



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

---

---

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

**“Aplicado a un Recién Nacido Prematuro,  
basado en el Modelo de Virginia Henderson”**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

**MARINA VILLEDA TOBÓN**

No. de cuenta: 8950712-4

DIRECTORA DE TRABAJO

---

**MTRA. SOFÍA ELENA PÉREZ ZUMANO**



México, D.F., junio de 2007.



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.



## INDICE

	Pág.
I.- AGRADECIMIENTOS.....	i
1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	5
➤ OBJETIVO GENERAL	
➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3. JUSTIFICACIÓN .....	6
4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO .....	7
5. MARCO TEÓRICO .....	9
➤ BASES TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA	
➤ PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA .....	21
➤ ANTECEDENTES PATERNOS / MATERNOS	
➤ VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA	
• Primera valoración	
• Segunda valoración	
7. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA .....	24
➤ DIAGNÓSTICOS	
➤ PLANEACIÓN	
➤ INTERVENCIONES	
➤ EVALUACIÓN	



---

8. PLAN DE ALTA .....	37
➤ INTRODUCCIÓN	
➤ OBJETIVOS	
➤ DIRECTRICES GENERALES	
➤ PUNTOS DE ENSEÑANZA	
9. CONCLUSIONES .....	41
10. ANEXOS .....	43
➤ RECIÉN NACIDO PREMATURO	
➤ FISIOPATOLOGÍA	
➤ ICTERICIA NEONATAL	
➤ FORMATO VALORACION INICIAL DEL RECIÉN NACIDO (INP)	
➤ NORMA AOFICIAL MEXICANA	
11. GLOSARIO .....	77
12. BIBLIOGRAFÍA .....	84



## **1. INTRODUCCIÓN**

La enfermería surge con la aparición del género humano sobre la tierra; desde la prehistoria los cuidados del ser humano han sido indispensables para su subsistencia, deben universales y especialmente son aplicables al nacer, con el propósito de mantener la vida y continuándose a lo largo de esta hasta la muerte.

La enfermería con bases científicas comienza a mediados del siglo XIX, con Florence Nightingale al trabajar con un perfil disciplinar propio, evolucionando a lo que se conocemos como: Modelos de Enfermería.

Uno de estos modelos es el Modelo de Virginia Henderson que se enfoca a cubrir las necesidades básicas del individuo.

Los cuidados son el eje de la atención que brinda la enfermera, los presta a través de una metodología científica y sistematizada por medio de una herramienta llamada Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que incluye un plan de intervenciones, que ayuda a brindar los cuidados de enfermería en forma holística.

Si bien es cierto que a todas edades se requieren cuidados, las poblaciones más afectadas son las personas de la tercera edad, los niños y los recién nacidos.



El nacimiento es un proceso maravilloso y, sin embargo, muy complejo debido a que el recién nacido experimentan muchos cambios físicos y emocionales, debe llevar a cabo muchos ajustes físicos a la vida extrauterina. Salir del útero significa que ya no puede depender de la circulación y la placenta de su madre para las funciones fisiológicas importantes. Antes del nacimiento, la respiración, la alimentación, la eliminación de desechos y la protección inmunológica provenían de su madre, pero cuando llega al mundo, muchos de sus aparatos y sistemas del cuerpo cambian dramáticamente el modo en que funcionaban durante la vida fetal.

Los aparatos y sistemas del recién nacido deben funcionar en conjunto, pero a veces puede tener dificultades para llevar a cabo esta transición. El nacer prematuramente hace que estos cambios sean aún más desafiantes.

La prematurez es una de las principales causas de morbilidad neonatal, su incidencia en el mundo oscila entre 7 – 10 % de recién nacidos vivos, cifras que han permanecido constantes en los últimos 25 años.<sup>1</sup>

Las patologías que se presentan, como consecuencia de la inmadurez, son graves e incluso mortales; dado que todos los órganos son inmaduros tienen un riesgo de enfermedad por cada órgano. La deficiencia de surfactante pulmonar lleva a enfermedad de membrana hialina, tradicionalmente causante de alta mortalidad y que al momento sigue siendo la limitante para la supervivencia. La inmadurez

---

<sup>1</sup> Ramos Liliana. **Enfermería en Neonatología**. Cuidados De Enfermería en el Manejo del Recién Nacido Prematuro. Disponible en: [www.enfermeriaconexion.com/neonatologiamapa.htm](http://www.enfermeriaconexion.com/neonatologiamapa.htm) Consultado: feb/02/06



neurológica y la presencia de vasos sanguíneos en la matriz germinal tienen como consecuencia un alto riesgo de hemorragia intracraneana y un conjunto de secuelas neurológicas graves. La inmadurez renal, intestinal, inmunológica, dérmica, hepática, etc. dan riesgos específicos en diferentes sistemas. Prácticamente todos los recién nacidos prematuros presentan ictericia neonatal aunados a diversos factores de riesgo, tienen un alto riesgo de encefalopatía bilirrubinémica.

La prematurez es una causa importante de muerte neonatal; en la actualidad, gracias al avance tecnológico, diagnóstico oportuno y los actuales esquemas de tratamiento, así como los cuidados de atención especializados por parte del personal de enfermería, permiten la sobrevivencia de neonatos cada vez más prematuros; de tal forma que ahora sobreviven recién nacidos prematuros que antes fallecían irremediablemente.

La prematurez tiene efectos a largo plazo, una gran cantidad de prematuros presentan secuelas. A más prematurez y bajo peso al nacer, mayor es el riesgo de que se presenten complicaciones.

Este proceso da una panorámica de la enfermería como profesión, donde el cuidado de la salud está enfocado a una recién nacida con prematurez, considerándola como una unidad biopsicosocial. Está integrado por once títulos principales, entre los que destacan los siguientes: en el primero se describe el inicio de la enfermería, la importancia que tiene el Proceso de Atención de Enfermería, así como de la



prematurez; en el segundo se encuentran los objetivos, tanto general como específicos a alcanzar, en la justificación se describe el por qué de este trabajo, en el cuarto se detalla el procedimiento utilizado para realizarlo, el título quinto consta del marco teórico, en el que se describe las bases teóricas de la enfermería, el Proceso de Atención de Enfermería con sus 5 etapas, en el sexto se encuentra la valoración de enfermería, con base al modelo de Virginia Henderson, que permitió identificar y jerarquizar las necesidades encontradas en ese momento de la recién nacida prematura, en el séptimo título se encuentran los diagnósticos de enfermería, con su respectivo plan de intervenciones, la ejecución y la evaluación del mismo, en el siguiente título se presenta el plan de alta y en el noveno las conclusiones a las que se llegaron; en el décimo título se encuentra el glosario de terminología empleado en este trabajo, en el onceavo podemos consultar la bibliografía utilizada y en el doceavo título se encuentra los anexos donde se describe el recién nacido prematuro en condiciones de bienestar así como el enfermo; también se describe la ictericia, así como sus posibles complicaciones y tratamientos y las tablas en las que se basaron algunas valoraciones.



---

## **2. OBJETIVOS**

### ➤ OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar y aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson a una recién nacida prematura con alteraciones en las necesidades fundamentales y otorgar los cuidados de acuerdo a la valoración realizada.

### ➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contar con un marco teórico completo, para comprender la naturaleza del padecimiento y visualizar de forma holística a la recién nacida prematura.
- Proporcionar un instrumento de apoyo para brindar una atención objetiva, con bases científicas y de calidad a los recién nacidos prematuros al cuidado del personal de enfermería.
- Integrar los aspectos teórico – prácticos como parte fundamental para la formación profesional del personal de enfermería.



---

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Partiendo de la base de que todos los recién nacidos son seres totalmente dependientes de los cuidados que se les proporcionan y más los recién nacidos prematuros por su inmadurez, se elabora el presente Proceso de Atención de Enfermería para brindar cuidados a una recién nacida prematura en forma holística, sistematizada, con bases científicas, desarrollando un pensamiento reflexivo y crítico, con el fin de dar solución a las necesidades detectadas.



#### 4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El presente Proceso de Atención de Enfermería se elaboró y aplicó a una recién nacida prematura, basándose en el modelo de atención de Virginia Henderson; durante la rotación asignada, en las prácticas clínicas de gineco-obstetricia, del 8vo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; del 30 de enero al 03 de febrero de 2006. , en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Dr. Manuel Gea González, de la Secretaría de Salud, en la Delegación Tlalpan.

Para la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera se utilizo el Proceso de Atención de Enfermería, que permitió al personal de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática, constó de cinco fases o etapas: *Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación*, fue cíclico y continuo.

En la primer etapa, para la recolección los datos se utilizó la entrevista, (previa solicitud a los padres, en la cual se solicitó la autorización para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en su bebe, y donde se llevo a cabo un interrogatorio sobre el embarazo, el parto o cualquier otro antecedente de importancia), la observación y la exploración física basándose en el formato de



Valoración Inicial del Recién Nacido, del Instituto Nacional de Pediatría, analizándose los datos e integrando al proceso elementos de la teoría de Virginia Henderson y la taxonomía diagnóstica de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*).

A partir de la *valoración* se reunió la información con el fin de obtener los hechos necesarios para definir el estado de salud de la recién nacida prematura y detectar sus necesidades.

Para la realización de los *diagnósticos* de enfermería se analizaron los datos y los problemas detectados.

Una vez que se realizaron los diagnósticos de enfermería se desarrollo el *plan de intervenciones* de enfermería tomando en cuenta el tiempo, lugar y recursos disponibles.

Durante la *ejecución* se implementaron las intervenciones de enfermería que se propusieron en el plan de cuidados.

En cada etapa se realizó una *evaluación* de la utilidad del plan de intervenciones de enfermería, resultando útil y eficaz para resolver las necesidades detectadas al inicio, detectar nuevas necesidades e implementar intervenciones durante el tiempo de estancia hospitalaria.



## 5. MARCO TEÓRICO

### BASES TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA

Las bases teóricas de la enfermería han sido influenciadas por las grandes corrientes del pensamiento o maneras de ver o comprender el mundo (paradigmas).

El ejercicio profesional de la enfermería se ha enfrentado a diversos problemas que limitan su desarrollo científico tales como: la visión tradicional de la naturaleza de la ciencia, la percepción de la función social que tiene la mujer ante la sociedad y por el sistema de salud con una franca orientación hacia la práctica médica. Estos aspectos han influido en las teóricas, asociaciones o instituciones que han propuesto diversas definiciones de la enfermería; con relación a la naturaleza de la ciencia, es importante destacar que la filosofía de la ciencia ha sido influenciada principalmente por dos escuelas del pensamiento: 1) el empirismo lógico o positivismo y 2) el naturalismo histórico o dialéctico y más recientemente por otra corriente del pensamiento: el humanista hermenéutico.<sup>2</sup>

En este sentido, han surgido teóricas con diferentes paradigmas que han contribuido a la construcción del cuerpo propio de conocimientos de la profesión, entre las que se encuentran dos mujeres que han logrado influenciar a las enfermeras hasta hoy día: Florence Nightingale, por su habilidad para lograr cambios que siguen siendo

---

<sup>2</sup> Duran Ma. Mercedes. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia 1998.



un modelo para las enfermeras activistas de hoy, y Virginia Henderson, que creó una definición moderna a nivel mundial de la enfermería.



Nightingale es considerada como la primera teórica de la enfermería, ya que elevó el prestigio de la profesión a través de la educación. Las enfermeras ya no eran amas de casa sin formación, sino personas formadas en el cuidado de los enfermos.<sup>3</sup>

En 1860, Florence Nightingale definió la enfermería como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación”, consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente.

En 1966, Virginia Henderson (Kansas, Estados Unidos 1897 - 1996) quien fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, contemplando la práctica de enfermería independiente de la medicina, .definió de forma específica el rol de la enfermera: “*La función propia de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible*”.

---

<sup>3</sup> Kozier Bárbara, Erb Glenora. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y práctica. Vol I. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 7ª edición. Madrid, España. 2005. p.8, 42.



La definición de Henderson de la función específica de la enfermería supuso un punto de partida decisivo para el nacimiento de la enfermería como disciplina diferenciada de la medicina.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo de enfermería por necesidades de cuidado, con la elaboración de un marco de valoración de enfermería con base en las catorce necesidades humanas básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incluidos factores físicos, psicológicos o sociales.<sup>4</sup>

**Las catorce necesidades son:**

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos corporales.
- 4º.- Moverse y mantener una postura corporal adecuada.
- 5º.- Dormir y descansar.
- 6º.- Elegir ropa adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno.
- 8º.- Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger la piel.



<sup>4</sup> Dueñas Fuentes. "Cuidados de Enfermería/ Enfermeras Teóricas / Virginia Henderson". Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm) Consultado: 30/agosto/2006.



- 9º.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a otros.
- 10º.- Comunicarse con otras personas para expresar sentimientos, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º.- Practicar el culto de su propia fe.
- 12º.- Trabajar de modo que uno se sienta realizado.
- 13º.- Jugar o participar en actividades de ocio.
- 14º.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que impulsa al desarrollo normal y a la salud, así como a utilizar los recursos sanitarios disponibles.<sup>5</sup>

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (**independiente**), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (**dependiente**). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

---

<sup>5</sup> Kozier Bárbara, op cit, p. 42.



\* Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

\* Variables: estados patológicos:

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción o estados de inconsciencia.
- Exposición al frío o estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio y postoperatorio.
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
- Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería, estos se aplican a través de un plan de intervenciones de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Además describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como *sustituta*, como *ayudante* o como *compañera*:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.<sup>6</sup>
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.<sup>7</sup>
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Dueñas Fuentes. op cit.

<sup>7</sup> Anierte Hernández. Teoría y Método en Enfermería II/ Modelo de Virginia Henderson. Disponible en: [perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/progr\\_asignat\\_teor\\_metod5.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm) Consultado: 29/agosto/2006.



Henderson describe la definición de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería de la siguiente manera:

- **Enfermería:** La enfermera tiene como función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.
- **Persona:** Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz; la persona y la familia son vistas como una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables.<sup>9</sup>
- **Entorno:** Incluye relaciones con la propia familia, así como las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Salud:** La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida,

---

<sup>9</sup> Reyes Isidoro. Definición de Enfermería. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson\\_Consultado: 29/agosto/2006](http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson_Consultado: 29/agosto/2006).



donde el paciente realiza sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.<sup>10</sup>

Además de requerir la aplicación de un modelo de enfermería para proporcionar el cuidado a la persona, es fundamental utilizar un método científico, conocido como Proceso de Atención de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), que consideraron tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.<sup>11</sup>

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí,

---

<sup>10</sup> Reyes Isidoro. Definición de Enfermería. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson](http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson) Consultado: 29/agosto/2006.

<sup>11</sup> Iyer Patricia. et. al. Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 2ª edición. Madrid, España. 1993, p. 2.



aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

## ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Valoración:** Consiste en la recopilación y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, sobre su estado de salud a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, y al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente como fuentes secundarias. Es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Los métodos para obtener datos son:

A) *Entrevista clínica:* consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

Iniciación: fase de aproximación, se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: conversación centrada en la obtención de la información necesaria.

Cierre: fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos.

B) *La observación:* implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.



C) La exploración física: se utilizan cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación:

*Inspección:* examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales.

*Palpación:* utilización del tacto para la palpación de órganos en abdomen.

*Percusión:* dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos: *Sordos* (aparecen cuando se percuten músculos o huesos), *Mates* (aparecen sobre el hígado y el bazo), *Hipersonoros* (aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire) y *Timpánicos* (se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara).

*Auscultación:* escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.

**Diagnóstico de Enfermería:** Juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Griffith Janet, Chistensen Paula. Proceso de Atención de Enfermería/Aplicación de Teorías, guías y Modelos, Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., D.F., México, 1986, p41



Es un enunciado del problema de la persona que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Existen cuatro tipos:<sup>13</sup>

*Real:* Situación que existe en el momento actual; tiene tres componentes: *enunciado, características que lo definen y factores relacionados*. Las intervenciones de enfermería van encaminadas a promover un mayor nivel de bienestar.

*Alto Riesgo:* Situación que puede ocasionar dificultad en el futuro; consta de dos componentes: *problema y etiología/factores contribuyentes*. Las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema.

*Posible:* Enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales, se debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes: *problema y etiología/factores contribuyentes*.

*De bienestar:* Transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, no contienen factores relacionados.

---

<sup>13</sup> Dueñas Fuentes. op cit.



**Planificación:** Estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. Se establecen los cuidados de enfermería (Plan de Intervenciones), que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados<sup>14</sup> e incluye las siguientes etapas:

Establecer prioridades en los cuidados. Selección, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Determinar los criterios de resultados esperados.

Elaboración de las actuaciones de enfermería. Determinación de las acciones en el plan de cuidados, corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.

Documentación y registro. El plan de cuidado deben tener los siguientes registros:

- Diagnósticos de enfermería.
- Objetivos del cliente (criterios de resultado).
- Órdenes de enfermería (intervenciones).
- Evaluación (informe de evolución).

---

<sup>14</sup> Fernández Ferrín, Garrido Abejar, cols., Enfermería / Enfermería Fundamental/ Serie Manuales de Enfermería, Ed. Masson, Barcelona España, 2000, p241.



---

**Ejecución:** realización o puesta en práctica del plan de cuidados elaborado.

**Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados.<sup>15-16</sup>

El objetivo principal del Proceso de Atención de Enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir de forma individual las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Además de identificar sus necesidades reales y potenciales, estableciendo planes de cuidados para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

---

<sup>15</sup> Dueñas Fuentes, op cit.

<sup>16</sup> Fernández Ferrin, Garrido Abejar, cols., op cit, p255, 265,266.



---

## **6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **ANTECEDENTES PATERNOS / MATERNOS**

Padre de 16 años de edad, con escolaridad de preparatoria trunca (primer semestre), tabaquismo positivo.

Madre de 15 años de edad, con nivel de escolaridad equivalente a secundaria terminada, niega toxicomanías, su menarca la presenta a los 11 años de edad, su IVSA ocurre a los 15 años de edad, su FUM es el 26 de mayo de 2005, refiere haber cursado con IVU y cervicovaginitis, tratadas por médico familiar y actualmente remitidas.

Su trabajo de parto se inicia el 29 de enero, aparentemente de forma espontánea, para obtener producto único femenino, vivo, por vía vaginal, con líquido amniótico claro que lloró y respiró al nacer, el día 30 de enero de 2006 a la 01:00 hrs., calificándola con un de Apgar 7/8, y un Capurro de 36 SDG. Presenta un peso de 1,800 gr., con una talla de 44 cm., su perímetro cefálico de 31 cm., el perímetro torácico de 28 cm., el perímetro abdominal de 26 cm., el pie de 7 cm. Sus signos vitales al nacer fueron: F.C.: 174 lx', F.R.: 72 rx', T°: 37.6°C rectal, con saturación de O<sub>2</sub> de 85%



---

## **Valoración Inicial de Enfermería**

### Primera Valoración

La primera valoración se realiza a las 10 hrs. del día 30 de enero del 2006, nueve horas posteriores a su nacimiento, en la UCIN, encontrando lo siguiente:

A la exploración física: recién nacida prematura alerta, reactiva, llanto débil piel delgada, coloración de tegumentos rosada, aunque con discreta cianosis distal, cabeza grande (desproporcionada con respecto a las extremidades), la fontanela anterior es blanda, pulsátil y levemente depresible, la posterior es pequeña de forma triangular, pabellones auriculares blandos implantación adecuada, la mayor parte del tiempo mantiene los ojos cerrados, pero los abre al estímulo, pupilas reactivas a la luz, iris de color grisáceo, mucosa oral íntegra, labio y paladar íntegros, narinas y esófago permeables, cuello sin alteraciones, tórax normolineo, campos pulmonares con entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, con buena intensidad, abdomen blando depresible, sin hepatomegalia, peristalsis presente, cordón umbilical pinzado, hidratado con 3 vasos: 2 arterias y una vena, inoloro, extremidades simétricas e íntegras, genitales fenotípicamente femeninos, clítoris agrandado, labios mayores poco desarrollados, sobresalen los menores, se observa secreción blanquecina mucosa, ano permeable, zona perianal íntegra, palmas y plantas enrojecidos y surcos sólo en mitad anterior, uñas blandas y cortas, no llegan al extremo de los dedos.



Sus signos vitales: T/A 59/ 36, F.C.: 164 lx', F.R.: 66 rx', T°: 37.9°C rectal, con saturación de O<sub>2</sub> de entre 85% y 89%, con dificultad respiratoria, Silverman de 3, discreta cianosis distal, quejido, aleteo nasal, taquipnéica, con ligeras secreciones hialinas, patrón respiratorio irregular.

Tras toma de gasometría arterial se encuentran los siguientes datos: pH 7.34, pCO<sub>2</sub> 48, HCO<sub>3</sub> 23, pO<sub>2</sub> 55.

Posteriormente se inicia su alimentación por sonda orogástrica con fórmula especial para prematuros de acuerdo sus requerimientos y a indicación médica.

Diuresis siugeneris y evacuaciones meconiales presentes.

Al término de la primer valoración se detecto dependiente en las necesidades universales relacionadas con: oxigenación, nutrición, vestirse/desvestirse, termorregulación, higiene y estado de la piel y seguridad. Por lo que requirió apoyo y cuidados de enfermería que se implementaron de acuerdo al plan de intervenciones.



## 7. PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

\*DX: **Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez pulmonar manifestado por taquipnea, cianosis distal (++)**, quejido, aleteo nasal y **desaturación de O<sub>2</sub> de hasta 85%**

***Dependiente.***

OBJETIVO:

- Mantener un patrón respiratorio eficaz.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Evaluar y registrar el estado de compromiso respiratorio: profundidad y frecuencia respiratoria, empleo de músculos accesorios, campos pulmonares, StO<sub>2</sub>, gasometrías para vigilar factores determinantes del aporte de oxígeno tisular, para determinar la necesidad de aspiración de secreciones o tipo de apoyo ventilatorio.
- Mantener vía aérea permeable.
- Drenaje postural.
- Administración de O<sub>2</sub> suplementario por medio de nebulizador tibio continuo al 40% FiO<sub>2</sub>.
- Aspiración de secreciones cada 4 hrs. o por razón necesaria.



- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, para evaluar la eficacia de la aspiración.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Utilizar precauciones universales; guantes, cubrebocas, etc., para evitar cualquier tipo de contaminación.
- Utilizar una succión de 60 a 90 mm/Hg para la aspiración adecuada de las secreciones).
- Observar el estado de oxígeno y hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la aspiración.
- Basar la duración de cada pase de aspiración en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Detener la succión y suministrar oxígeno suplementario directo si el paciente experimentara bradicardia, y/o desaturación.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Fisioterapia pulmonar cada 4 horas con vibrador adecuado o por el método de vibración palmar.
- Mantener un balance hídrico adecuado.

#### EVALUACIÓN:

- La vía aérea se mantiene permeable.
- Aumenta y conserva la SaO<sub>2</sub> arriba de 94%.
- Sus signos vitales permanecen estables.
- Remite datos de dificultad respiratoria, después de 12 hrs.



- Se aspiran moderadas secreciones.

**\*DX: Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con prematuridad manifestado por succión y deglución ineficiente, fatiga y disnea.**

***Dependiente.***

OBJETIVO:

- Satisfacer las necesidades nutricias, administrando los requerimientos nutricionales de acuerdo a la edad y peso, para favorecer un crecimiento y desarrollo armónicos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Registro de peso diario.
- Proporcionar alimentación por medio de sonda orogástrica (SOG). La alimentación por SOG le permite llevar el alimento al estómago, la cual es la forma más eficiente y más segura de brindar una buena nutrición.
- Aplicar la técnica de volumen residual.
- Administrar fórmula para prematuros 30 ml. cada 3 horas. La nutrición del prematuro es uno de los aspectos más importantes en su cuidado, ya que influye directamente en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de estos niños. La nutrición del prematuro procura obtener un crecimiento y depósitos de



nutrientes similar al intrauterino, promover un desarrollo neurológico y cognitivo normal y una vida saludable como adulto.

- Anotar la ingesta diaria de fórmula.
- Evitar actividad innecesaria.
- Toma de glicemia capilar.
- Realizar masaje de los músculos implicados en la succión y deglución.

#### EVALUACIÓN:

- No se registran datos de hipoglicemia.
- No se observa residuo gástrico.
- No se observa aumento de perímetro o distensión abdominal.
- No se detecta cambio significativo en los reflejos de succión y deglución por lo se continúa alimentando por medio de SOG.

**\*DX: Riesgo potencial de aspiración relacionado con alteración de los reflejos de succión y de deglución secundario a prematurez.**

***Dependiente.***

#### OBJETIVO:

- Evitar bronco aspiración.



#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Auscultar los sonidos respiratorios.
- Mantener postura en decúbito lateral y mantener la cabecera elevada.
- Acostar a la bebé durante el sueño en decúbito dorsal.
- Medir perímetro abdominal.
- Verificar posición adecuada de la SOG preprandial y medir volumen residual.
- Administrar fórmula por sonda orogástrica.
- Ministración de ranitidina 1.8 mg. c/ 12 hrs.
- Aspiración de secreciones de nariz y boca.
- Colocar monitoreo de SO<sub>2</sub>.

#### EVALUACIÓN:

- No se observan datos de broncoaspiración, se mantiene vía aérea permeable.
- Se mantiene posición adecuada.
- No hay incremento del perímetro abdominal.
- Se ministra fórmula sin complicaciones.

**\*DX: Termorregulación ineficaz relacionado con regulación compensatoria metabólica limitada secundaria a prematuridad manifestado por labilidad a cambios de temperatura.**

***Dependiente.***



OBJETIVO:

- Vigilar y mantener la temperatura corporal de la recién nacida prematura dentro de los valores normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Colocar en incubadora.
- Tomar y registrar la temperatura de la recién nacida prematura.
- Reducir o eliminar las fuentes de pérdida de calor.
- Durante el aseo proporcionar un ambiente cálido.
- Lavar y secar por sectores para reducir la evaporación.
- Limitar el tiempo de contacto con ropa húmeda.
- Evitar las corrientes de aire.
- Calentar el material utilizado en los cuidados.
- Colocar gorrito.

EVALUACIÓN:

- Se mantiene normo térmico entre 37.4 y 37.7°C rectal.

\*DX: **Incapacidad para vestirse y desvestirse** *relacionado con* **inmadurez** *manifestado por* **disminución de fuerza muscular.**

***Dependiente.***



OBJETIVO:

- Vestir con prendas adecuadas y apropiadas al entorno en que se encuentra.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Colocar pañal y cambiar cuando sea necesario.
- Colocar gorrito.

EVALUACIÓN:

- Se mantiene con prendas adecuadas a sus necesidades y entorno, por el momento solo pañal y gorrito.

**\*DX: Alteración del patrón del sueño relacionado con modificaciones del ambiente, ruidos desconocidos e interrupciones del sueño para la valoración manifestado por movimientos de agitación al estímulo.**

***Dependiente.***

OBJETIVO:

- Propiciar el sueño y descanso en la recién nacida prematura, hasta completar de 14 a 16 hrs. diarias.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

- Disminuir. En lo posible, el volumen del timbre de las alarmas.



- Disminuir la intensidad de la luz.
- Organizar los cuidados y permitir el sueño y descanso de la recién nacida prematura.
- Respetar, en lo posible, los horarios de sueño.
- Disminuir el número de intervenciones innecesarias.

#### EVALUACIÓN:

- Se respeta en lo posible sus horas de sueño y descanso, al menos en el turno en que permanecemos con ella, (turno matutino).

#### Segunda Valoración

Una segunda valoración es realizada el 31 de enero del mismo año, se observa al término se realizan los siguientes diagnósticos:

#### **PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

**DX: Ictericia relacionado con inmadurez (prematurez) manifestado por tinte amarillo de piel y mucosa (bilirrubina sérica de 16mg/dl.)**

***Dependiente.***

#### OBJETIVO:

- Disminuir niveles séricos de bilirrubinas y evitar complicaciones.



#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Toma de sangre y registro de resultados de niveles séricos de bilirrubina.
- Evaluar la coloración amarilla de la piel y mucosas, respuesta al estímulo, reflejos presentes.
- Colocar fototerapia.
- Colocar a la RNP completamente desnuda bajo la fototerapia.
- Colocar antifaz en ojos para protección de la retina.
- Cambio de antifaz diario.
- Hacer cambios de posición cada 2 horas para garantizar la exposición de la luz.
- Vigilar por signos de deshidratación: piel seca, saliva filante, llanto sin lágrima, fontanelas deprimidas, signo de pliegue.
- Evaluar a la RNP por posibles complicaciones a la exposición de la fototerapia: rash generalizado en piel.
- Evaluar características de las evacuaciones: cantidad y color.
- Evaluar por signos de encefalopatía bilirrubinémica: hipotonía, letargia, reflejo de succión disminuido, convulsiones, apneas.

#### EVALUACIÓN:

- Los niveles disminuyen a 10mg./dl.

**DX. Déficit de conocimiento de los padres relacionado con condición de su hija manifestado por expresión verbal e inquietud.**



---

**Dependiente.**

**OBJETIVO:**

- Los padres manifiesten con sus propias palabras el porque de los cuidados de su hija.

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Orientar a los padres sobre las normas de ingreso a la unidad: lavado de manos, uso de bata, horas de visitas, etc.
- Responder a las interrogantes de los padres sobre los problemas y tratamiento que recibe su hija (causa de la ictericia, interrupción de la fototerapia, etc.)
- Reforzar las interpretaciones médicas con lenguaje adecuado a los padres de la RNP y dar retroalimentación para comprobar los conocimientos.
- Explicar a los padres las complicaciones que sufre la RNP, así como los logros alcanzados. (Disminución de bilirrubinas en sangre, suspensión de fototerapia).
- Estimular el apego con los padres por medio de la estimulación precoz.
- Capacitar a los padres en los cuidados generales la RNP.

**EVALUACIÓN:**

- Los padres siguen preocupados, pero están concientes, aparentemente, de los cuidados que se deben realizar a su hija.



**DX: Riesgo de la integridad hística o corneal relacionado con exposición a la luz de la fototerapia.**

***Dependiente.***

OBJETIVO:

- Disminuir el riesgo de lesión en región corneal, piel y mucosa por el uso de la fototerapia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Colocar antifaz adecuado durante el tiempo que este encendida la fototerapia.
- Realizar aseo ocular por turno.
- Toma manual de temperatura corporal horaria.

**DX: Riesgo de lesión relacionado con inmadurez y dependencia**

***Dependiente.***

OBJETIVO:

- Brindar una seguridad máxima a la Recién nacida prematura.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Brindar un espacio físico (el adecuado para sus condiciones clínicas).



- Tratar, en lo posible, de brindar el espacio adecuado (lo ideal es entre 4 y 10 m<sup>2</sup> por paciente, una separación mínima de 1mt entre incubadoras).
- Mantener una temperatura de la incubadora entre los 22° C a los 32° C con una humedad relativa de alrededor del 60%. El incremento de esta humedad reduce las pérdidas de calor por evaporación.
- Evitar los lazos, cordones porque pueden deshilacharse y liberar pequeños hilos que podrían producir obstrucción respiratoria.

#### EVALUACIÓN:

Si bien es cierto que no se cuenta con el espacio suficiente, se brindan las medidas y cuidados necesarios y se mantiene sin lesiones.

**DX: Riesgo de infección relacionado con inmadurez del sistema inmunitario.**

#### ***Dependiente.***

#### OBJETIVO:

- Reducir al mínimo la introducción de microorganismos patógenos, para evitar el riesgo de infecciones nosocomiales en el periodo neonatal.

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- Lavado estricto de manos antes y después de manipular a la bebé.
- Uso de guantes, cubrebocas y batas cuando este indicado.



- Evitar realizar punciones innecesarias.
- Cambio de equipos de infusiones parenterales y enterales cada 24 hrs., si es posible, o mínimo cada 48 hrs.
- Cambio de equipo de aspiración, de ser posible, por turno.
- La limpieza del entorno debe de ser diaria y continuada, de forma que si hay algo sucio debe de limpiarse lo antes posible, sobre todo desechos orgánicos.
- Baño diario, lo ideal es realizarlo a ultima hora de la tarde coincidiendo con las horas donde se persigue que consiga mayor tiempo de descanso.
- Utilizar jabones neutros o ligeramente ácidos, buscando un pH lo más parecido al de la piel.
- Cambios de pañal, estos se deben realizar siempre que estén manchados de orina o heces, (no interrumpir el sueño para realizar cambios de pañales por rutina).
- Vigilar signos de infección del cordón umbilical: cambio de coloración, secreción, dolor.
- Vigilar la aparición de signos de infección: letargo, inestabilidad de la temperatura, vómito y cambios sutiles de color).
- Cambios de la ropa de la incubadora, estos se deben de hacer como mínimo a diario, y siempre y cuando estén sucios por alguna eventualidad.
- Lavado meticuloso de manos.

#### EVALUACIÓN:

- No se observan datos de infección, hasta esta fecha.



## **8. PLAN DE ALTA**

### **INTRODUCCIÓN**

La transición satisfactoria del prematuro hospitalizado a su casa necesita de la coordinación y progresión de actividades que faciliten su adaptación y la de los padres a la vida del hogar, por lo que la preparación psicológica y física es necesaria para que los progenitores acepten su papel de cuidadores independientes. El plan de alta es un instrumento que facilita la transición de la asistencia hospitalaria a los cuidados en el hogar.

### **OBJETIVOS**

- Describir la participación de los padres en la transición.
- Definir la atención.
- Identificar las necesidades de vigilancia de un neonato prematuro.

### **FAMILIA**

Los miembros de la familia son participantes activos en la elaboración, práctica y valoración constante del plan; parte integral del plan de transición son las necesidades de información, enseñanza y apoyo psicosocial identificadas en la madre y la familia y su responsabilidad para satisfacerlas. La evaluación de la seguridad y adecuación del entorno domiciliario para lograr el nivel de atención del neonato prematuro se realiza en los inicios de la estancia hospitalaria, para así



contar con tiempo suficiente para intervenciones de enfermería, si se detectan deficiencias.

## ENFERMERA

Identifica las barreras que pueden surgir, que limiten el aprendizaje y la participación de los padres en la asistencia e identifica los recursos para superarlas.

## RECIÉN NACIDA PREMATURA

Se valora el nivel de estabilidad médica de la recién nacida prematura y se identifican las necesidades físicas, de desarrollo y conductuales que necesiten terapias planeadas para su corrección. Se realizan estudios adecuados de detección sistemática para el tratamiento y la atención de vigilancia, explicándoles a los padres en que consisten todos y cada uno de ellos:

- Tamiz neonatal completo.
- Biometría hemática completa: con recuento de reticulocitos.
- Estudio oftalmoscópico: en busca de retinopatía de la prematurez.
- Valoración audiológica.
- Medición sérica de fármacos: teofilina, fenobarbital, etc.
- Rx. de tórax
- Ecocardiograma.
- Ultrasonografía craneal: en busca de hemorragia intraventricular.
- E.C.G: lectura de posible bradicardia.



---

#### DIRECTRICES GENERALES:

- Estabilización.
- Alcanzar parámetros ponderales o de madurez en el desarrollo gestacional.
- Termorregulación.
- Capacidad para alimentarse e incrementar de peso.
- Demostración de la capacidad de la familia para brindar los cuidados competentes.
- Independencia de oxígeno suplementario.

#### PUNTOS DE ENSEÑANZA:

Los siguientes puntos, si bien están dirigidos tanto a la madre como al padre, se enfatiza en la mamá, ya que el papá, como proveedor de recursos de la familia, pasa menos tiempo con la bebé.

- Diferencias entre la respiración normal y anormal.
- Aspiración de secreciones con perilla para mantener la vía aérea permeable.
- Ejercicios que estimulen y mejoren la succión y la deglución.
- Recolección y almacenamiento de leche materna.
- Técnica de alimentación y tipo de leche adecuada.
- Cuidados de la piel, y el baño de la bebé.
- Vestimenta adecuada al medio ambiente.



- Seguridad en la cuna o cama.
- Administración de medicamentos y vacunación.
- Descanso, permitiendo que la bebe duerma por lo menos 14 hrs. al día.
- Estimulación adecuada para el desarrollo, fomentar el estímulo verbal y táctil cuando se encuentre despierta la bebé.
- Identificar signos de enfermedad y a donde acudir.
- Evitar contacto con personas enfermas.
- Precisar una fecha tentativa de alta, en colaboración con el médico, la familia y otros miembros del personal asistencial involucrados.
- Auxiliar a la familia en la planificación de todas las citas necesarias de vigilancia.
- Verificar el aprendizaje de los padres.

#### SIGNOS DE ALARMA

- Aumento de T° corporal por arriba de 38°C o disminución de 36 °C.
- Presencia de más de un vómito abundante o persistente en 24 hrs.
- Rechazo en más de dos ocasiones consecutivas del alimento.
- Presencia de letargo o dificultad para despertar.
- Presencia de palidez o cianosis.
- Ausencia de respiración mayor a 15 segundos (apnea).
- Llanto persistente e inconsolable.
- Presencia de secreción o sangre por cualquier orificio.
- Ausencia de orina por más de 6 hrs.



---

## **9. CONCLUSIONES**

La recién nacida prematura aún permanece hospitalizada en la Unidad de Cuidados Neonatales, pero en el área de terapia intermedia, su estancia depende, en gran medida, del plan de cuidados que se emplee de acuerdo a sus necesidades identificadas, de la ausencia de complicaciones y de lograr un buen incremento ponderal.

En cuanto a los objetivos planteados, se logró aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

Se consultan diferentes referencias bibliográficas, recopilando un marco teórico completo, se logran integrar los aspectos teórico – prácticos, logrando brindar cuidados de una forma holística a la recién nacida prematura.

El trabajo en equipo es clave para la evolución deseada, es importante tener conocimientos básicos y especializados para brindar una mejor atención.

El contar con herramientas como el Proceso de Atención de Enfermería permite al personal de enfermería participar en el tratamiento de forma objetiva, proporcionando una imagen más profesional de la enfermera.



---

El cuidado que brindamos es un arte y una ciencia por lo que se requiere una formación formal y continua.

Lo que somos hoy es fruto del pasado, y lo que seremos en el futuro depende de nosotros.



## 10. ANEXOS

### RECIÉN NACIDO PREMATURO (RECIÉN NACIDO A PRETERMINO)

#### Concepto

Se considera prematuro al recién nacido que nace antes de las 37 Semanas De Gestación (SDG), es decir, antes de completarse el tiempo normal de maduración (42 SDG), contando a partir del primer día del último período menstrual, tienen una gestación acortada y son denominados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pretérminos (antes de tiempo). Casi el 12% de todos los Recién Nacidos son prematuros.<sup>17</sup> Es más frecuente en hijos de adolescente.

Los problemas del Recién Nacido Prematuro se centran en la dificultad para adaptarse al medio extra-uterino por su inmadurez y su bajo peso.

Es importante conocer que el feto experimenta su mayor crecimiento en las últimas 8 semanas de embarazo. En las primeras 32 semanas se adquiere 1/3 del peso total y en las últimas 8 semanas los 2/3 restantes. Lo mismo ocurre con la maduración de los órganos fetales, siendo necesarias las últimas 8 semanas de la

---

<sup>17</sup> y <sup>21</sup> Versión en inglés revisada por: John Goldenring, M.D., M.P.H., Department of Pediatrics, Children's Hospital, San Diego, CA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. Recién Nacido Prematuro. Disponible en: <http://medlineplus.gov/spanish/prematurez/ency/article/htm> Consultado: 02/febrero/2006.



gestación, para completar la maduración de todos los sistemas fetales para garantizar su autonomía extra-uterina.

## **Clasificación**

### RECIÉN NACIDO PREMATURO DE PESO ADECUADO O EUTRÓFICO.

Cuando nacen prematuramente, pero han tenido un desarrollo dentro del útero que se considera como normal y su peso al nacer corresponde al que debe de tener según las semanas de gestación.<sup>18</sup>

### RECIÉN NACIDO PREMATURO DE PESO BAJO O HIPOTRÓFICO.

Cuando nace con un retraso en el crecimiento dentro del útero que sobreviene al final del embarazo y su peso se sitúa por abajo del que le corresponde según las semanas de gestación.

### RECIÉN NACIDO PREMATURO DE MUY BAJO PESO.

Cuando su peso al nacer es de 1500 g. y prematuro con peso extremadamente bajo (prematuridad extrema) cuando su peso es menor a 1250 g y la edad gestacional menor a 28 semanas.

---

<sup>18</sup> Deacon. O'Neill. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 2ª edición. México, D.F. 2001.



CLASIFICACIÓN DEL RNP	
Bajo peso al nacer	< 2,500 gr.
Muy bajo peso al nacer	1,000 – 1,500 gr.
Extremo bajo peso al nacer	< 1,000 gr.

Los niños prematuros tienen una serie de alteraciones en la función de sus órganos, a consecuencia del corto tiempo en que se estuvieron desarrollando y creciendo. La gravedad de los problemas que presenten depende de la edad del embarazo en la que nacieron. En general el recién nacido prematuro, se encuentra en desventaja con relación al RN a término, y los cuidados que se les puedan proporcionar no son tan buenos como los que facilita el medio intrauterino.<sup>19</sup>

### **Etiología**

Las causas que originan, que un niño nazca antes de tiempo y no se termine de madurar son muchas; y las podemos dividir de la siguiente manera:

a) Causas de origen materno:

- Una mala nutrición desde antes del embarazo.<sup>20</sup>
- Enfermedades crónicas y degenerativas en la madre como: Diabetes, enfermedades del corazón, de los riñones.

<sup>19</sup> Beca, P., Cattani, A., Colombo, M., Muzzo, S., Nazer, J., Youlton, R.: Mortalidad Neonatal: Definiciones y Limitaciones. Rev. Pedíatrica. Vol. 59 (3); 203 - 205 1988.

<sup>20</sup> Versión en inglés revisada por: John Goldenring, op cit.



- Embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.).
- Consumo de tóxicos como, el tabaco, el alcohol, alguna droga, etc.

Todas estas causas provocan que la sangre que llega de la madre al bebé en formación, sea de menor calidad teniendo como consecuencia una disminución en el oxígeno y de nutrientes necesarios para un desarrollo y crecimiento adecuados del bebé.

b) Causas fetales:

- Anormalidades en los cromosomas de las células, principalmente síndromes donde hay tres cromosomas en los pares del 1 al 22.
- Anormalidades en el cuerpo como: comunicación del esófago y la tráquea, obstrucción intestinal, etc.
- Dificultad en el intercambio y transporte de sangre entre el feto y la placenta (placenta madura, calcificaciones de la misma, ausencia de algún vaso sanguíneo del cordón umbilical, etc.)

c) Complicación en el embarazo:

- Toxemia del embarazo (Preeclampsia y eclampsia).
- Placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta.
- El cuello del útero no está cerrado completamente y no puede detener la salida del bebé.
- Ruptura prematura de membranas.



- Mujeres que han tenido 2 o más hijos antes de los 18 años y primigestas con edad de 35 o más años.
- Contracciones uterinas que puedan provocar el parto, antes de la semana 37 de gestación.<sup>21</sup>

### Características Físicas

- Cabeza grande (desproporcionada con respecto a las extremidades).
- Piel delgada, lisa, brillante, rosada o enrojecida, casi translúcida. Fig. 1
- Venas que pueden apreciarse fácilmente a través de la piel (piel transparente).
- La masa muscular es pobre, el tejido adiposo escaso.
- Las palmas de las manos y plantas de los pies enrojecidos y con pocos surcos.
- Cartílago del oído suave y flexible.
- Cuerpo cubierto de lanugo.
- Patrón de respiración irregular.
- Llanto y tono muscular débiles.
- RN usualmente inactivos que pueden presentarse extrañamente activos inmediatamente después de nacer.
- Trastorno en los procesos de succión y deglución.
- Clítoris agrandado.
- Los testículos todavía no descendidos en el escroto.

---

<sup>21</sup> Versión en inglés revisada por: John Goldenring, op cit.



Es posible que presente hipotermia, poli y taquipnéa o que muestre esfuerzo respiratorio deficiente.

Al prematuro se le deben brindar cuidados de enfermería hasta cuando esté en capacidad de alimentarse por vía oral, de mantener normo térmico y lograr un peso de más o menos 2,260 Kg.



Fig. 1. Características de la piel.

Normalmente, los bebés requieren cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

### **Prevención**

El cuidado prenatal es un factor clave para evitar nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. En las consultas prenatales, se controla la salud tanto de la madre como del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. El cuidado prenatal



también es importante para identificar problemas y estilos de vida que pueden aumentar los riesgos de trabajo de parto y parto prematuros.<sup>22</sup>

## FISIOPATOLOGÍA

Los problemas de los prematuros están relacionados con la inmadurez de sus sistemas, por lo cual necesitan cuidados especiales en la UCIN, hasta cuando sus sistemas se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlos con vida sin necesidad de brindarles apoyo especializado.

### Complicaciones

#### Respiratorias:

Fragilidad respiratoria: falta de potencia para respirar, sus movimientos son débiles, irregulares, e incluso llegan a presentar periodos de apnea y polipnea, su llanto es débil.

No pueden expulsar sus secreciones orofaríngeas con facilidad, y tienen cianosis ya sea en manos, pies y boca o en todo el cuerpo.

Se presenta cuando no existe la cantidad suficiente de una sustancia llamada surfactante en los pulmones. Esta sustancia es producida por las células en las vías respiratorias y consiste en fosfolípidos y proteínas. La producción comienza en el

---

<sup>22</sup> Versión en inglés revisada por: John Goldenring, op cit.



feto entre las semanas 24 y 28 de embarazo, aproximadamente, y se puede detectar en el líquido amniótico entre las semanas 28 y 32. Alrededor de las 35 SDG, la mayoría de los bebés ya desarrolló una cantidad apropiada de surfactante.

Normalmente, esta sustancia se libera en los tejidos pulmonares, donde ayuda a disminuir la tensión de la superficie de las vías respiratorias y, de esta manera, contribuye a mantener los alvéolos de los pulmones abiertos. Cuando la cantidad de surfactante no es suficiente, los diminutos alvéolos se colapsan tras cada respiración. Cuando esto sucede, las células dañadas se almacenan en las vías respiratorias y afectan más todavía la capacidad respiratoria. Estas células se denominan membranas hialinas. El bebé se esfuerza cada vez más para respirar y trata de volver a insuflar las vías respiratorias destruidas.

A medida que disminuye la función pulmonar, el bebé inspira una menor cantidad de oxígeno y una mayor cantidad de dióxido de carbono se acumula en la sangre, lo que suele ocasionar el aumento del ácido en la sangre, un trastorno llamado acidosis, que puede afectar otros órganos corporales. Sin tratamiento, el bebé se agota al tratar de respirar y, finalmente, deja de hacerlo. Es en estos casos cuando debe recurrirse al uso de un respirador mecánico.

#### Inmadurez Neurológica:

La respuesta a estímulos externos es débil, los reflejos de búsqueda, succión, deglución y aprensión son pobres o pueden no estar presentes.



En los días subsecuentes y en prematuros graves pueden desarrollar hemorragia intracraneana.

#### Temperatura:

Se observa una tendencia a la hipotermia (temperatura corporal normal de 36.5 a 37.5°C)

#### Digestivas:

La succión es débil y la deglución es torpe, por la inmadurez del músculo del tubo digestivo.<sup>23</sup>

#### Hematológicas:

Deficiencias en la sangre: todas las células de la sangre están disminuidas.

Tienen tendencia a la anemia, puede presentarse hipertensión arterial. Sangrado: los vasos sanguíneos son débiles, la producción de vitamina K es menor. Los sitios más frecuentes de sangrados son: el cordón umbilical, el ojo, cerebro y en el aparato digestivo.

#### Inmunológicas:

Menor resistencia contra las infecciones, ya que la sangre no tiene anticuerpos y leucocitos para defender al organismo.

---

<sup>23</sup> Ibarra Fernández. Manual de Enfermería en Neonatología. Disponible en: <http://www.aibarra.org/Neonatalogia/default.htm>. Consultado: 05/febrero/2006.



### Oftalmológicas.

Por la inmadurez de la retina pueden desarrollar enfermedades de la retina de diferentes grados.

### **Tratamiento**

La terapia prenatal con corticosteroides. Una de las etapas más importantes del cuidado de los Recién Nacidos Prematuros es el uso de un medicamento denominado corticosteroide. Las investigaciones determinaron que administrarle esteroides a la madre al menos 48 horas antes del parto reduce considerablemente la incidencia y la gravedad de las enfermedades respiratorias del Recién Nacido Prematuro. Otro beneficio importante del tratamiento con esteroides es la disminución de la hemorragia intraventricular. Si bien los resultados de los estudios no son claros, los esteroides prenatales también pueden contribuir a reducir la incidencia de enterocolitis necrozante y conducto arterioso permeable. Es posible administrar esteroides a las madres en el período en el cual es probable que se produzca un nacimiento prematuro, entre la 24 y 34 SDG. En general, antes o después de dicho período, el medicamento no es eficaz.

El tratamiento consiste en: dos dosis de 12 mg de betametasona, intramuscular, cada 24 horas, o 6 mg. de dexametasona, intramuscular cada 12 horas, para un total de cuatro dosis.



El Recién Nacido Prematuro debe colocarse en una incubadora con temperaturas controladas donde se le pueda proporcionar cuidado y observación exhaustiva, monitoreo de la temperatura, la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca, respiratoria y los niveles de oxígeno.

Colocación de catéteres ya sea en el cordón umbilical (onfaloclis) o por punción (venoclis) para administrar líquidos, medicamentos o extraer sangre.

Debido a que el prematuro usualmente es incapaz de coordinar la succión y la deglución antes de la 34 SDG, se le puede alimentar por medio de una sonda orogástrica (SOG), con leche materna ya que ofrece muchas ventajas, pues contiene inmunoglobulinas y muchos otros nutrientes importantes, si es extremadamente prematuro, se le proporciona Nutrición Parenteral Total (NPT).

Es posible que no comience a respirar inmediatamente después de su nacimiento o que su esfuerzo respiratorio sea inadecuado para la expansión torácica y la oxigenación corporal; en tales casos se le proporciona apoyo de  $O_2$ .<sup>24</sup>

Dependiendo de las complicaciones que presente, se le dará tratamiento a cada una de ellas.

---

<sup>24</sup> Ibarra Fernández. op cit.



Antes de ser dados de alta, los prematuros también requieren un examen ocular y otro auditivo (potenciales visuales y auditivos) para detectar problemas relacionados con la prematurez.

### **Sobrevida**

7 – 10 % de los Recién Nacidos son producto de un nacimiento prematuro, teniendo un riesgo incrementado de muerte o invalidez.

De los Recién Nacidos Prematuros, el 20 % requieren reanimación especial en diferente grado, de estos el 40 % no son identificados como de alto riesgo, sin embargo el 12 % necesitan ir a la UCIN.<sup>25</sup>

## ICTERICIA NEONATAL

### **Concepto**

Fenómeno biológico que ocurre comúnmente en los Recién Nacidos como resultado de un desequilibrio entre la producción y la eliminación de la bilirrubina. Alrededor del 50% de los recién nacidos de término y algo más del 60% de los pretérminos se pondrán ictericos dentro de la primer semana de vida. Fig. 2.

<sup>25</sup> Ramos, Lilia. Enfermería en neonatología/Prematuros/Recién Nacidos. Disponible en: [www.enfermeriaconexion.com/neonatalogia2](http://www.enfermeriaconexion.com/neonatalogia2). Consultado: 02/febrero/2006.



Desde el punto de vista bioquímico, el 70 al 80% de la bilirrubina se forma a partir de la degradación del hem en el sistema retículo endotelial, por medio de reacciones que envuelven al sistema microsomal hem oxigenasa y al sistema citosólico biliverdina reductasa. El 20 al 30% se origina a partir de otras hemoproteínas, como la mioglobina, citocromos, catalasa, oxido nítrico sintetasa etc. En esta reacción lo importante por su trascendencia clínica en la monitorización de la ictericia, es que por cada molécula de bilirrubina formada a partir del hem, se forma una de monóxido de carbono (CO).

El catabolismo de 1 gr. de hemoglobina (Hb) produce 35 mg. de bilirrubina., la cual se une a la albúmina, para ser conjugada en el hígado y luego ser excretada por el intestino principalmente.

El riesgo principal de la hiperbilirrubinemia neonatal, es su potencial neurotoxicidad (Kernicterus).

La bilirrubina también funciona como un antioxidante natural. Se ha demostrado que la bilirrubina no conjugada reacciona con los aniones superóxido y radical peróxido, como sustrato para las peroxidasas. También la bilirrubina unida a la albúmina y la conjugada, de manera diferente cada una de ellas, protegen al organismo de sustancias oxidantes.



Fig. 2. Diferencia entre un RN sano y uno con ictericia.

La concentración del malondialdehído, un metabolito activo de los radicales libres, se encuentra aumentada en personas con hiperbilirrubinemia debida a hemólisis.<sup>26</sup>

El mecanismo de acción sería el estrés oxidativo producido por la enfermedad hemolítica, que aumenta la actividad de la hem oxigenasa incrementando así la producción de bilirrubina.

### Etiología

- Aumento en la producción de bilirrubina.
- Enfermedad hemolítica del Recién Nacido.
- Anemias hemofílicas hereditarias.
- Defectos de la membrana.
- Hemoglobinopatías.
- Defectos enzimáticos.
- Policitemia.

<sup>26</sup> Deacon. O'Neill. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 2ª edición. México, D.F. 2001.



- Extravasación de sangre.
- Deglutida.
- Céfalos hematomas etc.
- Aumento de la circulación entero hepática.
- Inducción del trabajo de parto con oxitocina.
- Disminución de la secreción de la bilirrubina.
- Disminución de la captación hepática.
- Inadecuada perfusión de los sinusoides hepáticos.
- Deficiencia de las proteínas Y Z.<sup>27</sup>
- Disminución de la conjugación hepática.
- Deficiencia enzimática.
- Inadecuado transporte fuera del hepatocito D. Obstrucción biliar.
- Combinación de producción aumentada y disminución de la secreción.
- Infección bacteriana.
- Asociada con la leche materna.
- Ictericia fisiológica o del desarrollo.
- Misceláneas.
- Hipotiroidismo.
- Galactocemia.
- Hijo de madre diabética.

---

<sup>27</sup> Deacon. O'Neill, op cit.



## Diagnóstico

- Criterios que descartan el Diagnóstico de Ictericia Fisiológica:
- Ictericia clínica en las primeras 24 horas.
- Incremento de la bilirrubina mayor a 0,5 mg/Kg./día.
- Bilirrubina total mayor de 12,9 mg/dl en el Recién Nacido de término y mayor de 15 mg/dl en el Recién Nacido Prematuro.
- Concentración de la bilirrubina directa mayor a 1,5 a 2 mg/dl.
- Ictericia clínica que persiste por más de 1 semana en el Recién Nacido de término y de 2 semanas en el Recién Nacido Prematuro.

La ausencia de estos criterios no implica que la ictericia sea fisiológica. Ante la presencia de algunos de estos criterios la ictericia debe ser investigada.

## Evaluación

Se deben recoger los datos familiares de ictericia en otros miembros de la familia, especialmente hermanos. Los datos peri natales y obstétricos pueden proveer indicios sobre la presencia de riesgos de aparición de hiperbilirrubinemia.

## Signos y Síntomas

La presencia de la ictericia de la piel puede ser el único signo clínico. Si hay hemólisis puede acompañar de otros signos: palidez de piel y mucosas, hepato-



esplenomegalia, edema generalizado (Hidrops Fetalis), hipoglicemia, (como resultado de la hiperplasia pancreática). Se debe buscar la presencia de céfalo hematomas y otras hemorragias internas, como causa de hiperbilirrubinemia. La presencia de petequias y púrpuras sugieren la posibilidad de infección.

### **Datos de Laboratorio**

Tradicionalmente el tratamiento de la ictericia neonatal se basó en los niveles séricos de bilirrubina, que sigue vigente hasta la fecha, a pesar de los nuevos métodos para monitorizarlo.<sup>28</sup>

### **Criterios de Tratamiento**

Desde la introducción de la fototerapia, en el tratamiento de la ictericia neonatal, en los 60's, es utilizada, aunque con nuevos criterios.

La exanguinotransfusión sigue siendo el tratamiento de la hiperbilirrubinemia severa cuando falla la fototerapia. Las nuevas modalidades terapéuticas tienden a prevenir ictericia grave a través de la regulación de la producción de bilirrubina, con la administración de compuestos con estructuras similares al hem, como las metaloporfirinas, que en competencia con las enzimas, son capaces de disminuir la producción del pigmento.

---

<sup>28</sup> Deacon. O'Neill, op cit.



FOTOTERAPIA. Fig. 3

Disminuye las concentraciones séricas de la bilirrubina por medio de una reacción de fotooxidación y foto isomerización. Los productos resultantes de estas reacciones, se excretan en la orina o en la bilis.

Esta terapéutica ha logrado disminuir la necesidad de exanguinotransfusión aún en presencia de enfermedad hemolítica, la efectividad depende del área de superficie expuesta del Recién Nacido, las características de la piel y los tejidos del mismo, la dosis de la luz y de su curva de emisión espectral entre otros.<sup>29</sup>



Fig. 3

La fototerapia puede ser convencional (luz blanca a 4,5 a 5 uW/cm<sup>2</sup> desde arriba) o intensiva (luz azul 9,5 u W/cm<sup>2</sup> arriba y 11 uW/cm<sup>2</sup> desde abajo). Esta última ha demostrado ser más eficaz. También se ha utilizado la fototerapia fibra-óptica con buenos resultados, sola o combinada con la estándar.

<sup>29</sup> Parodi, Meana Ibarra, Ramos Cosimi, Dra. Arce. ICTERICIA NEONATAL: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 151 – Noviembre 2005. Pág.: 8-16. Disponible en: [med.unne.edu.ar/revista/revista151/3\\_151.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.htm). Consultado: 03/febrero/2006.



La controversia desatada con las dos modalidades terapéuticas (liberal vs. conservador), llevó a la Academia Americana de Pediatría (AAP) en 1994 a publicar las recomendaciones para tratamiento.<sup>30</sup>

Es importante recordar que la mayoría de los esquemas y guías de tratamiento de la hiperbilirrubinemia tienen el objetivo de mantener los niveles de bilirrubina  $<12$  mg/dl en menores de 1500gm,  $<15$  mg/dl en  $<2500$  y menor de 18 mg/dl en Recién Nacido de término durante los primeros 5 días de vida.\*

#### EXANGUINOTRANSFUSION. Fig. 4

Desde 1963 es el tratamiento de elección en el Recién Nacido con hemólisis, en quien la fototerapia ha fracasado, o en cualquier situación en la que las concentraciones séricas de la bilirrubina, se consideran de riesgo para la aparición de Kernicterus.



Fig. 4. técnica de exanguinotransfusión.

<sup>30</sup> Parodi, Meana Ibarra, Ramos Cosimi, Dra. Arce. op cit.

\* Todos estos criterios están basados en la medición de la bilirrubina total.



Indicaciones: En un recién nacido con hemólisis, cuya sangre de cordón tiene una Hb <12g/dl con una bilirrubina >4 mg/dl y con aumento de la misma >0,5 mg/dl/h dentro de las 12 hrs. de vida, estaría indicada una exanguinotransfusión, según algunos autores.<sup>31</sup>

Las indicaciones de tratamiento de la hiperbilirrubinemia, tanto la fototerapia, como exanguinotransfusión, no sólo dependen de los niveles en el suero de la bilirrubina, sino también de la edad gestacional, edad post natal, condiciones clínicas (presencia de infecciones, asfixia etc.) que hacen al Recién Nacido susceptible al daño neurológico por bilirrubina.

#### INHIBIDORES DE LA HEM OXIGENASA

Existen compuestos análogos a la enzima hem oxigenasa (enzima limitadora del ritmo en la vía catabólica que convierte al hem en bilirrubina), que por medio de una inhibición competitiva de la misma es capaz de disminuir la producción de bilirrubina a partir del hem. Estos compuestos llamados metaloporfirinas se han utilizado como tratamiento profiláctico de la hiperbilirrubinemia. La de mayor utilidad en clínica parece ser la Estaño - meso porfirina (SnMP) por su potencia, biodisponibilidad y menos efectos colaterales.

---

<sup>31</sup> Deacon. O'Neill, op cit.



---

## **Profilaxis**

Se ha sugerido que la duración de la hiperbilirrubinemia y el nivel máximo de bilirrubina, podría tener un valor significativo en la toxicidad neurológica; por consiguiente se ha recomendado la profilaxis para algunos grupos de recién nacidos.

Dentro de este grupo se encuentran los Recién Nacidos con enfermedad hemolítica severa diagnosticada antes del parto y los Recién Nacidos con peso inferior a 1,000 gr.

La profilaxis de la hiperbilirrubinemia puede consistir en:

- Fototerapia profiláctica en Recién Nacidos menores de 1000gr.
- Administración a la madre de fenobarbital antes del parto, induce la actividad de la glucoroniltransferasa en el hígado.
- La utilización de inmunoglobulina intravenosa en el período prenatal y en los neonatos con enfermedad hemolítica severa.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Deacon. O'Neill. op cit.



---

## VALORACIONES DEL RECIÉN NACIDO UTILIZADAS SEGÚN NORMA OFICIAL MEXICANA: NOM-007-SSA2-1993

\*EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE NORMATIVO

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón, 2) Textura de la piel, 3) Forma de la oreja, 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares, y

Dos signos neurológicos: I) Signo "de la bufanda" y II) Signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.



De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y/o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.

\*METODO DE APGAR

CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE NORMATIVO

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos.

La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido.



De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.

#### \*CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE NORMATIVO

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.



---

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

- PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.
- DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.
- POSTERMINO.- Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

- PEQUEÑO.- Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.
- APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.
- GRANDE.- Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

\*VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD PARA VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

CRITERIOS DE CLASIFICACION DEL APENDICE NORMATIVO

Se utilizan seis signos físicos y seis signos neuro-musculares, sumándose los valores de ambos cuadros. El valor (calificación) se compara con la escala de madurez del recuadro inferior derecho, que establece las semanas de edad gestacional.



De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino o prematuro: de 28 a 37 semanas (5 a 30 puntos). Se transfiere para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: los recién nacidos de 37 a menos de 42 semanas (35 a 43 puntos). Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: recién nacido de 42 o más semanas (45 a 50 puntos). Debe observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia, pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**



**VALORACIÓN INICIAL DEL RECIEN NACIDO**

MOTIVO DE INGRESO \_\_\_\_\_ RNP de 36 SDGNP

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO enero 30 del 2006, 01:00 hrs. EDAD RN SEXO Fem.

FECHA Y HORA DE VALORACIÓN 1er. Valoración 30 de enero 10:00 hrs.

**EDAD GESTACIONAL**

<b>B</b> S O M A T I C O Y N E U R O L Ó G I C O  K= 200 días	<b>A</b>	FORMA DEL PEZON	Pezón apenas visible. No se visualiza areola *	Pezón bien definido Areola 0.75 cm.	Areola bien definida. No sobresaliente 0.75 cm.	Areola sobresaliente 0.75 cm.	
			0	5	10	15	
	<b>M</b>	TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina. Gelatinosa	Fina y Lisa *	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial	Gruesa y apergamizada
			0	5	10	18	22
	<b>C</b>	FORMA DE LA OREJA	Plana y sin forma *	Inicio engrosamiento del bordo	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada o incurvada totalmente	
			0	5	10	24	
	<b>K= 204 días</b>	TAMANO DEL TEJIDO MAMARIO	No palpable *	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro 0.5 cm. – 1.0 cm.	Diámetro > 10 cm.	
			0	5	10	15	
	<b>O</b>	PLIEGUES PLANTARES	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior *	Surcos rojos definidos en mitad anterior Surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobrepasan ½ anterior
			0	5	10	15	20
<b>K= 200 días</b>	SIGNO "DE LA BUFANDA"						
		0	6	12	18		
	SIGNO "CABEZA EN GOTA"						
		0	4	8	12		

**MÉTODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL**

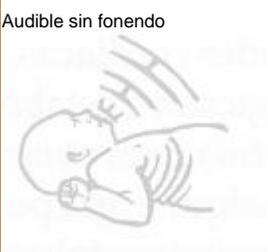
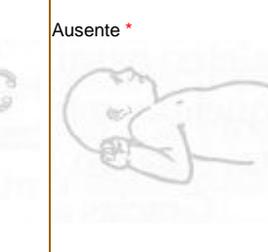
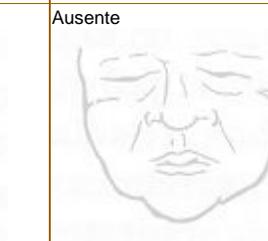
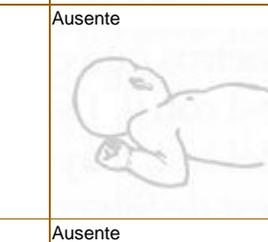
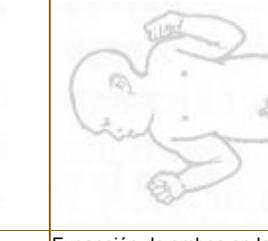
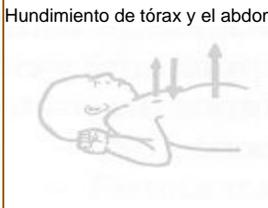
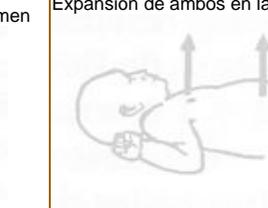
\* Identifica el dato clínico o parámetro que corresponde a la RNP.



**OXIGENACIÓN**

Frecuencia respiratoria 56 x' Sat.O2 85 % respiración superficial taquipnea  
 Dificultad respiratoria Si Tos ---  
 Secreciones Si Tipo de secreciones Hialinas  
 Ruidos respiratorios --- Cianosis Distal  
 Frecuencia cardíaca 150 x' PA sistólica 59 PA diastólica 36 Perfusión periférica 2''  
 Observación Silverman de 3 Patrón de respiración irregular

Valoración Respiratoria de Silverman - Andersen

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio <u>0</u>	Audible sin fonendo 	Audible con el fonendo 	Ausente * 
Respiración nasal <u>1</u>	Aleteo 	Dilatación * 	Ausente 
Retracción costal <u>1</u>	Marcada 	Débil * 	Ausente 
Retracción esternal <u>1</u>	Hundimiento del cuerpo 	Hundimiento de la punta * 	Ausente 
Concordancia toraco-abdominal <u>0</u>	Discordancia 	Hundimiento de tórax y el abdomen 	Expansión de ambos en la inspiración * 

\* Identifica el dato clínico o parámetro que corresponde a la RNP.





**ELIMINACIÓN**

Diuresis 32 ml. en las 9 hrs. de vida.  
 Pañal Si menstruación ---  
 Sudoración excesiva ---  
 Evacuaciones 20gr. / en las 9 hrs. frecuencia Posterior a la alimentación  
 Características Meconiales  
 Ostromías --- localización ---

**MOVILIZACIÓN**

Alteración muscular --- hipertonía --- hipotonía Por inmadurez  
 Alteración de la movilidad --- lugar ---

**VALORACION FÍSICO – NEUROLÓGICA (FUENTE BALLARD)**

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEUROMUSCULAR	POSTURA		*				
	ÁNGULO DE LA MUÑECA	90°	60°	45°	30°*	0°	
	ÁNGULO DEL CODO	180°		100°-120°	90°-100°	< 90°	
	ÁNGULO POPLITEO	180°	160°	130°	110°	90°	90°
	SIGNO DE LA BUFANDA						
	TALON OREJA			*		*	



M A D U R E Z  F Í S I C A		0	1	2	3	4	5			
	PIEL	Gelatinosa Roja Transparente	Ligeramente Rosada, Venas visibles *	Descamación Superficial Pocas Venas	Descamación Áreas Pálidas Venas Raras	No hay vasos Pliegues Profundos	Gruesa Rugosa			
	LANUGO	No Hay	Abundante *	Adelgazado	Áreas sin Lanugo	Muy Escaso			ESCALA DE MADUREZ	
	PLIEGUES PLANTARES	No Hay	Marcas Rojas Tenues *	Pliegue Anterior Transverso Único	Pliegues en 2/3 Ant.	Pliegues en Toda la Planta				
	MAMAS	Ligeramente Perceptibles *	Areola Plana sin Pezón	Areola Levantada 1-2 - - de Pezón	Areola Levantada 3 - 4 - - de Pezón	Areola Levantada 5 - 10 - - de Pezón				
	OIDO	Aplanado Permanente Doblado *	Borde Liger. Curvo, Suave Recup. Lenta	Borde Curvo, Suave de Fácil Recuperación	Formado, Firme, Recuperación Instantanea	Cartilago Grueso Firme				
	GENITALES	Escroto Vacío sin Arrugas		Testículos Descendidos Pocas Rugosidades	Testículos Descendidos Muchas Rugosidades	Testículos en Péndulo Rugosidades Completas				
	GENITALES	Clítoris y Labios Menores Prominentes *		Labios Mayores y Menores Iguales	Labios Mayores más Grandes	Clítoris y Labios Menores Cubiertos				
								CA LI FI CA CIÓN		SE MA NAS
								5		26
								10	28	
								15	30	
								20	32	
								25	34	
								30	36	
								35	38	
								40	40	
								45	42	
								50	44	

\* Identifica el dato clínico o parámetro que corresponde a la RNP.

REPOSO Y SUEÑO

Patrón de sueño Pasa la mayor parte del tiempo dormida  
 Insomnio -- Necesita objeto para dormir -- Que altera su sueño L a manipulación

VESTIRSE / DESVERTIRSE

Autónomo \_\_\_\_\_ ayuda total Dependiente ayuda parcial \_\_\_\_\_

TERMORREGULACIÓN

Temperatura \_\_\_\_\_ axilar \_\_\_\_\_ rectal 38 °C

HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL

Autónomo \_\_\_\_\_ necesita ayuda total Dependiente parcial \_\_\_\_\_



Higiene corporal correcta Si incorrecta \_\_\_\_\_  
 Color de la piel Rosada  
 Pliegue cutáneo alterado ---  
 Exantemas --- localización \_\_\_\_\_  
 Petequias --- localización \_\_\_\_\_  
 Hematomas --- localización \_\_\_\_\_  
 Úlceras --- localización \_\_\_\_\_  
 Heridas --- localización \_\_\_\_\_  
 Cordón umbilical aspecto Tiene 3 vasos: 2 arterias y una vena olor Inoloro  
 Piel Delgada  
 Pliegues Palmas y plantas enrojecidos y surcos sólo en mitad anterior  
 Uñas Blandas y cortas, no llegan al extremo de los dedos  
 Cabeza Grande (desproporcionada con respecto a las extremidades).  
 Ojos La mayor parte del tiempo los mantiene cerrados, pero los abre al estímulo, iris de color grisáceo  
 Oídos Pabellones auriculares blandos  
 Mucosa bucal Mucosa íntegra.  
 Dientes No  
 Zona perineal Ano permeable, zona peri anal íntegra  
 Genitales Clítoris agrandado, labios mayores poco desarrollados, sobresalen los menores  
Se observa secreción blanquecina mucosa

SEGURIDAD

Dolor 2 (ver escala del dolor) localización \_\_\_\_\_  
 Fontanela La anterior es blanda, pulsátil y levemente depresible. La posterior es pequeña de forma triangular  
 Llanto Débil  
 Nivel de conciencia Pasa la mayor parte del tiempo dormida, despierta a los estímulos.  
 Pupilas Reactivas a la luz.  
 Convulsiones No tipo ---  
 Localización --- duración \_\_\_\_\_  
 Alergias --- Alimentos señalar --- Fármacos señalar --- Otros señalar ---  
 Tiene cartilla de vacunación No completo ---  
 Riesgo de infección Si necesita barandales Permanece en incubadora  
 Riesgo de auto-lesión No riesgo de úlceras No  
 Prueba de hipotiroidismo Se le realiza tamiz neonatal Riesgo de caídas No



Dolor en Recién Nacido Pretérmino: [0-12]\*

Criterio	Observación	Puntos
Expresión Facial:	Rostro distendido. Muecas pasajeras	0*
	Temblor del mentón. Ceño fruncido	1
	Muecas frecuentes, marcadas, prolongadas	2
	Contracción de músculos faciales. Rostro fijo	3
Cuerpo:	Distendido	0
	Agitación leve/larga calma	1*
	Agitación frecuente/calma	2
	Agitación permanente. Hipertonía de extremidades. Rigidez de miembros. Motricidad pobre/sin movimientos	3
Sueño:	Facilidad para dormir	0*
	Dificultad para dormir	1
	Despertar espontáneo / sueño agitado	2
	Imposibilidad de dormir	3
Interacción con el medio:	Sonrisa. Buena respuesta a estímulos. Ubica fuente de sonido	0
	Dificultad leve con observador/logra	1*
	Contacto difícil. Grito ante estímulos leves	2
	Contacto imposible. Malestar ante estímulos	3
Total Puntos:		2*

\*a Manual del trabajo multi-céntrico-servicio, Ibarra Antonio, Valoración y Seguimiento Sistemático del Dolor en Niños Pre-Verbales, Disponible: www.aibarra.org/dolor/

\* Identifica el dato clínico o parámetro que corresponde a la RNP.

COMUNICACIÓN

Tiene problemas de visión No aparentemente usa lentes / oclusión No  
 Tiene problemas de audición No aparentemente  
 El desarrollo del lenguaje es normal para su edad ---  
 Sabe el niño el motivo de su hospitalización (de acuerdo a su edad) ---  
 Cual ha sido su comportamiento ---  
 Que actitud asumen los padres La mamá y el papá se observan preocupados,  
 Tiene dificultad para estar con el niño La mamá no, pero el papá si, debido a su trabajo

CREENCIAS Y VALORES

Escolaridad del padre Secundaria de la madre Secundaria  
 Como esta formada la familia hermanos --- edades ---  
 Mascotas No de un tipo ---  
 Responsabilidades --- actividades que realiza ---



---

OCIO

Actividades recreativas que le gusta hacer \_\_\_\_\_ --  
Lectura \_\_\_\_\_ --- televisión número de horas \_\_\_\_\_ ---  
Manualidades \_\_\_\_\_ --- otros \_\_\_\_\_

---

APRENDIZAJE

Escolaridad \_\_\_\_\_ --- Conoce el motivo de su hospitalización si no  
Solicita información sobre su tratamiento \_\_\_\_\_ ---  
Capacidad de aprendizaje para su auto cuidado \_\_\_\_\_ --  
Capacidad de aprendizaje de los padres para el cuidado en casa Disposición para aprender



## 11. GLOSARIO

**Aborto:** Pérdida temprana del embarazo.

**Ácido fólico:** También llamado defecto del tubo neural, el ácido fólico es un nutriente que se encuentra en algunos vegetales de hoja, nueces, frijoles, frutos cítricos, cereales fortificados para el desayuno y algunos suplementos vitamínicos. El ácido fólico puede ayudar a reducir el riesgo de defectos congénitos en el cerebro y la médula espinal.

**Albúmina:** Proteína de bajo peso molecular, que se encuentra en nuestro organismo. Se controla en el embarazo. A veces puede subir las cifras.

**Alfa-fetoproteína:** Proteína producida por el feto que se excreta al líquido amniótico. Los niveles anormales de alfafetoproteína pueden indicar la presencia de defectos del cerebro o la médula espinal, fetos múltiples, error en el cálculo de la fecha de parto o trastornos cromosómicos.

**Amniocentesis:** estudio que se lleva a cabo para determinar la existencia de trastornos cromosómicos y genéticos y de ciertos defectos congénitos. Se inserta una aguja a través de las paredes abdominal y uterina hasta llegar a la bolsa de líquido amniótico para extraer una muestra del mismo.

**Anemia:** disminución de los glóbulos rojos en la sangre.

**Anemia de deficiencia de hierro:** falta de hierro en sangre, necesaria para producir hemoglobina, la molécula que contienen los glóbulos rojos que transporta oxígeno desde los pulmones a los tejidos del cuerpo.

**Anomalía congénita:** anomalía presente al nacer.



**Anticuerpos:** Glucoproteína producida en el organismo como respuesta directa a la introducción de un antígeno.

**Antígenos:** Cualquier sustancia que introduce en los animales superiores, la formación de anticuerpos y/o de reacciones de hipersensibilidad inmunológica activa.

**Apgar:** Puntuación o test, que permite valorar el estado del bebe, (ritmo cardiaco, respiración, tono muscular, coloración, respuesta a los estímulos). El máximo es 10. Cuanto más alto, mejor es el estado general del bebé.

**Cordón umbilical:** Órgano largo, redondeado y flexible que contiene la vena y las arterias umbilicales, rodeadas de gelatina de Wharton, es el vehículo de sangre, oxígeno-anhidrido carbónico y elementos nutricionales para el desarrollo fetal.

**Corticoesteroide:** Medicamento administrado a las mujeres embarazadas para ayudar a la maduración de los pulmones del feto.

**Bilirrubina:** Sustancia resultante de la desintegración de los glóbulos rojos.

**Bolsa de líquido amniótico:** Bolsa de paredes finas que rodea al feto durante el embarazo. La bolsa está llena de líquido amniótico. Este líquido, producido por el feto y el amnios (la membrana que cubre la parte interna, es decir el lado del feto, de la placenta) protege al feto contra lesiones y contribuye a regular su temperatura.

**Deontología:** Ciencia o tratado de los deberes y normas éticas, en especial si conciernen al profesional de una rama determinada.

**Enfermera Profesional:** Enfermera matriculada autorizada que ha adquirido conocimiento y habilidades adicionales a través de un programa de estudio organizado y de la experiencia clínica.



**Embrión:** Huevo o gameto fecundado, producto de la concepción, desde las primeras modificaciones. En la especie humana, es llamado hasta el primer trimestre, a partir de ahí, toma el nombre de feto.

**Eritroblastosis:** Enfermedad del feto o bebé de carácter hemolítico, ocurre cuando la madre Rh -, desarrolla anticuerpos contra un feto Rh +.

**Defectos del tubo neural:** Defectos del cerebro o la columna del feto.

**Diabetes gestacional:** Nivel de glucosa elevado y aparición de otros síntomas diabéticos durante el embarazo en una mujer sin diagnóstico previo de diabetes.

**Ductus arterioso:** Vaso sanguíneo que conecta la arteria pulmonar y la aorta en el feto.

**Ductus arterioso permeable:** Trastorno en el que el vaso sanguíneo que conecta la arteria pulmonar con la aorta en la circulación fetal sigue abierto en el neonato.

**Eclampsia:** Forma grave de hipertensión inducida por el embarazo que provoca convulsiones.

**Factor Rh:** Factor Rhesus. Aglutinógeno de los glóbulos rojos, presente en el 85% de los humanos (Rh +). Los que carecen de esta mucoproteína, son (Rh-). Un total de 15%. Si los negativos son transfundidos con positivos, producen aglutinación.

**Fenilcetonuria:** Metabolopatía, hereditaria. Aparición de ácido fenilpirúvico en la orina y deficiencia mental. Al recién nacido se le hace una prueba en sangre nada más nacer.

**Feto:** Producto de la concepción, desde la 12 semana hasta el momento del parto.



**Fisioterapia:** Tratamiento de los malestares corporales y las funciones musculares a través de varios medios físicos y sin medicamentos (el uso de calor, agua, ejercicios, masajes y corriente eléctrica, por ejemplo).

**Fontanela:** Las fontanelas son espacios, llamados suturas craneales, que se encuentran en los bebés, entre los huesos craneales, como parte normal y en vía de desarrollo. Se presentan como vendas fibrosas, de tejidos finos y fibrosos, que conectan o unen los huesos del cráneo.

**Gonadotropina coriónica humana (hCG):** Hormona producida por la placenta aproximadamente 10 días después de la fertilización.

**Glucosuria:** Exceso de glucosa en orina, detectada por su análisis. Es frecuente  
**hematíes:** Célula de la sangre, llamada también Glóbulo rojo o eritrocitos, su color es rojo y mide entre 6 ú 8 mc.

**Hematocrito:** Medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre.

**Hemoglobina:** Proteína que transporta el oxígeno a la sangre y se encuentra en los glóbulos rojos. Los valores de hemoglobina altos y los bajos, nos indican anomalías en el balance de los glóbulos rojos en la sangre, y pueden indicar estados patológicos.

**Hidramnios:** También llamado polihidramnios, es el aumento excesivo de líquido amniótico. El diagnóstico de hidramnios se puede hacer por ecografía y por exploración clínica. La gran mayoría de veces determina una anomalía cromosomita.

**Hiperglucemia:** Nivel alto de glucosa en sangre, por encima de 120 mg /dl.



**Hipoglucemia:** Nivel bajo de glucemia en sangre por debajo de 100 mg/dl.

**Hipotálamo:** Área del cerebro que produce hormonas que regulan la sed, el hambre, la temperatura corporal, el sueño, los estados de ánimo, la libido y la liberación de hormonas de varias glándulas.

**Hipotonía:** Tono muscular débil.

**Hipoxia:** Falta de oxígeno.

**Hipoxémia:** Déficit de oxígeno en la sangre.

**Ictericia:** Aumento de la bilirrubina en sangre

**Ictericia neonatal:** Color amarillo de la piel del recién nacido producida por una ineficacia del sistema metabólico encargado de la eliminación de la bilirrubina.

**Incompatibilidad por factor Rh:** Se produce cuando hay diferencia entre el factor Rh de la embarazada (Rh negativo) y la del feto (Rh positivo), formándose anticuerpos en la sangre materna en contra de la sangre fetal.

**Inmunoglobulinas:** Anticuerpos que recibe el feto de la madre, vía placentaria.

**Lanugo:** Pelo o pelusa fina, que recubre el cuerpo del niño, comienza a desaparecer alrededor de la 35 semana

**Líquido Amniótico:** Es el medio acuoso, donde se encuentra el feto dentro de la bolsa de Amnios. Es transparente, bebe de él y ayuda a madurar los pulmones. Al final del embarazo se reduce.

**Meconio:** Primeras deposiciones del neonato después de nacer. Es de color verde oscuro, y contiene lanugo, líquido amniótico, células de la piel, que flotaban en el, también células del trato digestivo, moco, y bilis.



**Membranas:** Tejidos que alberga al embrión durante su gestación, así como el l. amniótico. Tiene dos capas, la externa llamada corión y la interna amnios.

**Monitoreo de frecuencia cardiaca fetal:** Método para comprobar la frecuencia y el ritmo de los latidos del corazón del feto.

**Nacimiento a término** - Nacimiento que tiene lugar entre las 37 y las 42 semanas en la edad gestacional.

**Neonato:** Se llama así al recién nacido hasta sus 28 días.

**Neonato de bajo peso al nacer:** Bebes cuyo peso al nacer es de 2500g sin importar su edad gestacional.

**Oligohidramnios:** Trastorno caracterizado por una disminución marcada de líquido amniótico.

**Oxitocina:** Hormona hipotalámica, acumulada en el lóbulo posterior de la hipófisis, que estimula las contracciones uterinas. También se comercia y es utilizada en los paritorios por parte de los tocólogos.

**Perinatal:** Periodo comprendido entre la 26 semana gestacional hasta el 7<sup>o</sup> día de vida

**Placenta:** Órgano de unión entre el feto y la madre, por donde el primero obtiene las necesidades nutritivas y de O<sub>2</sub>, vitales para su crecimiento y desarrollo. Su forma es redonda y tiene dos caras, y está repleta de una red vascular.

**Preeclampsia:** Trastorno caracterizado por presión sanguínea alta, presencia de proteínas en la orina y edema debido a la retención de líquidos, inducidos por el embarazo.



---

**Vagina:** Parte de los genitales femeninos ubicada detrás de la vejiga y delante del recto; forma un canal que se extiende del útero a la vulva.

**Vérnix caseosa:** También llamada vérnix. Sustancia blanca que cubre la piel del feto (mientras se encuentra dentro del útero) y ayuda a protegerlo.



## **12. BIBLIOGRAFÍA**

- Carpenito Lynda. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid, España. 2003. 794 Pág.
- Deacon. O'Neill. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. 2ª edición. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. D.F. México. 2001. 937 Pág.
- Doenges Marilyn, Moorhouse Mary. Guía de Bolsillo de Diagnósticos y Actuaciones de Enfermería. Primer Edición. Ediciones DOYMA Española Barcelona, España. 1992. 489 Pág.
- Fernández Ferrin, Garrido Abejar, cols. Enfermería / Enfermería Fundamental / Serie Manuales de Enfermería. Ed. Masson. Barcelona, España. 2000. 422 Pág.
- Griffith Janet, Chistensen Paula. Proceso de Atención de Enfermería / Aplicación de Teorías. Guías y Modelos. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. D.F. México. 1986. 406 Pág.
- Kozier Bárbara, Erb Glenora. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, Proceso y práctica. Vol. I. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 7ª edición. Madrid, España. 2005. 1022 Pág.
- Lyer Patricia. Proceso de Enfermería y diagnóstico de enfermería. 2ª edición. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid, España. 1993.
- Riopelle L. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1ª edición. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana Madrid, España. 1993. Pág.



- Roper, Logan, Tierney. Modelo de Enfermería. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. 3ª edición. México, D. F. 1993.

#### PAGINAS CONSULTADAS EN INTERNET

- Aniorte Hernández. Teoría y Método en Enfermería II/ Modelo de Virginia Henderson. Disponible en:  
[perso.wanadoo.es/aniortenic/prograsignatteormetodhtm](http://perso.wanadoo.es/aniortenic/prograsignatteormetodhtm)  
Consultado: 29 /agosto/ 2006.
- Dueñas Fuentes."Cuidados de Enfermería/ Enfermeras Teóricas / Virginia Henderson". Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm)  
Consultado: 30 / agosto / 2006.
- Goldenring John. M.D.( Versión en ingles revisada por) M.P.H., Department of Pediatrics, Children's Hospital, San Diego, CA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. Recién Nacido Prematuro. Disponible en:  
<http://medlineplus.gov/spanish/prematurez/ency/article/htm>  
Consultado: 02/febrero/2006.
- Ibarra Fernández. Manual de Enfermería en Neonatología. Disponible en:  
<http://www.aibarra.org/Neonatologia/default.htm>.  
Consultado: 05/febrero/2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en:  
[www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html) - 91k  
Consultado: feb/ 2006



- Parodi, Meana Ibarra, Ramos Cosimi, Dra. Arce. ICTERICIA NEONATAL: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 151 Noviembre 2005. Pág.: 8-16. Disponible en: [med.unne.edu.ar/revista/revista151/3\\_151.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.htm). Consultado: 03/febrero/2006.
  
- Ramos Liliana. Enfermería en Neonatología. Cuidados De Enfermería en el Manejo del Recién Nacido Prematuro. Disponible en: [www.enfermeriaconexion.com/neonatologiamapa.htm](http://www.enfermeriaconexion.com/neonatologiamapa.htm) Consultado: feb/02/06
  
- Reyes Isidoro. Definición de Enfermería. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson\\_](http://www.monografias.com/trabajos16/virginia-henderson/virginia-henderson_) Consultado: 29 / agosto / 2006