubiertos. se le coloca un antifaz que actúa como protector ocular, se vigila signos y síntomas de infección ocular.</p> <p>- Colocación de una lámpara de fototerapia, observando que este con buen funcionamiento, con una distancia de 45 a 55 cm de distancia del RN.</p> <p>- Cambiar al neonato de posición cada 3 horas en decúbito y retirar el antifaz, en el momento de alimentarlo, retirando la fototerapia.</p> <p>.-</p>	<p>Desvestir al neonato para que la luz de la fototerapia alcance una superficie extensa, aunque no esta comprobado que la luz pueda provocar esterilidad por seguridad se cubren los genitales.</p> <p>La luz de la fototerapia puede provocar daño en la retina, sin embargo si los ojos permanecen cubiertos por largo tiempo puede producir infección. Permitir que el R.N. reciba la luz uniformemente en todo el cuerpo.</p> <p>La fototerapia reduce los niveles de bilirrubina por fotooxidación y fotoizomerización,</p>	<p>El neonato responde satisfactoriamente a la fototerapia,, durante tres días.</p> <p>Con cifras al finalizar son: BD=0.34m/dl, BI=8.98mg/dl BT=9.30 mg/dl.</p> <p>No manifiesta datos de deshidratación, ya que continua con la administración de líquidos parenterales y el día que inicia la fototerapia inicia vía oral. Sus ojos no presentan infección</p>

DIGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
Riesgo de alteración en la integridad de la piel, relacionada con la sensibilidad de la piel del prematuro..	Proteger al recién nacido de causas externas que provoquen lesión cutánea, mediante las acciones de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar características de evacuaciones, ya que pueden presentarse, oscuras, verduscas o diarreicas.</li> <li>- Se observa el estado hídrico.</li> <li>- Colocar el mínimo de cinta adhesiva, sustituyéndola por material como micropore.</li> <li>- Observar presencia de rash o enrojecimiento de la piel.</li> <li>- Cambio de ropa y de pañal según las necesidades del neonato.</li> </ul>	<p>Los productos de degradación de la bilirrubina son la causa de la coloración y características de las evacuaciones. La fototerapia aumenta las pérdidas insensibles de agua a través de la piel y de las heces.</p> <p>La falta de estrato corneo de la piel del neonato facilita las erosiones y las infecciones.</p> <p>La luz de la fototerapia puede causar desde enrojecimiento hasta quemaduras.</p> <p>La orina y las heces por si solas pueden irritar la piel y con la luz de la fototerapia aumenta el daño a la piel del RN.</p>	<p>Los controles seriados son tomados por los médicos .enfermería solamente verifica resultado en el expediente clínico.</p> <p>El neonato presentó ligeras erosión en su piel por las múltiples punciones de venoclisis, restableciéndose posteriormente.</p> <p>No presento ningun incidente por la fototerapia.</p> <p>El lavado de manos siempre fue constante en, aunque ya no se mencione.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Alteración de los procesos familiares, relacionados con la prematurez del recién nacido .</p>	<p>Los padres comprenderán el por que de los cuidados de enfermería a su hijo.</p> <p>Los padres tendrán oportunidad de tener contacto con su hijo mediante las visitas.</p> <p>El neonato sentirá el afecto de sus padres mediante el contacto físico y verbal de los padres.</p>	<p>Se orienta a los padres sobre las normas para ingresar al cunero en cuanto al lavado de manos, uso de bata, gorro cubre bocas y horarios de visita..</p> <p>Responder a los interrogatorios de los padres sobre el tratamiento y problemas del recién nacido que correspondan al ámbito de enfermería, las veces que sea necesario y cuando no se pueda resolver sus dudas enviarlos con las personas indicadas.</p> <p>Estimular a los padres para que toquen al recién nacido, le hablen demostrando su afecto.</p>	<p>Las visitas frecuentes ayudan a promover el amor de los padres hacia los hijos.</p> <p>Estar informado de los que esta ocurriendo con su hijo les da seguridad a los padres y les ayuda a reducir el estrés. El estrés disminuye la capacidad de aprendizaje por lo que será necesario repetir alguna información.</p> <p>El contacto verbal y físico son estímulos que le permiten al neonato poner en marcha su desarrollo neurológico, aparte de brindarle tranquilidad.</p>	<p>El neonato recibió más visitas por parte de la madre que por el padre, ya que este se encontraba trabajando.</p> <p>Los padres recibieron información sobre sus dudas.</p> <p>Mostraron interés y amor por su hijo.</p> <p>El neonato muestra tranquilidad a contacto con su mamá.</p> <p>Se le enseña a los padres como acariciar a su bebe dentro de la incubadora.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA	EVALUACIÓN.
<p>Riesgo potencial de provocar estrés en el recién nacido relacionado, con el ambiente del cunero patológico.</p>	<p>El cunero patológico estará libre de elementos que puedan provocar estrés en neonato por medio de las acciones de enfermería.</p>	<p>Disminuir los sonidos y ruidos innecesarios como. Conversaciones en voz alta cerca del bebe, radios, responder rápidamente a las alarmas de los equipos, reducir el sonido del teléfono, cerrar suavemente las puerzuelas de las incubadoras..</p> <p>Reducir las luces por un determinado periodo.</p> <p>Agrupar los cuidados en periodos breves, observando signos de estrés y deteniendo el procedimiento en ese momento.</p> <p>Permitir que el neonato se calme y se recupere entre cada procedimiento. Usar la succión no nutritiva .</p>	<p>El ruido disminuye la capacidad auditiva del neonato, Interfiere con el estado del sueño, importante para la maduración de las funciones cerebrales , induce a la irritabilidad,. aumento de la presión arterial, alteración de la irrigación craneana intraventricular con lo que crece el riesgo de hemorragia.</p> <p>La recuperación del neonato ayuda a disminuir la estrés La succión no nutritiva reduce la agitación, mejor la oxigenación, estabiliza la presión intracraneana, aumenta los peiodos de sueño profundo y facilita la transición a la alimentación oral</p>	<p>El recién nacido logra mantener su sueño fisiológico en su periodo de recuperación , ya que al principio es un poco difícil por sus problemas patológicos, aún así se disminuyen los estímulos agresivos para el bebe dentro del servicio de cunero.</p>