



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCESO APLICADO A UN NEONATO, CON ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN, CON BASE EN EL MODELO DE VIRGINIA
HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

Licenciada en Enfermería

Presenta

Irene Liliana Alonso Zacarías

Núm. Cuenta: 410133460

Directora de Trabajo

M. E. María Aurora García Piña



México D.F.

ABRIL, 2014



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.

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción	4
II. Justificación	6
III. Objetivos	7
IV. Metodología	8
V. Marco teórico	
5.1 Antecedentes Históricos de Enfermería	10
5.2 Definición de Enfermería	12
5.3 Las Teorías y Modelos de enfermería	15
5.4 Definición y Etapas del Proceso Enfermero	17
5.5. Concepto y Definiciones de Virginia Henderson	18
5.6 Etapa Neonatal	21
VI. Aplicación del Proceso de Enfermería	
6.1 Presentación del caso	25
6.2 Valoración de enfermería	26
6.3 Diagnósticos de enfermería	29
6.4 Plan de cuidados	32
6.5 Ejecución del plan de enfermería	32
6.6 Evaluación del plan de enfermería	32
VII. Conclusiones	61
VIII. Sugerencias	63

IX. Referencias Bibliográficas	65
X. Anexos	
1. Instrumento metodológico	67
2. Hiperbilirrubinemia	75
3. Tríptico seno materno	79
4. Tríptico cuidados generales al recién nacido	81

I. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, el cual permite prestar cuidados de una manera integral, racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo y su familia con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, (Marriner 2007).

También define el ejercicio profesional, garantiza y asegura la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona bases para el control operativo el medio para sistematizar e investigar en enfermería.

Uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería es la relación terapéutica enfermera-persona (paciente, familia, grupo) que debe construirse sobre la confianza y el respeto. Por tanto, la enfermera empleará todos los medios a su alcance para evitar cualquier tipo de violencia o maltrato a la persona que recibe los cuidados de enfermería y también a los cuidadores de la salud.

El presente proceso ha sido elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson para brindar los cuidados necesarios para mantener la salud óptima del neonato y evitar las posibles complicaciones que puede desencadenar la hiperbilirrubinemia.

Se describen los objetivos tanto el general como específicos y la metodología del trabajo. En el primer apartado se presenta el marco teórico donde se describe el concepto y características del Proceso Atención de Enfermería; también se abordan algunos conceptos básicos acerca del modelo de Virginia Henderson que permitió identificar las necesidades de salud del neonato, posteriormente se menciona las características de esta etapa etaria.

En el segundo apartado se describe el desarrollo del proceso el cual incluye la presentación del caso y la valoración de las necesidades alteradas presentadas en el neonato al momento de ingreso al hospital. También se desarrolla la aplicación del Proceso de Enfermería en el cual se incluyen sus cinco etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), para la elaboración del plan de cuidados establecido para el neonato.

Por último se presentan las conclusiones del trabajo, las sugerencias, también se incluyen las bibliografías utilizadas para la elaboración del proceso y los anexos (que son los instrumentos utilizados en la realización del proceso).

II. JUSTIFICACIÓN

Alrededor de un 60% de neonatos a término y un 80% de prematuros muestran ictericia (Castro 2007), la mayor parte de las veces en un hecho fisiológico pero en ocasiones los niveles de bilirrubina sobrepasan los límites considerados no fisiológicos o patológicos. Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar la ictericia fisiológica de la ictericia no fisiológica y se basan en la historia clínica, el examen clínico y de laboratorio (grupo RH, bilirrubina total, hemograma, Coombs directo e indirecto, etc...). La clave del éxito consiste en el diagnóstico precoz de la ictericia y la instauración de un tratamiento adecuado y efectivo.

Por ello es importante establecer un plan de cuidados enfocado en los neonatos que presentan esta patología y poder coadyuvar, junto con el equipo multidisciplinario en evitar las posibles complicaciones de la hiperbilirrubinemia. Basándose en la utilización del libro de la NANDA, pues una herramienta indispensable para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, ya que tiene una taxonomía estandarizada para la realización de los planes de cuidados en enfermería. Sin embargo no se utilizó los libros de la NIC y NOC ya que se establecieron las intervenciones de acuerdo a las respuestas de evolución que presentaba el neonato en su momento.

Este proceso se encuentra basado en el modelo de Virginia Henderson, el cual nos permite valorar a la persona en todas sus necesidades desde aspectos importantes como lo es el del auxiliar, el de sustituta, los cuales nos permiten adaptarnos a las necesidades propias de la persona.

Por otra parte este trabajo es una herramienta para sustentar el examen profesional y obtener el título de la carrera de licenciatura en enfermería.

III. OBJETIVOS

Elaborar un proceso de enfermería con un neonato, con alteración en la necesidad de eliminación en colaboración con la familia y equipo de salud con base en el modelo de V. Henderson, en el servicio de Urgencias Pediatría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 📌 Realizar la valoración del neonato considerando las 14 necesidades que propone el modelo de Virginia Henderson, para detectar oportunamente las necesidades alteradas en el neonato.
- 📌 Construir diagnósticos de enfermería, con base en el formato PES.
- 📌 Planear y ejecutar acciones encaminadas a predecir, prevenir y tratar las necesidades con dependencia del neonato.
- 📌 Evaluar los objetivos esperados en el plan y en caso necesario realizar modificaciones de acuerdo a las respuestas del neonato.

IV. METODOLOGIA

Para realizar este proceso de enfermería se seleccionó a un neonato de término, que a los cinco días de vida extrauterina presenta coloración amarilla en la piel referida por los padres.

La valoración se llevó a cabo a través la observación, entrevista directa del familiar (madre), historia clínica, examen físico (se utilizó material y equipo como estetoscopio, cinta métrica, termómetro, balanza, glucómetro, torundas alcoholadas, agujas, tubos para muestras sanguíneas, bolsa recolectora para orina, gasas, agua bidestilada, solución jabonosa, hisopos), para seleccionar los problemas prioritarios. En conjunto con el equipo multidisciplinario (médico pediatra, neonatólogo, nutrióloga, enfermeras generales y especialistas) para brindarle los cuidados específicos al neonato.

Los diagnósticos se elaboraron siguiendo la metodología del proceso de enfermería con previa jerarquización de ellos, así mismo se establecieron los objetivos por cada diagnóstico identificado; en la etapa de la planeación se desarrolló un plan de todas las actividades a realizar, se definió la prioridad para decidir qué problema de salud se debía de atender primero para no poner en peligro la vida del paciente, identificándose la necesidad de la eliminación como la más afectada. En la ejecución se realizaron todas las actividades planeadas de acuerdo a los problemas detectados.

En la evaluación se pudieron observar los cambios en el neonato (los cuales fueron favorables, evidenciándose en la disminución de los parámetros de la bilirrubina y en el estado neurológico del neonato, mostrándose activo y reactivo al estímulo externo), la efectividad de las intervenciones de enfermería y el logro de los objetivos establecidos para cada diagnóstico detectado en el neonato.

Finalmente se elaboraron las conclusiones y sugerencias, se presentan por último las referencias bibliográficas y el instrumento utilizado en la realización de la valoración diagnóstica de enfermería; así mismo se elaboran dos trípticos para los padres, referentes a la importancia de la alimentación al seno materno y sobre los cuidados generales al neonato.

V MARCO TEORICO

El siguiente apartado trata como ha sido la evolución de la enfermería y su objeto de estudio que es el cuidado, el cual nos da las herramientas para ver desde otra perspectiva el cómo proporcionar una atención holística a la persona que precisa de nosotras como profesional de la salud, viendo al individuo de forma holística.

5. I Antecedentes Históricos de Enfermería

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico.

Collière (1993), en su libro “Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería”, describe 4 etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional, éstas no tienen límites temporales definidos, pero sí corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.

La primera etapa, denominada «etapa doméstica del cuidado» por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el período histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

La «etapa vocacional del cuidado», segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano, momento en que el concepto de salud-enfermedad adquiere un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

La tercera etapa, «etapa técnica del cuidado», que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

Finalmente, la «etapa profesional del cuidado», en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.

La historia de los cuidados se perfila alrededor del devenir histórico de las civilizaciones, pasando de lo mítico a lo racional; pero, en todas las épocas, cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento. Cuidar es, también, ayudar a morir.

El cuidado permitió a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en donde el Cuidado es quien crea al hombre y lo protege. De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su íntima constitución.

Para ofrecer una atención oportuna a la persona que ésta a nuestro cargo realizamos una serie de acciones de cuidados, en donde se ejecutan acciones físicas para mantener el bienestar como: baño, movilización, masaje, entre otros, los cuales van a depender de las condiciones de salud de la persona y acciones psico-sociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato amable, cabe destacar que todos estos cuidados se brinden en forma eficiente, eficaz y oportuna y de acuerdo a los procedimientos establecidos en la institución

Es el acto humano donde la enfermera refleja el contexto ético que lo rige y con el cual se espera éste comprometida, ya que nuestra profesión brinda un servicio humano fundamental, el cual la mayoría de las veces tiene que ver con los momentos más vulnerables del ser humano y su familia, ante un desequilibrio en su estado de salud que afecta al propio individuo pero que implica realizar adaptaciones en la dinámica familiar, (Castro J. 2006).

Actualmente enfermería responde con intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes de cuidado a la salud de la población, mediante enfoques innovadores que aseguran a futuro la mejora en la calidad del cuidado proporcionado, facilita el acceso a la atención, en particular a los grupos más vulnerables, porque provee cuidado a la salud de las personas, familia y comunidad, en el ciclo vital y procesos de desarrollo; una atención culturalmente apropiada que contribuirá al cierre de las brechas existentes en materia de salud. (Castro 2006: 17)

El cuidado es el objeto de estudio de enfermería, el cual desde sus diferentes dimensiones nos da las herramientas necesarias para poder brindarlo y en base a los conocimiento y actitudes de enfermería se puede involucrar al paciente y a la familia en su autocuidado independientemente de sus creencias y costumbres de cada individuo, de tal forma que se realiza una comunicación intersubjetiva en la relación enfermera- paciente.

5.2 Definición de Enfermería

La Organización Mundial de la Salud (OMS), comenta que la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Así mismo la Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos, (Bello 2006).

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistemas de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. *Roger (1967)* planteó: “Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”. La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. Se considera a la enfermería como arte, ciencia y profesión. Como arte porque requiere y cuenta con un conjunto de habilidades, que depende de un sello personal de quien las realice. Como ciencia, porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina. Como profesión, requiere del conocimiento y apoyo de las ciencias físicas, biológicas, sociales y

medicas; no obstante debe demostrar su capacidad de grupo, para reafirmar sus principios de solidaridad, que la caracterizan como identidad profesional independiente, (Ledesma 2006).

La enfermería como profesión requiere de un trabajo especializado, mediante la aplicación de conocimientos específicos, debe de ser práctica, académica, debe incluir conocimientos uniformes basados en principios generales, debe tener bases éticas, organización interna y autonomía, de igual forma debe ser social bajo los principios establecidos por una autoridad reconocida, (Ledesma 2006; 13).

Como señala Ledesma, (2006), la enfermería tiene como finalidad el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva, por lo que enfocara sus acciones a investigar y analizar las causas reales que provocan enfermedades, sobre todo en las clases trabajadoras y las menos protegidas, que forman la mayoría de los habitantes; lograr la participación de la comunidad en la detección de sus necesidades y problemas en la selección de alternativas para solucionarlas; asimismo, ayudar al grupo familiar a reconocer su responsabilidad, como unidad social, de contribuir al bienestar de su propia familia y demás, refrendar su atención del usuario, respetarlo como ser humano, biológico, pensante y capaz de sentir y participar a través de sus funciones específicas, en la dinámica que facilite el progreso individual, familiar y comunitario.

La definición tomada de las autoras Castro S., Flores R. (2006), respecto a la disciplina de enfermería es congruente con la forma de pensar, puesto que es a través del acto humano donde la enfermera refleja el contexto ético que lo rige y con el cual se espera éste comprometida, ya que nuestra profesión brinda un servicio humano fundamental, el cual la mayoría de las veces tiene que ver con los momentos más vulnerables del ser humano y su familia, ante un desequilibrio en su estado de salud que afecta al propio individuo pero que implica realizar

adaptaciones en la dinámica familiar. Por ello la enfermera, de acuerdo a sus conocimientos, habilidades, a su escala de valores, puede influir positiva o negativamente en esta relación, por lo que al proporcionar el cuidado le compete integrar los valores del paciente, que aun siendo diferentes a los suyos debe respetar, considerando la dignidad propia y la de los demás e interactuar con responsabilidad, guiando al paciente en la toma de conciencia y decisiones sobre su salud.

5.3 Las Teorías y Modelos de Enfermería

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos, (Fawcett, 1996).

Sin embargo, estas ideas globales de lo que entendemos por enfermería, ha sido organizado por Fawcett (1996), a través de lo que denomina "Estructura del conocimiento", donde sitúa al metaparadigma, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos en una estructura descendente que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto. Por ello se plantea la pregunta: ¿Qué entendemos por metaparadigma? A esto se responde que los paradigmas son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

En este esquema de la estructura conceptual, la filosofía se encuentra ubicada en una línea staff, como un conjunto de creencias, valores y lo que las enfermeras asumen como verdadero, respecto al fenómeno de interés para la disciplina "El cuidado", por lo que indirectamente modifican lo que cada enfermera en su contexto propio de trabajo entiende por: persona, salud, entorno y enfermería.

Lo anterior da pie, al desarrollo de modelos conceptuales, estos son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (fawcett, 1996). Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, La promoción a la Salud, Las relaciones interpersonales, el Proceso de adaptación entre otros.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud

5.4 Definición y Etapas del Proceso Enfermero

Álfaro (1993), en su libro comenta que el proceso enfermero “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, en la identificación de las respuesta del paciente a las alteraciones de la salud, reales o potenciales”.

Este consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Rosales B. (2004), menciona que la etapa de la Valoración es la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida: una valoración precisa conduce a la identificación del estado integral de la persona y a los temas y diagnósticos de enfermería.

Se inicia con la obtención de datos, los cuales una vez organizados y analizados, ayudan a la identificación del diagnóstico de enfermería. Generalmente la obtención de datos se logra mediante la observación, entrevista y la exploración física.

El **Diagnóstico** de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades de la persona, que pueden modificarse por la intervención del personal de enfermería para resolverlos o disminuirlos.

No solo considera el diagnóstico médico, sino que se basa en las necesidades y problemas del paciente, es individualizado y específico, está sujeto a modificaciones según el estado de salud o enfermedad, describe los efectos de los síntomas y estados patológicos en relación con las actividades y formas de vida de la persona.

La etapa de **Planificación** se considera como el núcleo o centro del proceso, ya que en él se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y, por lo tanto, es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.

La **Ejecución** es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares.

Durante esta etapa se debe continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades o problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

La **Evaluación** es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósito: determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos. Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

La evaluación debe ser un proceso continuo, formal y parte integral de cada uno de los componentes del proceso de enfermería, comenzando por la implementación, en donde el personal de enfermería observa las respuestas del paciente a los cuidados y decide si los planes están ayudando o no al progreso de éste.

5.5 Concepto y Definiciones de Virginia Henderson

Virginia Henderson (Álvarez, 2004), desarrolló su modelo conceptual influenciada por la corriente de integración y está incluido dentro de la escuela de necesidades. Los componentes de esta escuela se caracterizan por utilizar teorías sobre las

necesidades y el desarrollo humano para conceptualizar la persona, y porque aclara la ayuda a la función propia de las enfermeras.

De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. El entorno, aunque no está claramente definido, aparece en sus escritos como el postulado que más evoluciona con el paso del tiempo. Inicialmente hablaba de algo estático, sin embargo en los escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno.

El objetivo de los cuidados es ayudar al enfermo a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o morir dignamente; por otro lado Henderson dice que el rol profesional es suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o completar lo que le falta (hacer con ella); y así hacer posible el máximo desarrollo de su potencial, mediante la utilización de sus recursos interno y externos.

A la **Enfermería**, Henderson la define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible, (Marriner A., 2007).

La independencia de la persona se logra, a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. Establece que el profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

- **Sustituta.**- Compensa lo que le falta al paciente.
- **Ayudante.**- Establece las intervenciones clínicas.
- **Compañera.**- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

A la **Salud** Henderson no dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparo la salud con la independencia. La interpreta como que es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Al **Entorno** sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores: **Físicos**: aire, temperatura, sol, etc., **Factores Personales como**: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

A la **Persona** lo define como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber de forma adecuada.
- Evacuar los desechos corporales.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Dormir y descansar.
- Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
- Mantener higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
- Evitar peligros y no dañar a los demás.
- Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
- Profesar su fe.
- Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
- Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

5.6 Etapa Neonatal

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, dice que recién nacido, se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno

manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

Los autores Parker S., Zuckerman B. (2006) realizan su clasificación del Recién Nacido de acuerdo a dos parámetros: edad gestacional y peso.

Según la **edad gestacional**

- ✚ Pretérmino: edad gestacional menor de 37 semanas
- ✚ A término: edad gestacional entre 38-42 semanas
- ✚ Postérmino: edad gestacional superior a las 42 semanas
- ✚

Según el **peso**

- ✚ Recién nacido de bajo peso para la edad de gestación
- ✚ Recién nacido de peso adecuado a la edad de gestación
- ✚ Recién nacido de peso elevado para la edad de gestación

Características del recién nacido

Físicas: antropometría

- ✚ **Peso.**- En varones oscila entre 3.250-3.500 Kg. en hembras entre 3-3.250 Kg.
- ✚ Es normal que entre el 4º y 5º día se produzca una disminución fisiológica de peso, consecuencia de la pérdida de agua que sufre todo recién nacido pudiendo llegar a ser hasta el 10% de su peso total. Posteriormente se produce una ganancia diaria de 25-30 gr.
- ✚ **Talla.**- Oscila entre 46-52 cm. El límite inferior a la normalidad es de 46 cm. Peso y talla están condicionados por factores genéticos y ambientales.

✚ **Perímetros.**- P.C. 34 cm. Un aumento o disminución en 2,4 cm. sugiere patología (hidrocefalia /microcefalia). El perímetro torácico +- 32cm, 1-2 cm inferior al craneal

Morfología: El recién nacido es:

Macrocéfalo.-La cabeza corresponde a 1/4 de la talla mientras que en el adulto es 1/8

Braquitipo.-Extremidades proporcionalmente cortas en relación al resto del cuerpo

Macroespánico.-Abdomen globuloso, persistiendo durante toda la lactancia.

Cráneo. La forma del cráneo depende del moldeamiento sufrido en el parto. Es de interés la palpación de la fontanela. Cuando el tamaño es pequeño, se sospecha la posibilidad de una microcefalia.

Si están abombadas indicaran hipertensión craneal, si están deprimidas deshidratación. Como variantes en el examen podemos encontrar:

Cefalohematoma acúmulo de sangre en el tejido subcutáneo por desgarramiento de los vasos del periostio; se reabsorbe antes del mes. **Caput succedaneum** tumefacción de partes blandas del cuero cabelludo producida por la compresión de la cabeza sobre el canal del parto.

Cara. Pabellones auriculares: normalmente conformados, cartílago blando. Puede aparecer implantación baja de los pabellones en cromosomopatías.

Ojos: Suelen tener los ojos cerrados, Esclerótica azulada, puede tener vello en las cejas. Son hipermetropes por cortedad del globo ocular.

Nariz: Debe presentar permeabilidad en ambas fosas

Boca: Labios gruesos con una prominencia central en el labio superior llamada almohadilla de succión. Como variante patológica está el labio leporino

Cuello: Más corto que a otras edades

Costillas: Presentación horizontal. Diámetro anteroposterior y lateral iguales

Abdomen: Globuloso, la herida umbilical debe tener aspecto normal y no desprender mal olor.

Extremidades: Cortas. Tibias incurvadas hacia adentro. Es normal un ligero valgo (piernas en X) o varo (piernas en O).

Piel. Se puede observar:

Lanugo: Vello fino que desaparece en las primeras semanas

Vernix caseosa: Es el unto sebáceo

Eritema fisiológico: Enrojecimiento de la piel por poliglobulia y vasodilatación periférica por la exposición al medio ambiente

Ictericia fisiológica: coloración amarillenta que suele aparecer entre las 36-48 horas de vida.

Mancha mongólica: Color violáceo oscuro con frecuencia en la región sacra y espalda.

Acrocianosis: Cianosis en manos y pies.

Genitales. En niños, testículos en bolsa escrotal, en niñas, hipertrofia de clítoris y tumefacción de labios menores. Se puede producir una menstruación como consecuencia del paso de hormonas maternas.

VI. DESARROLLO DEL PROCESO

6.1. Presentación del Caso

Se trata de producto de madre de 30 años, gesta 2, embarazo planeado, aceptado, deseado, sospecha de embarazo por amenorrea y mareo, diagnosticado por prueba de orina e inmunológica gonadotropina coriónica humana B, ultrasonido a las 4 semanas de gestación. Refiere control prenatal desde el primer mes de la gestación hasta el término del mismo, ingesta de ácido fólico, sulfato ferroso, complejo B, desde el primer mes. Niega amenaza de aborto. Niega diabetes gestacional.

Embarazo a término el cual se obtiene por eutocia a las 39 semanas de gestación, presentación cefálica, se obtiene producto único vivo, el cual respira y llora al nacer, apgar 9/9, peso 3.650 kgs, talla 50 cms, el cual es egresado a las 24 hrs junto con la madre sin ninguna complicación.

Posterior a su egreso se cita para su control de niño sano y en la consulta externa se valora por el médico, en el que se observa tegumentos con tinte icterico, posteriormente se canaliza al servicio de urgencias pediatría y se le solicitan muestras sanguíneas para determinar Bilirrubinas séricas; donde se reportan que a las 96 hrs de vida extrauterina considerada como riesgo intermedio, se encuentran Bilirrubinas Totales de 16.9 mg/dl, Bilirrubina Indirecta de 16.6 mg/dl.

A la valoración se observa neonato femenino de termino de cinco días de vida, activa, reactiva al estímulo externo, se aprecian tegumentos con tinte icterico (Kramer III), presenta temperatura de 36.9°C, adecuado estado hídrico, normocéfalo, no hay exostosis, ni endostosis. Cabello bien implantado, fontanela anterior (Bregmatica) normotensa, cara simétrica, pupilas isocóricas con adecuado reflejo foto motor, conjuntivas ictericas, pirámide nasal simétrica, narinas permeables, mucosa oral hidratada, úvula central, paladar blando sin alteración

aparente, presenta reflejo de succión y deglución adecuado, pabellones auriculares sin alteraciones en su morfología, conducto auditivo externo permeable, otoscopia sin alteraciones, cuello sin adenopatías simétrico, pulsos carotídeos presentes de adecuada intensidad, tórax normolineo con movimientos de amplexión y amplexación normales, ruidos cardíacos rítmicos con adecuada frecuencia e intensidad, con frecuencia cardíaca de 140 latidos por minuto. Campos pulmonares bien ventilados, sin datos de dificultad respiratoria, con frecuencia respiratoria de 38 respiraciones por minuto. Abdomen blando depresible, sin distensión abdominal, no doloroso a la palpación, peristalsis presente, se observa muñón umbilical en proceso de cicatrización y sin presencia de secreciones; genitales de acuerdo a sexo. Miembros torácicos y pélvicos íntegros y simétricos; Ortolani Barlow negativo. Llenado capilar inmediato.

6.2. Valoración de necesidades

Se realiza la siguiente valoración basándose en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades y al instrumentos de valoración otorgado por la asesora (ver anexo 1) y mediante la valoración de enfermería.

1.- Necesidad Oxigenación

Al auscultar campos pulmonares se escuchan buena entrada y salida de aire sin fenómenos agregados. Manteniendo una frecuencia respiratoria de 38 respiraciones por minuto, presenta llenado capilar inmediato, sin presencia de cianosis.

2.- Necesidad de Nutrición e hidratación

El neonato tiene un peso de 3.600 kg., adecuado para su edad gestacional (a término). Presenta reflejo de succión y deglución adecuado. Se da fórmula láctea cada 3 horas.

3.- Necesidad de Eliminación

Presenta evacuaciones amarillas aguadas, aproximadamente cuatro veces al día, orina 5 a 6 veces al día, con características de color amarilla paja.

4.- Necesidad de Termorregulación

No presenta ningún problema para mantener eutermia, presentado constantemente una temperatura corporal entre 36.9 y 37.2°C.

5.- Necesidad de Moverse y mantener buena postura

Se encuentra activo y reactivo al estímulo externo, su postura normalmente es de flexión simétrica de brazos y piernas, con resistencia a la extensión completa de las articulaciones. Se realizan cambios de posición cada 2 a 3 hrs.

6.- Necesidad de descanso y sueño

Mantiene sueño fisiológico (Duerme de 16 a 17 hrs diarias) sin observarse irritable.

7.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Durante el tiempo de su estancia hospitalaria se mantuvo solamente con pañal y con antifaz, puesto que estaba bajo tratamiento de fototerapia continua.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel

Se le realiza el baño diario matutino y por lo general se mantiene limpio. Se limpia su muñón umbilical con agua y jabón.

9.- Necesidad de evitar peligros

Se encuentra en bacinete (evitando reducir cualquier lesión por caída) y con lámpara de fototerapia (se observa constantemente para valorar temperatura y evitar posibles quemaduras).

10. Necesidad de comunicarse

Debido a su edad no existe comunicación verbal, pero se interpretan sus gesticulaciones para detectar en algunos momentos inquietud, irritabilidad o llanto. Por otro lado se dio énfasis en dar información acertada a los padres sobre su internamiento hospitalario.

11.-Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Se permitió a los padres colocar imágenes religiosas.

12.- Necesidad de trabajar y realizarse

No es valorable debido a su edad. se da orientación a la mama sobre la importancia de visitar al neonato y sobre el apego materno y sobre la separación madre e hijo. También se explica a la madre la importancia de hablarle y acariciarlo mientras se le proporciona su alimentación para estimularlo (se relaciona con la necesidad de aprendizaje).

13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

No es valorable debido a su edad.

14.- Necesidad de aprendizaje

No es valorable debido a su edad.

6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería

6.3. Conclusión Diagnóstica de Enfermería						
	NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA				DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1	OXIGENACION	I		F	X	00036 Riesgo de asfixia R/C poner objetos en el bacinete del neonato.
		PD		V	X	
		D	X	C	X	
2	NUTRICION E HIDRATAACION	I		F	X	00197 Riesgo de nivel de glicemia inestable R/C utilización rápida de las reservas del glucógeno. 00105 Interrupción de la lactancia materna R/C enfermedad del neonato M/P deseo materno de mantener y proporcionar la lactancia materna para satisfacer las necesidades nutricionales del neonato.
		PD		V	X	
		D	X	C	X	
3	ELIMINACION	I		F	X	00194 Ictericia neonatal R/C edad del neonato de 1 a 7 días. El neonato tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina M/P perfil sanguíneo anormal (bilirrubina sérica total de 16.9mg/dl, bilirrubina indirecta de 16.5 mg/dl), piel amarillo-anaranjada, esclerótica y conjuntivas amarillas
		PD		V	X	
		D	X	C	X	
4	TERMORREGULACION	I		F	X	00005 Riesgo de desequilibrio la temperatura corporal R/C inmadurez.
		PD		V	X	
		D	X	C	X	

5	MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA	I		F	X	0047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C edad extrema
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
6	DESCANSO Y SUEÑO	I		F	X	00198 Trastorno del patrón del sueño R/C interrupciones (p. ej., alimentación, cambios de posición, pruebas de laboratorio), exposición a la luz de la fototerapia, ruidos.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
7	USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	I		F	X	00005 Riesgo de desequilibrio la temperatura corporal R/C inmadurez.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
8	HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	I		F	X	00004 Riesgo de infección R/C presencia del muñón umbilical, defensas secundarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
9	EVITAR PELIGROS	I		F	X	00155 Riesgo de caídas R/C edad <2 años, neonato desatendidos en una superficie elevada.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	
10	COMUNICARSE	I		F	X	00057 Riesgo de deterioro parental R/C enfermedad del neonato, falta de conocimiento sobre el mantenimiento de su salud.
		PD	X	V	X	
		D		C	X	

11	VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	I	X	F	X	
		PD		V	X	
		D		C	X	
12	TRABAJAR Y REALIZARSE	I	X	F	X	00058 Riesgo de deterioro de la vinculación R/C Separación madre- hijo
		PD		V	X	
		D		C	X	
13	JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	I	X	F	X	
		PD		V	X	
		D		C	X	
14	APRENDIZAJE	I	X	F	X	
		PD		V	X	
		D		C	X	

*(I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente

6.4. Plan de Cuidados de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de asfixia R/C poner objetos en el bacinete del neonato.	El neonato se mantendrá libre de riesgos de asfixia durante su estancia hospitalaria	<p>Enseñanza: seguridad del neonato.</p> <p>- Colocar al neonato en el bacinete en posición supina después de cada toma de fórmula, evitando colocar objetos dentro del bacinete.</p> <p>- Evitar el uso de joyas o cordones/cadenas en el neonato.</p>	<p>- El uso de almohadas, nidos de contención, dispositivos de posicionamiento, piel médica u otros objetos blandos, aumenta 5 veces el riesgo de muerte súbita del lactante en posición supina y 21 veces en posición prona. La mayoría de los fallecimientos durante el sueño, están asociados con la presencia de almohadas, acolchados y sistemas de contención</p>	El neonato se encuentra en bacinete libre de almohadas y biberones.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Interrupción de la lactancia materna R/C enfermedad del neonato M/P deseo materno de mantener y proporcionar la lactancia materna para satisfacer las necesidades nutricionales del neonato.	El neonato mantendrá buen peso durante su estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el peso del neonato a su ingreso hospitalario. - Proporcionar la fórmula recomendada por el pediatría al neonato 	<ul style="list-style-type: none"> - Los neonatos no requieren ninguna forma de nutrición o líquido exclusivamente fórmula o leche materna por los primeros seis meses de su vida. - Las necesidades nutricionales dependen de la edad, sexo, talla, tipo de actividad muscular diaria y estado de salud del individuo. - La ingestión de nutrientes esenciales y alimentos energéticos son indispensables para tener una buena salud y es necesario para el crecimiento, la conservación, reparación de los tejidos y la 	El neonato mantiene adecuado peso para la edad gestacional (3.6 kg).

			regulación de los procesos orgánicos del organismos (catabolismo y anabolismo).	
Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de nivel de glicemia inestable R/C utilización rápida de las reservas del glucógeno.	Evitar que el neonato no presente alteraciones metabólicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Observar signos hipoglicemia (temblores, hipotonía, etc.) - Control de signos vitales cada 3 o 4 horas según necesidad - Permeabilizar acceso vascular. - Control de glicemia según necesidad (sérico o con dextrostix) 	<ul style="list-style-type: none"> - Los niveles de glucosa en ayunas en plasma o en suero son de 60 a 110 mg/dl. Los niveles circulantes de glucosa en sangre proceden de tres fuentes: el aporte exógeno, la liberación desde los depósitos de glucógeno (glucogenolisis) y la degradación de otras moléculas que no sean carbohidratos (gluconeogénesis). - Las determinaciones de 	El neonato presenta niveles de glicemia estables (60-80 mg/dl) preprandial.

		<ul style="list-style-type: none"> - Programar horarios de alimentación. 	<p>glucosa miden la capacidad de las células A pancreáticas para equilibrar la secreción de glucagón con la de insulina desde las células betas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los niveles de glucosa circulante también dependen del consumo periférico de glucosa y del funcionamiento del hígado y de su papel en la gluconeogénesis. - Los niveles de glucosa persistentes elevados pueden indicar un incremento en la producción de glucagón o una cantidad insuficiente de insulina. 	
--	--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Ictericia neonatal R/C edad del neonato de 1 a 7 días. El neonato tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina M/P perfil sanguíneo anormal (bilirrubina sérica total de 16.9 mg/dl, bilirrubina indirecta de 16.5 mg/dl), piel amarillo-anaranjada, esclerótica y conjuntivas amarillas.	Evitar y prevenir las complicaciones de la ictericia neonatal (kernícterus)	- Evaluar al recién nacido por coloración amarilla de la piel y mucosas, respuesta al estímulo, reflejos presentes.	<p>- La ictericia aparece en el rostro y progresa en sentido caudal hasta las extremidades.</p> <p>- En el neonato, la ictericia se hace clínicamente evidente cuando la bilirrubina es superior a 5 mg%.</p> <p>- La hiperbilirrubinemia es habitualmente de curso benigno pero dada la toxicidad de la bilirrubina, se debe controlar a los recién nacidos para detectar aquellos que pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa, encefalopatía bilirrubínica aguda en las primeras semanas de vida o</p>	<p>El neonato presenta disminución de la bilirrubina indirecta (<10mg/dl a los 5 días de vida extrauterina)</p> <p>No presenta signos de deshidratación, ni complicaciones por la exposición de la luz de la fototerapia.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Tener preparada una cuna con fototerapia. - Tomar temperatura. - Colocar al recién nacido completamente desnudo bajo la fototerapia. - Colocar antifaz en ojos para protección de la retina. - Cambio de antifaz diario. - Hacer cambios de 	<p>kernícterus como secuela crónica.</p> <p>-Evaluar por signos de kernícterus: hipotonía, letargia, reflejo de succión disminuida, convulsiones, apneas.</p> <p>-Fototerapia. Mecanismo de acción:</p> <p>Foto oxidación: destrucción física de la bilirrubina, en productos más pequeños y polares para ser excretados.</p> <p>Foto isomerización: es la vía principal de excreción, en la que la bilirrubina permanece igual pero con distinta conformación</p>	
--	--	--	--	--

		<p>posición cada 2 horas para garantizar la exposición de la luz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar por signos de deshidratación: piel seca, saliva filante, llanto sin lágrima, fontanelas deprimidas, signo de pliegue. - Ofrecer suero oral entre tomas de leche. - Observación y controles seriados de bilirrubinas. - Evaluar al neonato por posibles complicaciones a la exposición de la fototerapia: rash generalizado en piel, deposiciones líquidas 	<p>espacial (Lumibilirrubina).</p>	
--	--	--	------------------------------------	--

		<p>verdosas.</p> <p>-Valorar características de la orina: cantidad y color.</p>		
Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C edad extrema.	El neonato mantendrá la dermis y epidermis en buen estado, evidenciado por superficie cutánea íntegra, durante su hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario por turno. - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Realizar cambio de posición de 1 a 2 hrs. - Eliminar la humedad excesiva en la piel. - Mantener la ropa de la cuna limpia y seca y sin arrugas. - Colocar el programa de giros al pie de 	<p>- Las úlceras por presión (UPP), se producen por una presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro, que origina una isquemia de la membrana vascular, lo que origina vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos</p>	El neonato mantiene integridad cutánea.

		<p>cuna.</p> <p>Prevención de úlceras por presión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). 	<p>subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración.</p> <p>Este proceso puede continuar y alcanzar planos más profundos, con destrucción de músculos, aponeurosis, huesos, vasos sanguíneos y nervios.</p> <p>Las fuerzas responsables de su aparición son :</p> <p>1.- Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón,</p>	
--	--	---	--	--

			<p>cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mm de Hg, una presión superior a 32 mm de Hg. ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y si no se alivia, necrosis de los mismos.</p> <p>2 .- Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres</p> <p>3.- Fuerza Externa de Pinzamiento Vascular: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar</p>	
--	--	--	---	--

			<p>fricción en sacro y presión sobre la misma zona).</p> <p>Grado 1.- Piel eritematosa, violácea e incluso negra e indurada que habitualmente recubre una prominencia ósea y no desaparece a la vitropresión.</p> <p>Grado 2.- Epidermis y dermis con solución de continuidad. Flictenas y ulceración superficial se extienden hasta el tejido celular subcutáneo.</p> <p>Grado 3.- Hasta tejido muscular sin llegar a hueso, que generalmente dan lugar a una úlcera cavitada.</p> <p>Grado 4.- Hasta el hueso, son extensas, afectan a articulaciones, tendones,</p>	
--	--	--	--	--

			<p>etc. y cavidades del organismo.</p> <p>-Los pacientes con deficiente nutrición experimentan atrofia muscular y reducción de los tejidos subcutáneos</p> <p>- El estado nutritivo óptimo puede reducir el riesgo de que el paciente desarrolle úlceras de decúbito.</p>	
Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Trastorno del patrón del sueño R/C interrupciones (p. ej., alimentación, cambios de posición, pruebas de laboratorio),	El neonato presentará un patrón de sueño satisfactorio en cantidad y calidad.	<p>Manejo ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. - Controlar o evitar 	- El sueño se puede definir como un estado de reposo caracterizado por niveles bajos de actividad fisiológica, y menor respuesta a los estímulos externos.	El neonato presenta 16 hrs de sueño en el transcurso del día.

<p>exposición a la luz de la fototerapia, ruidos.</p>		<p>ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar una habitación individual, si está indicado. - Realizar los procedimientos en un momento programado y así evitar el despertar al neonato innecesariamente. - utilizar aislamiento auditivo en el neonato. 	<p>El sueño se compone de 2 etapas:</p> <p>Una fase conocida como REM (en inglés, rapid eye movement): caracterizada por ocurrir en un cerebro aún activo; y cuya función es la regeneración de procesos mentales (fijación de la atención, almacenamiento de la memoria a largo plazo, y procesos de desaprendizaje). Durante esta fase ocurren los sueños.</p> <p>Una segunda etapa conocida como NO REM, y que se compone a su vez de 4 fases; las 2 primeras de sueño ligero, y las 2 últimas de sueño profundo. Esta etapa es la encargada de la</p>	
---	--	---	---	--

			<p>reparación física del organismo.</p> <p>Las necesidades de sueño son muy variables según la edad y las circunstancias individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El neonato duerme casi todo el día, con una proporción próxima al 50% del denominado sueño «activo», que es el equivalente del sueño REM. <p>A lo largo de la lactancia los períodos de vigilia son progresivamente más prolongados y se consolida el sueño de la noche; además, la proporción de sueño REM descende al 25-30 %, que se mantendrá durante toda la vida. A la edad de 1-3 años el</p>	
--	--	--	---	--

			niño ya sólo duerme una o dos siestas.	
Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de desequilibrio la temperatura corporal R/C inmadurez.	El neonato mantendrá su temperatura dentro de los parámetros normales durante su estancia hospitalaria (36.5-37.5°C)	Regulación de la temperatura: - Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados. - Observar color y temperatura de la piel. - Mantener la temperatura corporal del neonato. - Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido. - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta	- La termorregulación es la propiedad que tiene el organismo de mantener la temperatura corporal dentro de los límites fisiológicos (36-37°C.). El R.N. tiene menor capacidad de termorregulación por: - Mayor superficie corporal en relación a su peso. - Mayor conductancia térmica por menor panículo adiposo - Dificultades para disminuir su superficies radiante (acurrucarse por flexión) especialmente el RN	Mantiene temperatura corporal constante entre 36.8 y 37.2 °C.

		<p>que se estabilice.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal. 	<p>prematureo y deprimido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad de temblar y limitaciones en aumentar la actividad espontánea. - Depósitos limitados de grasa (parda) de rápido metabolismo. - Frecuentes limitaciones para aumentar el consumo de Oxígeno (situaciones de hipoxemia). - Aportes calóricos insuficientes. 	
--	--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>Riesgo de infección R/C presencia del muñón umbilical, defensas secundarias inadecuadas, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.</p>	<p>El neonato mantendrá evolución favorable en la cicatrización umbilical.</p>	<p>Cuidados de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examinar y limpiar con agua y solución jabonosa periódicamente el cordón umbilical <p>Protección contra las infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Observar el grado de vulnerabilidad del 	<p>- La piel, tejido que recubre nuestro cuerpo, es el órgano más extenso del organismo: ocupa en el adulto una superficie de aproximadamente dos metros cuadrados. Nos proporciona de una cubierta protectora elástica y fuerte, capaz de autoregenerarse.</p> <p>La estructura de la piel y los procesos fisiológicos que en ella se producen facilitan diferentes funciones integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protege frente a la invasión de microorganismo y cuerpos 	<p>El recién nacido presenta buena evolución en el proceso de cicatrización del cordón umbilical, es decir seco y sin presencia de secreción.</p>

		<p>paciente a las infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener todo lo que este en contacto con el neonato; limpio y estéril. - Evitar al máximo las técnicas invasivas. 	<p>extraños, así como a pequeños traumatismos físicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limita la perdida de líquidos del organismo, proporcionando una barrera mecánica. - Contribuye a regular la temperatura mediante radiación, conducción, convección y evaporación. - Proporciona la percepción sensorial mediante las terminaciones nerviosas libres y los receptores especializados. - Produce vitamina D a partir de precursores cutáneos. - Contribuye a regular la presión sanguínea mediante la constricción de los vasos 	
--	--	--	--	--

			<p>sanguíneos cutáneos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Repara las heridas superficiales, acelerando el proceso normal de renovación celular.- Excreta sudor, urea, y ácido láctico.	
--	--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de caídas R/C edad <2 años, neonato desatendidos en una superficie elevada.	El neonato mantendrá la integridad corporal, a través de las medidas preventivas proporcionadas.	<p>Enseñar a los padres a prevenir caídas.</p> <p>Manejo ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchonamiento de barandillas, si procede. - Proporcionar un ambiente libre de riesgos. 	El principal objetivo es educar al paciente y a sus cuidadores en la prevención de caídas durante su estancia en el hospital y establecer unas medidas que les ayude a evitar también posibles accidentes a partir del momento del alta hospitalaria. Se proporcionará información oral y/o escrita.	<p>El neonato presenta integridad física, mediante las medidas establecidas en su cuidado.</p> <p>El familiar presenta conocimiento de las medidas de prevención de riesgos.</p>

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
Riesgo de deterioro parental R/C enfermedad del neonato, falta de conocimiento sobre el mantenimiento de su salud.	El familiar manifestará comportamiento de adaptación y/o aceptación ante la hospitalización y la separación de su neonato, con apertura para expresar sus sentimientos.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 el niño (causa de la ictericia, interrupción de la fototerapia, etc.) - Reforzar las interpretaciones 	<p>El ofrecer la orientación a los padres sobre el proceso de hospitalización brinda confianza y seguridad en todo momento.</p> <p>Aislamiento protector: Los aislamientos son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente infectado o colonizado) y el sujeto susceptible (otros pacientes, familiares y personal) para disminuir la posibilidad de transmisión.</p> <p>Según las últimas recomendaciones de la CDC</p>	Los padres del neonato manifiestan con sus propias palabras el porqué de los cuidados y llevan a cabo cada una de las acciones que se les indica. Pues argumentan que por estar en un área “especial”, son necesarios estos cuidados para beneficio de su bebé.

		<p>médicas con lenguaje adecuado a los padres del niño y dar retroalimentación para comprobar los conocimientos.</p> <p>- Explicar a los padres las complicaciones que sufre el niño así como los logros alcanzados por el (disminución de bilirrubinas en sangre, suspensión de fototerapia).</p> <p>- Explicar a la madre que no es conveniente sacar al niño de la</p>	<p>(Centro para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos.) hay dos tipos de precauciones de aislamiento.</p> <p>El primer nivel, y el más importante, corresponden a aquellas precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes en hospitales, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección. La puesta en marcha de estas Precauciones Estándar es la estrategia fundamental para el éxito del control de la infección nosocomial.</p> <p>En un segundo nivel, están las precauciones diseñadas</p>	
--	--	---	---	--

		<p>fototerapia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a los padres psicológicamente para que acepten el problema del niño. - Capacitar a los padres en los cuidados generales del neonato. - Explicar a los padres la importancia del seguimiento en la consulta externa, fomento de la lactancia materna, completar esquema de vacunación, etc. 	<p>solo para el cuidado de pacientes específicos. Estas Precauciones Basadas en la Transmisión, se añaden en los pacientes que se sospecha o se sabe están infectados por patógenos epidemiológicamente importantes con difusión por aire, gotas o contacto con piel seca o superficies contaminadas.</p>	
--	--	---	---	--

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo	Intervención de enfermería	Fundamentación científica	Evaluación
<p>00058 Riesgo de deterioro de la vinculación R/C Separación madre-hijo</p>	<p>Favorecer el vínculo materno a través de la interacción efectiva madre e hijo.</p>	<p>Apoyo emocional: - Permitirle a la madre el contacto físico del neonato al momento de la alimentación para fomentar el apego.</p>	<p>- Relaciones del binomio madre – hijo. Este acto se inicia en la gestación. Generándose el vínculo del binomio madre e hijo con el significado simbólico. Gracias a los cuidados que recibe de la mama, el contacto piel a piel, cada neonato está preparado para construir su historia personal y comienza a edificar su sentimiento de continuidad. Es probable que el apego que la madre experimenta por su hijo sea el vínculo más</p>	<p>La madre refiere sentir satisfacción al proporcionarle la fórmula al neonato, puesto que interactúa con él a través de las caricias y al hablarle, de esta manera se cubren las necesidades del afecto del neonato que le ayudan a su buen desarrollo</p>

		<p>sólido del ser humano. Esta relación posee dos características singulares. Primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la madre y, segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un periodo que el niño depende completamente de ella.</p> <p>APEGO</p> <p>- Estimular el apego con los padres por medio de la estimulación precoz.</p>	<p>- Se lo puede definir como una relación singular y específica entre dos personas, que persiste en el curso del tiempo. Se toman como indicadores de este apego comportamientos como caricias, besos, arrullos y prolongadas miradas de</p>	<p>integral y evitar posibles complicaciones.</p>
--	--	---	---	---

			<p>cariño, que sirven para mantener el contacto y para poner de manifiesto el afecto que se experimenta hacia una persona en particular.</p> <p>- El aspecto del neonato junto a su amplio despliegue de aptitudes motoras y sensoriales motiva respuestas de la madre y procura varias vías de comunicación fundamentales en el proceso de apego y la iniciación de una serie de interacciones recíprocas.</p> <p>Para poder realizar el involucramiento de la familia en los cuidados, es necesario tener en cuenta los mecanismos involucrados en el vínculo madre-hijo y en el</p>	
--	--	--	--	--

			<p>apego de los padres con su hijo.</p> <p>Saber cómo y cuándo surge, cómo favorece la presencia de la madre en la recuperación del neonato; así como también, las consecuencias que trae la separación pronta y prolongada del binomio madre-hijo.</p>	
Elaboró: Irene Liliana Alonso Zacarías				

VII. CONCLUSIONES

Durante la aplicación de proceso de enfermería se trabajó en un ambiente armónico entre del equipo de salud integrado por médicos pediatras, neonatólogo, nutrióloga, enfermera generales y enfermeras especialista y sobre todo entre los padres, el cual se vio reflejado en la mejora del estado de salud del neonato ya que a los tres días se pudo dar de alta sin presentar ninguna complicación relacionada con su estado de salud.

Durante la valoración se contó con el consentimiento de la madre, exponiéndole que su bebe fue seleccionado para establecer y proporcionarle un plan de cuidados enfocados a la necesidad afectada (eliminación) y que durante la estancia hospitalaria del neonato le brindaría la atención específicamente a él y que trataría de aclararle todas las inquietudes que en su momento se presentaran.

También se le oriento a la mamá sobre la importancia de mantener al neonato en el bacinete junto con la lámpara de fototerapia, pues entre más tiempo permanezca en ella, la eliminación de la bilirrubina aumenta evitando así las complicaciones (kernícterus), tratando de manipularlo lo menos posible y evitar la interrupción de la luz.

En la etapa del diagnóstico se analizaron los datos obtenidos en relación con los objetivos, identificándose los problemas y etiología, se determinó qué problemas se podrían tratar de forma independiente por parte nuestra y cuáles requerían asesoramiento de otros profesionales del cuidado de la salud.

En la fase de planificación se elaboró un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. El plan incluyó el establecimiento de prioridades, fijación de objetivos, prescripción de actividades de enfermería y anotación del plan de cuidados.

En la fase de ejecución se llevó a la práctica el plan. Esto supone las siguientes actividades: seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde la persona a sus acciones, llevar a cabo las acciones prefijadas durante la planificación, registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del neonato a las actividades de enfermería. Durante la evaluación debemos determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesaria alguna modificación.

En la gestión de cuidados para él neonato, pude observar que todavía existen deficiencias en cuanto a la atención de enfermería y falta de conocimientos referentes a la realización y aplicación del proceso, razón por la cual se acepta como una herramienta necesaria del personal de enfermería para la organización y sistematización del trabajo, ya que vemos a la persona como un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

Como egresada de la Licenciatura de Enfermería es una herramienta que me permitirá desarrollar habilidades intelectuales, con capacidad para resolver y plantear nuevos problemas, ya que en la institución donde laboré (ISSSTE), aun no se estandariza el uso de los diagnósticos enfermeros, lo cual resultó un poco complicado el formato utilizado en el presente trabajo, sin embargo se lograron alcanzar los objetivos establecido en un 80%, pues no todas las necesidades se pueden valorar del neonato a través de este instrumento.

VIII SUGERENCIAS

El proceso de enfermería favorece el fin principal de la enfermera el cual es el proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad, éstos a su vez, al hacerse conscientes de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, identificando o realizando actividades para mejorar la salud, en este caso relacionados a la atención de su neonato. Esto a su vez capacitará a la madre para sus futuros hijos.

Durante la realización del presente proceso se reunió información sobre la persona seleccionada, que en este caso se trató un neonato de cinco días de vida, para identificar los problemas de salud reales, potenciales o de riesgo. Se logró contar con el apoyo y la confianza de la mamá para realizar el proceso dándonos su consentimiento.

Por otro lado también, hubo apoyo del personal del servicio de urgencia pediatría (entre ellos la jefe del servicio, las compañeras enfermeras tanto del urgencias como las de servicio de neonatos, considerando los tres turnos) para la realización de éste, ofreciendo su ayuda para continuar los cuidados establecidos en el plan e informando si presentaban algún cambio durante su estancia hospitalaria.

Considero que el modelo con el cual se trabajó a lo largo de este proceso, a pesar de que atiende integralmente a la persona, la familia y los colectivos, es decir, toma en consideración sus dimensiones física, mental, social, psicológica y espiritual, en esta etapa etaria no se pueden valorar todas las necesidades del neonato, como son la necesidad de trabajar y realizarse (pues se involucró tanto a la madre como con el neonato, para valorar esta necesidad), la necesidad de jugar y participar en actividades recreativas, no son valorables debido a la edad, y también debido a su patología, pues el neonato debía permanecer continuamente bajo la luz de fototerapia, sin embargo se trató visualizar las necesidades de la pequeña; por tanto sugiero elaborar instrumentos de valoración más específico

para detectar certeramente las necesidades alteradas en esta etapa etaria (neonatos).

Cuando todas las enfermeras utilizan el proceso de enfermería aumenta la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo.

El uso del proceso de enfermería y de los planes de cuidados permite mejorar la continuidad de éstos. En la medida en que se modifican las necesidades de la persona o se van resolviendo los problemas favorece el cuidado integral.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta B., León B. (2012). Manual del Médico Internos de Pregrado. Ed. Intersistemas. México.

Álvarez G, Arkáute, I. (2004). Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería. Hospital Txagorritxu

American Academy of Pediatrics. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2011; 128:1030-9

Atkinson L., Murray, M, E., (1996). Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Interamericana McGraw Hill México.

Avery G., Fletcher M. (2004). Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido. Ed. Panamericana. México.

Bello N. (2006). Fundamentos de enfermería. Tomo 1. Ed. Ciencias Médicas. La Habana.

Carpenito, L. (2013). Manual de Diagnósticos Enfermeros. Edit. Lippincott Williams & Wilkins

Castro F., Urbina O. (2007). Manual de Enfermería en Neonatología. Edit. Ciencias Médicas. La Habana.

Castro S. Flores R. (2006). Enfermería Geriátrica. Protocolo de cuidado al anciano. Ed. Alianza 3. México.

Collière M. F., (1993). Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Edit. Interamericana, McGraw-Hill.

Doenges M., Moorhouse, M. (2008). Planes de Cuidados de Enfermería. Edit. McGraw Hill Mexico

Fernández Ferrín. Navarro G. (2000). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Ed. Elsevier Masson. España.

García G (2007). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Editorial Progreso, Mexico.

Ledesma M. (2004). Fundamentos de enfermería. Edit. Limosa. México.

Lunney M. Et.al. NANDA Internacional (2009), Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-2011. Ed. Elsevier. México.

Martínez M. L., y Chamorro, E. (2011). Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Segunda edición. Elsevier España, S.L. Barcelona, España.

Marriner T, A., Raile A, M. (2007). Modelos y teorías de enfermería. Elsevier. México.

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.

Parker S. Zuckerman B. (2006). Pediatría del comportamiento y del desarrollo. Barcelona Masson-Little, Brown.

Quesada RC. (2006). "Manual de atención enfermera de úlceras por presión en pediatría". Edit. Difusión Avances de Enfermería (DAE, S. L.) Madrid.

Santiago M., Gómez V. (2006). Temas de Pediatría. Ed. Ciencias Médicas. La Habana.

Wilson, D. (2009). Manual de Enfermería pediátrica de Wong. Edit. Mc Graw Hill México.

X ANEXO 1

Instrumento de valoración

I.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:	Edad:	Talla:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	
Ocupación:	Escolaridad:	Fecha de admisión:
Hora:	Procedencia:	Fuente de información:
Fiabilidad: (1-4)	Miembro de la familia/ persona significativa:	

II.- VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos Subjetivos:

Disnea debido a;	Tos productiva /seca:
Dolor asociado con la respiración:	
Fumador:	
Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional:	

Datos Objetivos:

Registro de signos vitales y características:	
Tos productiva /seca:	Estado de conciencia:
Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal:	
Circulación del retorno venoso:	
Otros:	

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

Datos subjetivos

Dieta habitual (tipo)
Número de comidas diarias

Trastornos digestivos
Intolerancia alimentarias/ Alergias
Problemas de la masticación y deglución
Patrón de ejercicio

Datos Objetivos:

Turgencia de la piel:
Membranas mucosas hidratadas/ secas:
Características de uñas/cabello:
Funcionamiento neuromuscular y esquelético:
Aspecto de los dientes y encías:
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización:
Otros:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos Subjetivos:

Hábitos intestinales:
características de las heces/orina/ menstruación:
Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros:
Uso de laxantes:
Hemorroides:
Dolor al defecar/menstruar/orinar:
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación:

Datos Objetivos:

Abdomen, características:
Ruidos intestinales:
Palpación de la vejiga urinaria:
Otros:

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Datos Subjetivos:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura:
Ejercicio, tipo y frecuencia:
Temperatura ambiental que le es agradable:

Datos Objetivos:

Características de la piel:
Transpiración:
Condiciones del entorno físico:
Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos Subjetivos:

Capacidad física cotidiana:
Actividades en el tiempo libre:
Hábitos de descanso:
Hábitos de trabajo:

Datos Objetivos:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza:	
Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad:	
Posturas:	
Necesidad de ayuda para la deambulación:	
Dolor con el movimiento:	Presencia de temblores:
Estado de conciencia:	Estado emocional:
Otros:	

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Datos Subjetivos:

Horario de descanso:	Horario de sueño:
Horas de descanso:	Horas de sueño:
Siesta:	Ayudas:
Insomnio:	Debido a:
Descansado al levantarse::	

Datos Objetivos:

Estado mental. ansiedad / estrés / lenguaje:
--

Ojeras:	Atención:
Bostezos:	Concentración:
Apatía:	Cefaleas:
Respuesta a estímulos:	
Otros:	

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Datos Subjetivos:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir:
Su autoestima es determinante en su modo de vestir:
Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría:
Necesita ayuda para la selección de su vestuario:

Datos Objetivos:

Viste de acuerdo a su edad:	
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse:	
Vestido incompleto:	Sucio:
Inadecuado:	
Otros:	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

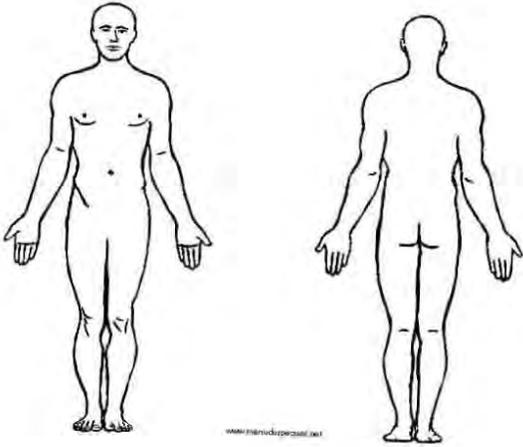
Datos Subjetivos:

Frecuencia del baño:
Momento preferido para el baño:
Cuántas veces se lava los dientes al día:
Aseo de manos antes y después de comer:
Después de eliminar:
Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos:

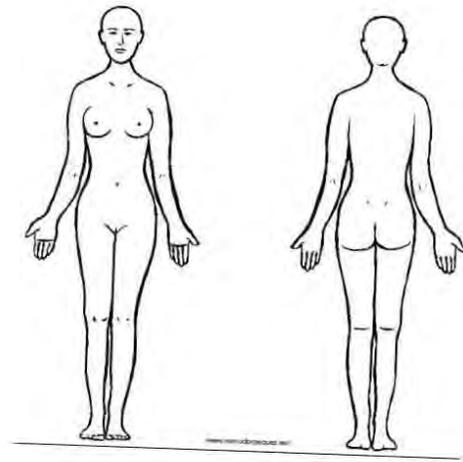
Datos Objetivos:

Aspecto general:	
Olor corporal	Halitosis:
Estado del cuero cabelludo	
Lesiones dérmicas Tipo (Anote la ubicación en el diagrama):	
Otros:	

Masculino:



Femenino:



NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos Subjetivos:

Que miembros componen la familia de pertenencia:	
Cómo reacciona ante situación de urgencia:	
Conoce las medidas de prevención de accidentes:	
Hogar:	Trabajo:
Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona:	
familiares:	
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:	

Datos Objetivos:

Deformidades congénitas
Condiciones del ambiente en su hogar
Trabajo
Otros

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos Subjetivos:

Estado civil:	Años de relación:
Viven con:	Preocupaciones / estrés:
Familiar:	
Otras personas que pueden ayudar:	
Rol en estructura familiar:	
Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado:	
Cuanto tiempo pasa sola:	
Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo:	

Datos Objetivos:

Habla claro	Confuso
Dificultad. visión	Audición
Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas	
Otros	

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos Subjetivos:

Creencia religiosa:
Su creencia religiosa le genera conflictos personales:
Principales valores en la familia:
Principales valores personales:
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:

Datos Objetivos:

Hábitos específicos de vestido.(grupo social religioso):
Permite el contacto físico:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:
Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos Subjetivos:

Trabaja actualmente:	Tipo de trabajo:
Riesgos:	Cuánto tiempo le dedica al trabajo:
Está satisfecho con su trabajo:	
Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia:	
Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega:	

Datos Objetivos:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/ eufórico:
Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos Subjetivos:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre:
Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad:
Recursos en su comunidad para la recreación:
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa:

Datos Objetivos:

--

Integridad del sistema neuromuscular
Rechazo a las actividades recreativas
Estado de ánimo. Apático/aburrido/participativo
Otros
NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos Subjetivos:

Nivel de educación	
Problemas de aprendizaje	
Limitaciones cognitivas	tipo
Preferencias. leer/escribir	
Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad	
Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo	
Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud	
Otros	

Datos Objetivos:

Estado del sistema nervioso:
Órganos de los sentidos:
Estado emocional ansiedad, dolor:
Memoria reciente:
Memoria remota:
Otras manifestaciones:

ANEXO 2. ICTERICIA E HIPERBILIRRUBINEMIA

Para la siguiente información se consultó a los autores Acosta B., y León B. (2012)

Definición y Fisiopatología

La ictericia es uno de los trastornos más comunes en el Recién Nacido (RN), siendo la manifestación clínica de niveles de bilirrubina elevados en sangre que se caracteriza por la coloración amarilla de la piel, mucosas y líquidos.

La bilirrubina es producto del metabolismo de la hemoglobina circulante procedente de la hemólisis de los eritrocitos, la enzima hemoxigenasa oxida al grupo hem ocasionando la ruptura de globina, hierro y protoporfirina; la protoporfirina se transforma en biliverdina y luego en bilirrubina no conjugada (indirecta-liposoluble-). Es transportada en la sangre hasta ser captada por el hepatocito, el cual la metaboliza mediante la UDPG deshidrogenasa convirtiéndola en bilirrubina conjugada (directa-hidrosoluble-); excretada por el aparato digestivo donde colorea las heces y en ocasiones la orina.

Los niveles elevados de bilirrubina (> 17.4 mg/dL a las 96 horas en RN a término) penetran la barrera hematoencefálica (la bilirrubina se transporta en la sangre unida a la albúmina con una relación de 1 gr de albúmina por 8.2 mg/dL de bilirrubina) depositándose en los ganglios basales, lo que causa encefalopatía aguda por bilirrubina (kernícterus) y provoca daño crónico por lo que requiere un reconocimiento precoz para prevenir secuelas.

Cuadro clínico

La ictericia se presenta en 60% de los RN a término y hasta 80% de los prematuros, siendo en la mayoría de los casos fisiológica, aunque puede relacionarse con sepsis, anemia hemolítica, asfixia, cefalohematoma, enfermedades congénitas entre otras.

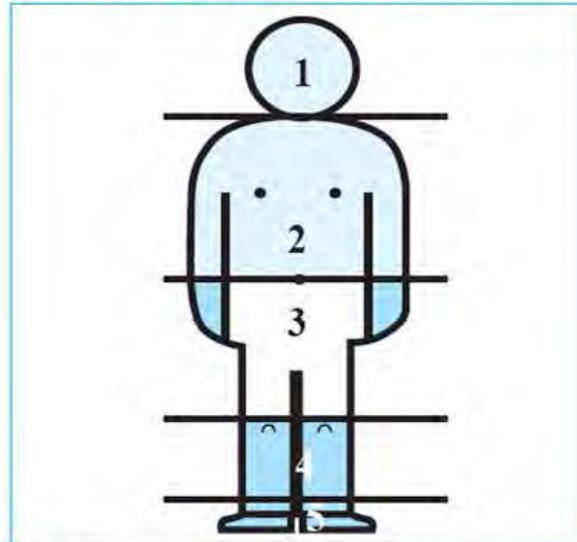
La ictericia puede aparecer al momento del nacimiento u horas después, es importante considerar la edad del RN, si está lactando, la raza, si la elevación es secundaria a bilirrubina directa o indirecta; ya que todo esto dará un cuadro más claro sobre la etiología y el pronóstico.

Las zonas kramer se dividen en: I, cara con niveles <5 mg; II, mitad superior del tronco con niveles de 5-12; III, abdomen con niveles de 8-16 mg; IV, porción proximal de extremidades con niveles de 10-18; V, porción distal de extremidades con niveles >15 mg.

Diagnóstico

Es recomendable que antes del alta hospitalaria todos los RN tengan un nivel de bilirrubina total sanguíneo. Se debe medir en sangre (venosa). Recordar que la ictericia es un signo, por lo que encontrar su etiología indicara pauta terapéutica. Valores anormales requieren evaluación inicial que incluye BH, frotis periférico, reticulocitos, bilirrubina directa y total, así como prueba de Coombs.

Figura # 2. Escala de Kramer modificada



Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello	= <5 mg/dL
Zona 2: Ictericia hasta el ombligo	= 5-12 mg/dL
Zona 3: Ictericia hasta las rodillas	= 8-16 mg/dL
Zona 4: Ictericia hasta los tobillos	= 10-18 mg/dL
Zona 5: Ictericia plantar y palmar	= >15 mg/dL

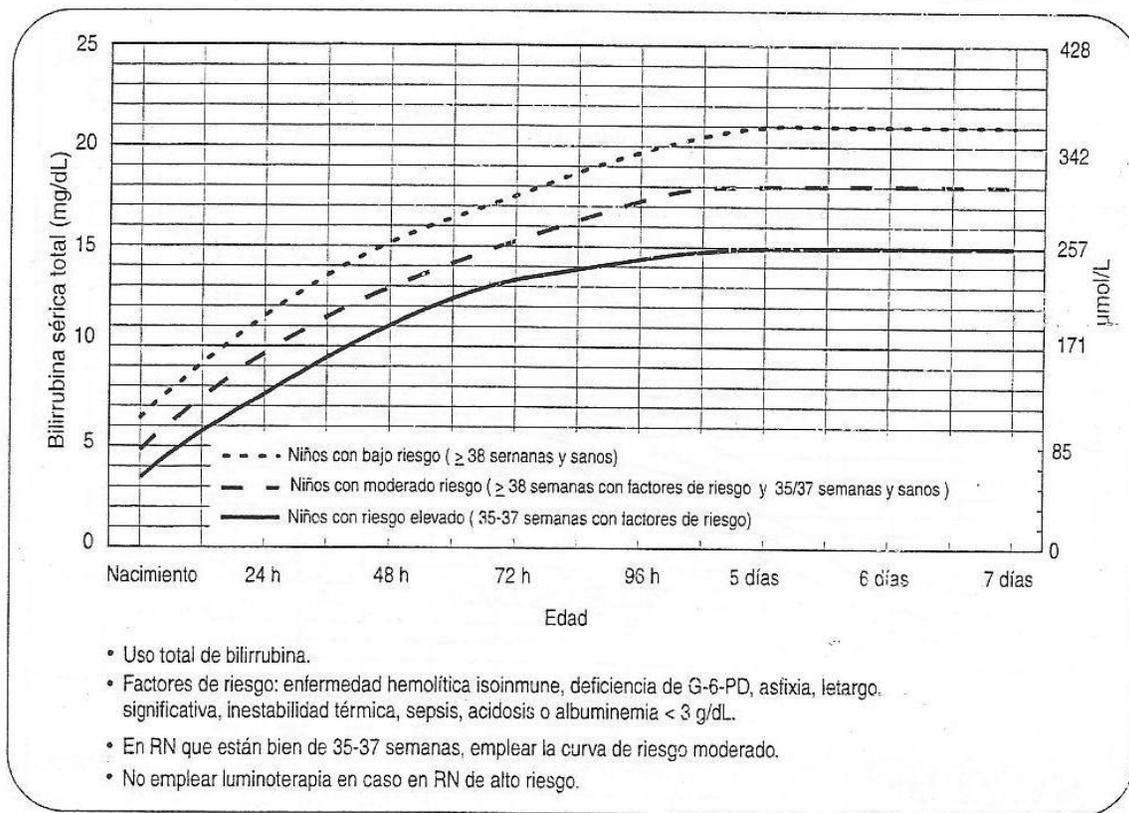
Tratamiento

Los niveles elevados de bilirrubina se tratan agresivamente por el riesgo de desarrollar kernícterus. Las modalidades terapéutica son fototerapia, o en sus casos más severos exanguinotransfusión.

Dependiendo del equipo disponible, en fototerapia se expone al infante a una fuente de luz radiante entre 425-475 nm, a 10-12 cm de distancia (la exposición a luz solar es efectiva aunque presenta riesgo elevado de quemaduras y deshidratación), lo que hace que la bilirrubina no conjugada modifique su estructura liposoluble a una forma hidrosoluble llamada lumirrubina por varios mecanismos de acción que son: Fotoisomeración geométrica, ciclización intramolecular y oxidación, para su excreción por piel, heces u orina. La eficacia de la fototerapia está relacionada con la cantidad del área corporal expuesta a la luz, por ello durante la fototerapia el RN debe estar lo más descubierto. Los ojos deben ser cubiertos con gafas opacas para prevenir daño retiniano. También se cuidara el estado de hidratación, por un incremento de las pérdidas insensibles. La

fototerapia se discontinuará cuando los niveles de bilirrubina disminuyen a una zona de seguridad.

La exanguinotransfusión se realiza con un doble cambio de volumen. Se transfunden 160ml/kg en el RN a término y 160-200 mL/kg para el prematuro. Una indicación para realizar este procedimiento de urgencias es presentar signos de encefalopatía aguda por bilirrubina (hipertonía, opistótonos, fiebre, llanto agudo y retocolis). El procedimiento requiere un centro de tercer nivel con experiencia, ya que se pueden presentar complicaciones (12%) como émbolos, trombosis, inestabilidad hemodinámica, infección, coagulopatía o muerte (1%).

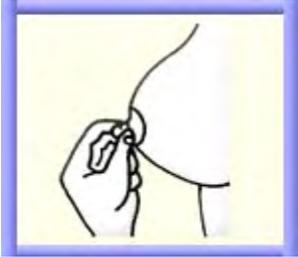


Fuente: Acosta B., León B. (2012). Manual del Médico Internos de Pregrado. Ed. Intersistemas. México.

Preparación de los pezones para la lactancia:

Tomar los pezones entre los dedos índice y pulgar y jalarlos y rotarlos varias veces al día durante todos los días. Se puede utilizar lanolina. Estos ejercicios los tornan más suaves y elásticos y evitan la resequedad.

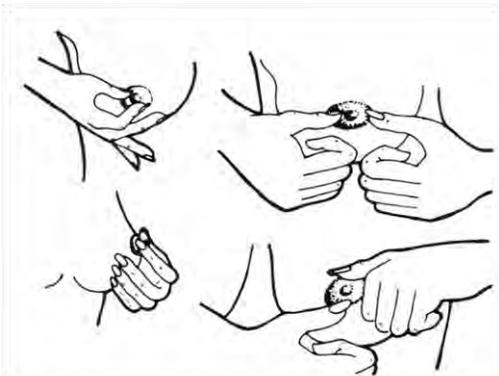
Exponer los senos al aire el mayor tiempo posible diariamente.



Si los pezones están planos o invertidos realizar el siguiente ejercicio durante el embarazo:

Colocar los dedos índices opuestos el uno al otro entre las márgenes de la areola y estirar con suavidad el pezón hacia afuera durante varios minutos dos o tres veces al día.

Si los pezones continúan invertidos después del parto se debe continuar con los ejercicios y el uso de copas de succión, usándolas todo el tiempo entre tetadas hasta que los pezones estén formados.



Usted debe saber que:

- La leche de la madre es de la mejor calidad.
- El tamaño de los senos no tiene nada que ver con la cantidad de leche que se produce.
- Si amamanta a su hijo éste va a crecer sano ya que lo protege contra infecciones.
- Si inicia la lactancia desde la primera hora después del parto, esto favorecerá que la matriz pronto tome su tamaño normal, disminuya el sangrado y se establezca más pronto la bajada de la leche.
- Al dar el pecho estará en mayor contacto con el bebé, lo que le permitirá darle más afecto y atención.
- La leche materna no cuesta, siempre está disponible, a la temperatura ideal, libre de microbios. Es de fácil conservación, por lo que la mujer que trabaja fuera del hogar también puede alimentar a su bebé al seno.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
Y EDUCACIÓN A DISTANCIA



LACTANCIA MATERNA



Elaboró Alonso Zacarías Irene Liliana

“SENO MATERNO”

Primer alimento del bebe

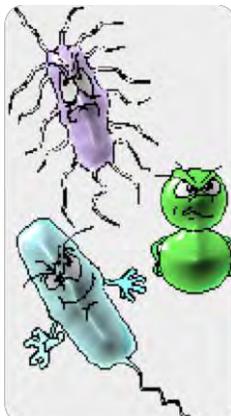
Durante los primeros seis meses de vida



“le proporciona al bebe los nutrientes esenciales (proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas) para un óptimo crecimiento y desarrollo”



La leche materna también contiene anticuerpos que ayudan a proteger a tu bebé contra infecciones: diarrea, infecciones de vías respiratorias, de oídos, entre otros.



Pasos para la alimentación

1.- No olvide lavarse las manos con agua y jabón cada vez que vaya a amamantar. El baño diario o por lo menos el aseo local es suficiente para mantener limpios los pezones.

2.-Esté tranquila y cómoda mientras amamante, se puede dar el pecho sentada o acostada. En caso de darlo sentada, procure tener la espalda recta y coloque una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón.

3.-Cuando el bebé succiona es importante que tome el pezón y parte de la areola, sostenga su pecho con la mano libre en forma de letra C.

4.-El promedio de lactancia es de 20 a 40 minutos en cada pecho durante las primeras semanas, pero se debe respetar la necesidad individual de cada bebé, unos comen despacio y otros un poco más rápido

5.- Para cambiar a su bebé al otro seno, con el dedo índice presione con suavidad la comisura labial del niño para romper el vacío que se forma y el niño suelte el pezón sin lastimarlo

6.-Cuando su hijo termine de comer de un seno, levántelo y apóyelo sobre el hombro, dándole palmaditas en la espalda hasta que elimine el aire ingerido.

7.-La alimentación al seno materno debe ser a libre demanda, es decir cada vez que su bebé pida de comer sin horario estricto. Al bebé no le hace daño tomar leche materna con mayor frecuencia, al contrario, lo alimenta, lo nutre y favorece la producción de más leche.

8.- Es recomendable que al terminar de dar de comer al niño aplique un poco de la leche sobre su pezón a fin de lubricarlo, con ello también se evitan procesos infecciosos en el pecho por el efecto protector de la leche materna

Posiciones para el amamantamiento



Señales que el niño está tomando suficiente leche materna

El bebé orina 6 o más veces en 24 horas.
Evacúa mínimo 4 veces al día (consistencia suelta, con grumos y color amarillo mostaza).
Se queda tranquilo o dormido después de cada tetada.

Crecimiento adecuado.



SIGNOS DEL RECIÉN NACIDO ANTE LOS CUALES LOS PADRES DEBEN CONSULTAR INMEDIATAMENTE:

- *Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal (color azulado, violáceo o palidez).*
- *Dificultad para respirar.*
- *Temperatura axilar fuera del límite de normalidad pautado.*
- *Rechazo del alimento.*
- *Ausencia de deposiciones por más de 72 h.*

- Ausencia de orina por más de 18 h.
- Enrojecido en la zona del cordón umbilical.
- Llanto incoercible.
- Olor desagradable en el cordón umbilical.
- Coloración amarillenta de piel y/o conjuntivas oculares.
- Letargo.



Cuidados del recién nacido



Elaboró Alonso Zacarías Irene Liliana



RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO

Higiene

La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort.

El agua es el único líquido para la higiene que no daña la piel del recién nacido.



- Aplicar cremas, aceites o talcos sobre la piel del recién nacido puede generar reacciones graves por contacto, de manera que su uso está desaconsejado. Los productos a base de alcohol se absorben fácilmente por la alta permeabilidad de la piel y resultan tóxicos para el neonato; se recomienda no utilizar perfumes, colonias ni lociones.

-En caso de usar jabones elegir los que no contienen colorantes, perfumes y con pH neutro.

- Lavar el cabello con agua sola o utilizar el mismo jabón neutro que para el cuerpo



MUÑÓN UMBILICAL

El cuidado del cordón en el hogar es una actividad que los padres realizarán cada vez que cambien el pañal de su hijo.

La higiene se realiza limpiando el cordón con gasa estéril humedecida en alcohol,

Tomándolo desde la punta del muñón o desde el clamp, frotando con movimiento ascendente desde la base hacia arriba en el trayecto de todo el muñón umbilical. Es importante traccionar suavemente del muñón para que en la base la piel se separe del mismo y permita la correcta limpieza por arrastre, para eliminar las secreciones y la humedad.

El muñón umbilical, con el correr de los días va modificando su aspecto resecaándose y endureciéndose hasta caerse; este proceso lleva entre ocho y catorce días. Una vez que se produce la caída hay que continuar con iguales cuidados en el ombligo hasta que cicatrice completamente. El olor fétido, rubor y calor alrededor del cordón o la persistencia del muñón más allá de los 14 días de vida son motivo de consulta inmediata.



