



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN  
NEONATO CON DIAGNÓSTICO DE HIPOGLICEMIA,  
BASADO EN LAS CATORCE NECESIDADES DE  
VIRGINIA HENDERSON**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:**

**VILLARREAL FLORES KARINA**

**No. 308101784**

**CON LA ASESORIA DE LA**

**DRA. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO**



**MÉXICO, D.F.**

**SEPTIEMBRE 2015**



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser mi guía, y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo, por darme vida, salud, inteligencia, entendimiento y la capacidad para llegar hasta este momento y ser lo que soy ahora. Porque gracias a sus bendiciones, siempre he logrado cumplir mis más grandes sueños y metas, porque simple y sencillamente todo es gracias a ti.....mi **señor**

### **A mis padres**

Quienes siempre han estado conmigo en los buenos y malos momentos de mi vida, apoyándome, ofreciéndome y buscando lo mejor para mi persona. Ellos siempre han sido mi gran ejemplo, mi motivación de cada día, todo aquello que me impulso a seguir adelante.

Sus consejos mi mejor guía, su amor, incondicional, lo mejor que pueden regalarme.

Agradecida estoy, por estos padres tan maravillosos que Dios me mando, no los cambiaría por nada del mundo, porque simplemente los amo.

### **A mi hermosa princesa**

Que a pesar de ser pequeña, siempre me escucha y busca la manera de darme su apoyo incondicional, y que siempre encuentra todas las maneras posibles para demostrarme su amor, quien con sus locuras siempre logra sacarme una sonrisa y hacerme feliz.

Te amo mucho hermanita.

### **A mis abuelitas**

Que de una u otra manera siempre me brindaron su apoyo y comprensión, quienes siempre se preocuparon por mí y pusieron un granito de arena para que pudiera lograr mis metas.

Esas hermosas personitas a quienes amo mucho y les debo tanto.

### **A mi profesora Clarissa**

A quien estimo y aprecio mucho, quien siempre ha demostrado ser una gran persona, y que con su apoyo, esmero y dedicación pude concluir una etapa más en mi vida, espero que dios la llene de muchas bendiciones.

### **Y en general...**

A toda mi familia, amigos, maestros, quienes jugaron un papel muy importante en cada etapa de mi vida y quienes me ayudaron a cumplir mis sueños.

**GRACIAS**

## **DEDICATORIAS**

### **A mis padres**

Dedicado con todo mi amor y cariño, fueron el cimiento principal para la construcción de mi carrera profesional, sentaron en mis las bases de responsabilidad y superación, en ellos tengo el espejo en el cual quiero reflejarme por sus virtudes infinitas y su gran corazón, que me llevo a admirarlos más.

Gracias por haber creído en mí y por todos sus esfuerzos realizados para que yo lograra cumplir mis metas.

### **A mi hermana**

Quien siempre me daba miles de motivos para continuar cuando ya no podía más, y que con sus palabras de aliento me impulso a seguir adelante y cumplir todos mis ideales.

### **A mis abuelitos**

Aunque dios los tiene a su lado, pero dejo permanecer conmigo a mi adorada abuelita Raquel, les dedico con todo mi amor, este gran logro, y sé que se encuentran contentos, por verme realizada y satisfecha por mis metas alcanzadas.

### **A mis amigos**

De toda la vida que siempre me dieron miles alegrías, y que realmente supieron ser merecedores de ese gran nombre.

### **A todos**

Los que forman parte de mi vida, y cada uno de ellos juegan un papel muy importante.

**CON TODO MI AMOR**

# ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	3
III. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
IV. MARCO TEÓRICO	
4.1 Conceptualización de enfermería.....	6
4.2 Florence Nightingale.....	8
4.3 Paradigma.....	13
4.4 Definición de Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.....	13
4.5 Virginia Henderson y su modelo de enfermería.....	16
4.6 Proceso de atención de enfermería.....	21
4.7 Patología.....	31
4.7.1 Concepto de hipoglucemia.....	31
4.7.2 Factores de riesgo.....	33
4.7.3 Diagnóstico clínico.....	33
4.7.4 Diagnostico de laboratorio.....	34
4.7.5 Tratamiento.....	34
4.7.5 Monitorización del niño con factores de riesgo para presentar hipoglucemia.....	37

<b>4.7.6 Monitorización del niño con hipoglucemia asintomática</b>	
<b>y sintomática.....</b>	<b>38</b>
<b>4.7.7 Criterios de referencia.....</b>	<b>39</b>
<b>V. APLICACIÓN PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	
<b>5.1 Valoración de enfermería general.....</b>	<b>40</b>
<b>5.2 Clasificación de datos actuales, objetivos, subjetivos.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Jerarquización de diagnósticos.....</b>	<b>45</b>
<b>5.4 Plan de cuidados.....</b>	<b>47</b>
<b>5.5 Plan de alta.....</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	
• <b>Instrumento de valoración de enfermería utilizado por la academia de obstetricia.....</b>	<b>64</b>
• <b>Tríptico “Lactancia materna”.....</b>	<b>76</b>
• <b>Tríptico “Técnicas de amamantamiento”.....</b>	<b>78</b>

# I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta de trabajo muy importante para los enfermeros y enfermeras, esta metodología de trabajo sugiere una serie de pasos que se encuentran relacionados para identificar en un individuo sus necesidades alteradas y de esta manera resolverlas identificando de manera sistémica mediante una valoración adecuada al individuo, de manera integral y holística esto con el fin de mantener un continuo de salud y a si mismo una cultura de autocuidado. Se pueden identificar no solo las necesidades de carácter objetivo si no también las subjetivas ya que el Proceso Atención de Enfermería abarca todas las esferas de la vida de una persona, familia y/o comunidad, y con esto, la corrección y tratamiento de conductas o necesidades que alteran su salud.

Los objetivos del Proceso Atención de Enfermería son:

- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con cada persona o que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

La aplicación del proceso enfermero implica una ejecución de los problemas encontrados en la valoración realizada.

Las etapas del Proceso Atención de Enfermería son:

**\*Recogida y selección de datos (valoración):** Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

\* **Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

\* **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

\* **Ejecución ó intervención:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

\* **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El presente proceso se le realizó al neonato Flores Martínez, quien se encontraba hospitalizado en el servicio de UCIN, del Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez” Se le aplicó una recolección de datos para una adecuada valoración, objetiva (que consistió en una valoración física (céfalo – caudal ), mediante un instrumento de valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Al concluir la estancia hospitalaria, se elaborara un plan de alta de enfermería en el cual no se pretende sustituir el plan de alta médico , si no este se trata de otro plan de alta basado en los cuidados ya brindados en el hospital , así se podrá dar tanto continuidad a los cuidados y algunos procedimientos realizados como por ejemplo la higiene , la movilidad , el cuidado al neonato, educación para el paciente, o para la familia en el caso de los cuidados para un neonato, acerca de lo que va a realizar una vez saliendo de la estancia hospitalaria.

Para lograr los objetivos de este plan de alta se debe aplicar los conocimientos de enfermería acerca del padecimiento, en este caso los cuidados específicos y generales que va a requerir el neonato, una vez que ha sido dado de alta del hospital.

Desde la estancia hospitalaria se debe ir educando a la paciente o a los familiares, para que posteriormente cumpla con el plan de alta de enfermería, a su vez aclarando las dudas e inquietudes en caso de que lo hubiera.

## II. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad el futuro licenciado en enfermería a través de su formación educativa tiene el perfil de proporcionar un cuidado en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo.

En el neonato, es esencial la adquisición de conocimientos y habilidades para brindar cuidado especializado, realizando importantes contribuciones en el actuar de enfermería garantizando una práctica segura y de calidad en procesos mórbidos como es la hipoglicemia teniendo el compromiso de garantizar el cuidado integral del neonato.

Entre 1970 y 74, se registraron en promedio 64 muertes infantiles por cada mil nacimientos en menores de un año.

Debido a mejores condiciones de salud y mayor acceso a servicios, para el año 2000, dicha tasa de mortalidad se redujo a treinta y una por cada mil.

### Afecciones originadas en el periodo perinatal

Constituyen la primera causa de muerte y explican la mitad de las defunciones infantiles. A pesar de ello, su tendencia ha disminuido durante los últimos diez años, ya que entre el 2000 y el 2010 se ha registrado 26% de muertes menos (de 19,394 a 14,337), a pesar de que no ha variado su peso relativo respecto al total. Entre las causas directas que conforman este grupo se encuentran, en orden de importancia, la dificultad respiratoria del recién nacido (4,011 defunciones), la sepsis bacteriana (2,663), los trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y con el bajo peso al nacer (1,268), la asfixia del nacimiento (1,123) y la neumonía congénita (892). La tasa de mortalidad infantil por esta causa, en 2010, se ubica en 746 muertes por cada cien mil nacimientos.

### Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Son la segunda causa de muerte, responsables de la ocurrencia de 6,477 defunciones durante 2010, lo que representa 22% de las muertes infantiles. Su tendencia, en cuanto al número, es relativamente estable, con una cifra entre 6,500 y 7 mil muertes al año durante la década que concluye. Sin embargo, debido a la tendencia descendente de los nacimientos, la tasa crece entre 299 y 336 muertes por cada cien mil nacimientos durante los últimos diez años. En un análisis más detallado, se observa que de las malformaciones congénitas destacan particularmente las del corazón (2, 287 muertes), seguidas por las del sistema osteomuscular (366), las de las grandes arterias (350) y la anencefalia y malformaciones congénitas similares (274).

### Neumonía e influenza

Los problemas respiratorios han sido de las causas que mayor número de muertes ha cobrado entre la niñez, particularmente entre los sectores más desprotegidos. Actualmente, son de los padecimientos que tiene una importante tendencia a la baja respecto al número de muertes, a pesar de que constituyen la primera causa de consulta en los servicios de salud. Prácticamente se ha reducido a la mitad en los últimos diez años: han pasado de 3,530 en el año 2000 a 1,820 en 2010. En este mismo periodo, la tasa se ha reducido de 146 a 94 muertes por cada cien mil nacimientos. De igual forma, ha perdido varios puntos respecto al peso relativo frente al total de la mortalidad infantil (de 9 a 6%). Al interior del grupo de causas destacan la neumonía de origen no especificado (1,183 muertes) y la bronquitis aguda.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

- Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un neonato con diagnóstico de hipoglicemia basado en las catorce necesidades de Virginia Henderson

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar las necesidades alteradas, a través de la valoración realizada para poder actuar ante el neonato, llevando a cabo intervenciones y/o cuidados de enfermería.
- Ayudar al mejoramiento de la salud de nuestro paciente, lograr la prevención del empeoramiento, el mantenimiento de las capacidades existentes y restaurar el mayor grado de función posible.
- Responder a las necesidades del neonato planificando las intervenciones y evaluando programas individualizados apropiados, con la participación de familiares cuidadores y el equipo multidisciplinario de salud.
- Proporcionar cuidados de enfermería a un neonato con hipoglicemia respetando la dignidad y la unidad de la persona, para contribuir a la recuperación de su estado de salud involucrando a la familia.
- Identificar problemas reales y/o potenciales en base a necesidades detectadas.

## IV. MARCO TEÓRICO

### ***4.1 Conceptualización de enfermería***

La enfermería es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados.

Una situación en la cual se requiere de la enfermería es el medio ambiente inmediato de espacio, y realidad temporal, en el cual la enfermera y el paciente establecen una relación para enfrentarse a diferentes estados de salud y ajustarse a cambios en las actividades diarias y en las demandas de adaptación que requiere la situación. La enfermería se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermería, a través de esta comunicación identifican las metas, los problemas e intereses específicos. Las enfermeras exploran los medios para alcanzar un objetivo y se atienen a ellos. Cuando los pacientes participan con los profesionales en el establecimiento de metas, interactúan con las enfermeras para lograr su propósito en casi todas las situaciones. Algunas características de éste concepto en enfermería como proceso de interacciones humanas las cuales están encaminadas a alcanzar las metas, han sido descritas por algunos autores. (Peplau, 1952; Orlando, 1961; Nightingale, 1859; Rogers, 1970; King, 1971; Levine, 1975).

Enfermería según Virginia Henderson

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible.

Según el concepto arriba citado, el objetivo de la acción de enfermería en la conservación o recuperación de la salud es: asistir al paciente y su familia en la satisfacción de las necesidades en que muestran dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad. Desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de ésta (falta de: fuerza, voluntad o conocimiento).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Alfaro-Lefere, Rosalinda (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5ta ed). México Masson

## 4.2 Florence Nightingale (1820-1910)

Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería.



Ella definía la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es no solamente estar bien sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos.

La enfermería, entonces, es tanto ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir, como poder o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

Sostenía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz) componentes que siguen teniendo vigencia al día de la fecha. Y son sustentados en el concepto de enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) cuando definen "la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se presta a personas de todas las edades, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Se rebeló contra los prejuicios de su época y contra su destino de mujer, que debía permanecer en el hogar, y eligió la profesión de enfermera. Su mayor éxito fue su participación en la guerra de Crimea. Un informe suyo acerca de las condiciones de vida de los soldados heridos impulsó al secretario de Guerra Sidney Herbert a enviarla al campo de batalla. Ella y sus compañeras reformaron y limpiaron el hospital, e hicieron caer la tasa de mortalidad de 40% al 2%. Logró realizar su sueño de asistir a los enfermos después de enfrentarse a sus padres y familiares. Su madre Emily y su padre William se oponían a que su hija fuera enfermera, ya que estaba mal visto que una mujer perteneciente a una clase social alta desempeñara una tarea tan "denigrante"; la mujer debía casarse, formar y cuidar su familia. Sin embargo, Florence recibió ayuda de su abuelo materno, quien entendió su vocación por esta profesión, y por otro lado ella misma buscó el apoyo de un amigo de la familia Nightingale, Samuel, médico de profesión.

Nunca se casó; dedicó su vida al servicio del prójimo y de aquellos que más lo necesitaban, buscando la forma de mejorar su salud y en otros casos de hacer más llevaderos sus últimos días. Florence Nightingale es recordada sobre todo por su trabajo como enfermera durante la guerra de Crimea y por su contribución a la reforma de las condiciones sanitarias en los hospitales militares de campo.

### **Florence Nightingale y la enfermería**

Nightingale desarrolló interés por los temas sociales de su época, pero en 1845 su familia se oponía firmemente a la idea de que ella trabajara en un hospital. Hasta ese entonces, el único trabajo de enfermería que había hecho había sido cuidar de parientes y amigos enfermos. Mientras estaba de viaje por Europa y Egipto en 1849, tuvo la oportunidad de estudiar los distintos sistemas hospitalarios.

A principios de 1850, inició su entrenamiento como enfermera en el Instituto de San Vicente de Paul en Alejandría, Egipto, que era un hospital perteneciente a la Iglesia Católica. Nightingale visitó el hospital del Pastor Theodor Fliedner en Kaiserwerth, cerca de Dusseldorf, Alemania en julio de 1850 y regresó a esa ciudad en 1851 para entrenarse como enfermera durante tres meses en el Instituto para Diaconisas Protestantes; y luego de Alemania se trasladó a un hospital en Saint Germain, cerca de París, dirigido por las Hermanas de la Caridad. A su regreso a Londres en 1853, tomó el puesto *ad-honorem* de Superintendente en el Establecimiento para damas en el número 1 de la calle Harley.

Marzo de 1854 trajo consigo el inicio de la Guerra de Crimea que comenzó cuando Rusia invadió Turquía, este último en alianza con Inglaterra y Francia. En respuesta a ello, Sidney Herbert, le pidió a Nightingale que se desempeñe como enfermera administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial era Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, un suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul) con 38 enfermeras, el 4 de noviembre de 1854.

Firme e infatigable se ocupaba de su trabajo con tal criterio, sacrificio, valor, ternura y todo ello con una actitud tranquila y sin ostentación, que se ganaba los corazones de todos aquellos a quienes sus prejuicios de oficiales no les impedían apreciar la nobleza de su trabajo y de su carácter".

En la organización de los servicios hospitalarios, en dos semanas logró montar una cocina para preparar la comida de 800 hombres; una lavandería en donde se desinfectaba la ropa de los pacientes, además dotó a los heridos y enfermos de 10 mil camisas compradas con los donativos que conseguía y de su propio dinero.

"La dama de la lámpara", fue la denominación que le dieron a Florence los hospitalizados, debido a que por las noches recorría las salas con una lámpara.



Aunque ser mujer implicaba que tenía que luchar contra las autoridades militares, fue reformando el sistema hospitalario.

### **Florence Nightingale y la Escuela de Enfermería**

En 1860 abrió la Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el hospital de St. Thomas en Londres, con 10 estudiantes. Era financiada por medio del Fondo Nightingale, un fondo de contribuciones públicas establecido en la época en que estuvo en Crimea. La escuela se basaba en dos principios. El primero, que las enfermeras debían adquirir experiencia práctica en hospitales organizados especialmente con ese propósito. El otro era que las enfermeras debían vivir en un hogar adecuado para formar una vida moral y disciplinada. Con la fundación de esta escuela había logrado transformar la mala fama de la enfermería en el pasado en una carrera respetable. Nightingale respondió a la petición de la oficina de guerra británica y aconsejó sobre los cuidados médicos para el ejército en Canadá y también fue consultora del gobierno de los Estados Unidos sobre salud del ejército durante la Guerra Civil estadounidense.

Casi durante el resto de su vida estuvo postrada en cama debido a una enfermedad contraída en Crimea (para algunos brucelosis, para otros fiebre tifoidea o fiebre de Crimea), que le impidió continuar con su trabajo como enfermera.

No obstante, la enfermedad no la detuvo de hacer campaña para mejorar los estándares de salud; publicó aproximadamente 150 libros. Uno de ellos se tituló "Notas sobre enfermería" (1860). Este fue el primer libro para uso específico en la enseñanza de la enfermería y fue traducido a muchos idiomas. Otras obras publicadas incluyen "Notas sobre los hospitales" (1859) y "Notas sobre la enfermería para las clases trabajadoras" (1861). En 1874 se convirtió en miembro honorífico de la American Statistical Association y en 1883 la Reina Victoria le otorgó la Cruz Roja Real por su labor. También fue la primera mujer en recibir la Orden al Mérito de mano de Eduardo VII en 1907.

### **Aportes a la enfermería**

Sus aportes dentro de la enfermería se consideran en dos niveles, en el ámbito general de la disciplina inició la búsqueda de un cuerpo de conocimiento propio, organizó la enseñanza y la educación de la profesión, inició la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina; y en el ámbito particular organizó la enfermería militar y fue la primera en utilizar la estadística, y el concepto de higiene dentro de la profesión.

Florence Nightingale marcó un hito en enfermería e inscribió para todas las generaciones de enfermeras el concepto de "cuidar de uno mismo, del entorno y al paciente", a través de toda su obra.

Nightingale falleció en Londres, Inglaterra, el 13 de agosto de 1910 a los 90 años.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872011000600017&script=sci_arttext)

### **4.3 Paradigma**

Es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio.

Define y escribe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta a la organización e los modelos y las teorías de una profesión.

El paradigma de enfermería se constituye por cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud y enfermería.<sup>3</sup>

### **4.4 Definición de Henderson y los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.**

#### **PERSONA.**

Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad. La persona se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente.

Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia.

Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia.

Necesita fuerza voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana.

---

<sup>3</sup> PHANEUF, Margot, PH. D. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana 1996.

## ENTORNO.

Henderson no lo define explícitamente. Implica la relación que uno comparte con su familia.

También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidado; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para los individuos incapaces de funcionar independientemente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad.

Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

## SALUD.

Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar como independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano, requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

## ENFERMERÍA / CUIDADO.

Henderson la define como la asistencia fundamental al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevara a cabo estas actividades sin ayuda.

Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o alcanzar una muerte tranquila.

Requiere trabajar de una forma interdependiente 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 éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, esta opinión pionera, que consideraba el programa de licenciatura como el entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965, requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas.

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera – paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece la intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema que desemboca en un cuidado individualizado.

Implica la realización de un plan de cuidados por escrito.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> WESLWY, L. Ruby, Teorías y modelos de enfermería McGraw-Hill Interamericana 2a ed. Pag. 25

#### ***4.5 Virginia Henderson y su modelo de enfermería.***

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921.

En 1926, fue galardonada con el BS y el grado de MA en educación en enfermería por el Teachers College, de la Universidad de Columbia, Nueva York.

Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica.



Fue influida por su educación y práctica enfermera, sus estudiantes y colaboradoras, y por las líderes enfermeras de su tiempo, una gran influencia fue su desacuerdo con la educación básica enfermera de la Army School of Nursing, que destacaba la competencia técnica y la experiencia en los procedimientos de enfermería, contemplando a la enfermería como una extensión de la práctica médica, sin proporcionar modelos de función.

Otros tipos de influencias fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica, así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en Henry Street Settlement de Nueva York.

En 1955, Henderson publicó su definición de enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*.

Como resultado de su trabajo en este libro, Henderson sintió la necesidad de aclarar cuál era la función de las enfermeras de forma unánime.

Su participación como miembro en el comité en una conferencia regional de National Nursing Council, también contribuyó a la necesidad de definir a la enfermería. También se sintió motivada por su insatisfacción con la definición de enfermería de 1955 aportada por la American Nursing Association.

En 1966, Henderson perfiló su definición de enfermería en su libro *The Nature of Nursing*. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física.

Reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera paciente.

Henderson considera más su trabajo como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en que ella formuló sus ideas.

En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos, fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero.<sup>5</sup>

Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila.

La independencia del paciente es un criterio importante para la salud, por ello, Henderson identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades.

Las 14 necesidades de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

---

<sup>5</sup> WESLWY, L. Ruby, *Teorías y modelos de enfermería McGraw-Hill Interamericana* 2ª ed. Pag. 25-27

Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta. Proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

El modelo de enfermería de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teoristas, en el grupo de la enfermería humanística, porque considera a la profesión de enfermería como un arte y una ciencia.<sup>6</sup>

### **Necesidades Básicas de Henderson:**

#### *1.-Necesidad de oxigenación.*

Es la necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico, como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna).

#### *2.-Necesidad de hidratación y nutrición e hidratación.*

Es la necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo y un buen funcionamiento.

#### *3.- Necesidad de eliminación.*

Es la necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo, la necesidad de eliminar comprende la orina, heces, transpiración y espiración pulmonar y la menstruación.

#### *4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.*

Es la necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

---

<sup>6</sup> Henderson A. Virginia, La naturaleza de la enfermedad. 4ª Ed. Editorial Interamericana MC. Graw Hill.

*5.- Necesidad de descanso y sueño.*

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

*6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.*

Es una necesidad de la persona, la cual debe llevar ropa adecuada según las circunstancias (hora del día y actividades), para proteger su cuerpo del rigor del clima (frío, calor, humedad) y permitir la libertad de movimientos.

*7.- Necesidad de termorregulación.*

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

*8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.*

La necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

*9.- Necesidad de evitar peligros.*

La necesidad de la persona de protegerse contra agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

*10.- Necesidad de comunicarse.*

Es la necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas. Comunicarse es un proceso dinámico, verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas con otras.

*11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.*

Es la necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de justicia de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que el convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

*12.- Necesidad de trabajar y realizarse.*

La necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

*13.- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.*

Recrear es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

*14.- Necesidad de aprendizaje.*

Es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Ibidem Pág. 32-51

## **4.6 Proceso Atención de Enfermería**

### **INTRODUCCIÓN.**

El Proceso Atención de Enfermería es un término familiar para el personal de enfermería, ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de la salud a individuos, familia y comunidad.

Este proceso es un sistema basado en reglas y principios científicos, durante la planeación y ejecución de la atención de enfermería a las necesidades y problemas de salud de un individuo, familia y comunidad, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Múltiples autoras han propuesto modelos o teorías para contribuir en el conocimiento científico de enfermería (definición, principios, metas y funciones). Respecto al proceso de atención de enfermería estas difieren en las etapas que lo conforman, tal vez, debido a que con frecuencia se interrelacionan y a veces se sobreponen.

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

El proceso de atención de enfermería tiene su origen en el año de 1955. Lidia Hall empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación básica de su conferencia "La asistencia sanitaria es un proceso", definió el empleo de varias preposiciones que indican una relación y pueden utilizarse para evaluar el grado de calidad del proceso de la asistencia sanitaria. Las preposiciones son: asistencia sanitaria al paciente, para el paciente y con el paciente. Ida Jean Orlando fue una de las primeras autoras que utilizó el término proceso de asistencia sanitaria. Actualmente éste término define el proceso fundamental mediante el cual se satisfacen los propósitos de la asistencia de enfermería.

**CONCEPTO: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas, en las cuales el profesional de enfermería apoyado en modelos y teorías realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona recibida cuidados de calidad. Es un método sistémico y organizado para administrar cuidados individualizados de acuerdo a las necesidades de cada persona o grupo de personas que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

El Proceso Atención de Enfermería, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.

**OBJETIVOS.**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

**CARACTERÍSTICAS.**

El proceso de atención de enfermería se caracteriza por:

- Tener una finalidad: Se dirige a un objeto.
- Ser sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Ser dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Ser interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de salud.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Alfaro- LeFevre R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Masson, Barcelona.

**Valoración:** Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que proporciona atención al paciente<sup>7</sup>

Los datos que se obtienen se enfocan a cinco áreas en particular: biofisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual.

Es a partir de estos datos que la enfermera identifica los diagnósticos de enfermería que dificultan la independencia de las personas para la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales.

Fuentes de información: la obtención de datos se realiza a partir de diversas fuentes de información tales como las fuentes primarias (propiedadmente el paciente) y fuentes secundarias: el expediente clínico, familiares, otros profesionales de la salud, libros, etc.

Para la obtención de datos, las enfermeras recurren a dos fuentes de información:

a) las primeras o fuentes directas. La información la proporciona la persona sana o enferma que requiere de los cuidados profesionales de la enfermera.

b) las secundarias o fuentes indirectas: la información se obtiene a partir de familiares, amigos o integrantes de la comunidad en la que vive y se desarrolla la persona cuidada, así como de otros profesionales, o bien, de libros, artículos, etc.

Las técnicas que se utilizan para la recolección de datos son: la entrevista, la observación y el método clínico:

a) Entrevista.

La entrevista: es la forma en como directamente obtendremos la información. Te encuentras frente a frente con la persona, de acuerdo al estado emocional en que se encuentre, se deberá tranquilizar, iniciar la empatía por parte de enfermería, realizar una escucha activa, estar atento a gesticulaciones, movimientos, expresiones, y sobre todo, infundirle confianza.

b) Observación.

Se define como el proceso de mirar un propósito, esta técnica la conocemos como la inspección de acuerdo al método clínico, en la valoración de la salud mental, lo que vamos a observar son las conductas, aptitudes de la persona. El personal de enfermería debe ser imparcial y objetivo en su observación o inspección.

c) Método clínico (exploración física).

Escalas e inventarios de calificación, instrumentos diseñados para la obtención de datos específicos.

Por Ejemplo: coeficiente intelectual, tipo de personalidad, memoria, procesos del pensamiento, contenidos del pensamiento y juicio.<sup>9</sup>

### **Diagnóstico.**

La segunda etapa del proceso corresponde al diagnóstico de enfermería, el cual consiste en la identificación de las respuestas humanas a los problemas de salud, que las enfermeras en el ejercicio de su profesión, basada en sus conocimientos, experiencia y responsabilidad legal, están capacitadas para tratar de manera independiente, por tanto, el diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

---

<sup>9</sup> Proceso de atención de enfermería. Manuscrito elaborado como parte del material didáctico de la asignatura de Enfermería Fundamental perteneciente al plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO-UNAM.

El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales, reales o potenciales.<sup>10</sup>

De acuerdo a la North American Diagnosis Association (NANDA), describen los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas a tratar.<sup>11</sup>

Así el diagnóstico de enfermería es un proceso de operaciones cognitivas que el profesional lleva a cabo conscientemente para que mediante el procesamiento de datos que ha obtenido en la valoración pueda realizar un juicio clínico detectando la situación de salud o de las necesidades humanas.

Por tanto, la enfermería debe combinar ciertos factores para poder hacer diagnósticos. Partiendo de la intuición (juicio intuitivo) tendrá que combinar los conocimientos teóricos con una cierta habilidad para poder llegar a materializar los enunciados diagnósticos; es decir, tendrá que conjugar una buena aptitud para reunir datos, una capacidad intelectual para analizarlos y confrontarlos con un marco de referencia y por supuesto su experiencia clínica.<sup>12</sup>

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo a sus características, según Carpenito, estos pueden ser:

- Diagnóstico de Bienestar → Es un juicio clínico sobre un individuo, familia, comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar.

---

<sup>10</sup> NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011

<sup>11</sup> Gordon M. (1982). Manual de diagnósticos de enfermería.

<sup>12</sup> Griffith, Janet W & Chirsensen, Paula J (1982). Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, Guías y modelso. México: El manual moderno.

- Diagnóstico Real → Describe un juicio clínico que el profesional ha confirmado por la presencia de características que lo definen y signos o síntomas principales.
- Diagnóstico de alto riesgo o potencial → Describe un juicio clínico sobre que un individuo o grupo es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.
- Diagnóstico posible → Señala un problema que el profesional de enfermería sospecha, pero que necesita recoger más datos para confirmar o descartar su presencia.

Por otra parte el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende de del tipo de diagnóstico:

- Los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte, los de alto riesgo y los posibles constan de dos partes (el problema, relacionado con los factores de riesgo), y el diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes o etiología, signos y síntomas).

Existe una estructura donde el enunciado de un diagnóstico de enfermería, lo podemos realizar en dos y tres partes, según nos enfrentemos a formular un diagnóstico consecuencia de un problema potencial o posible (enunciado en dos partes) o por el contrario, sean a consecuencia de un problema real (enunciado en tres partes).

<b>Formato PES<sup>13</sup> (Gordon 1976)</b>	<b>FORMATO NANDA<sup>14</sup> (1990)</b>
P= problema	Etiqueta diagnóstica
E= etiología	Factores relacionados o factor de riesgo
S= signos y síntomas	Característica definitorias

### **Planificación.**

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Etapas en el Plan de Cuidados.

- Establecer prioridades en los cuidados, selección. Todos los problemas y /o necesidades que puede presentar el paciente.
- Planteamiento de los objetivos de la persona con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Elaboración de las intervenciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos. Determinación de las actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas para hacer realidad los objetivos.

<sup>13</sup> Gordon M. (1982). Manual de diagnósticos de enfermería.

<sup>14</sup>NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011

La planificación es la etapa en la cual la enfermera tomó decisiones acerca de los cuidados que ayudarían a la persona a resolver los problemas que afectaba la autonomía de la persona para satisfacer sus necesidades o bien, a recuperar su salud ante la presencia de enfermedad.

Se buscan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

En ésta etapa se determina que cuidados específicos requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior. Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuáles son las actividades para su logro, así como el establecimiento de los criterios de resultado para cada objetivo.

En las situaciones de urgencia, es recomendable que el profesional reconozca la utilización de planes de cuidados estandarizados o necesarios en cada problema los protocolos válidos y reconocidos (atención en pacientes con ansiedad, etc.)

La planificación de cuidados exige al profesional de enfermería un gran esfuerzo de síntesis y relación para determinar la gravedad o la afectación del problema, de los recursos de los que dispone y del tiempo necesario para lograr la recuperación del paciente. En muchas ocasiones, se planificaran actividades que logren varios objetivos a la vez y en otras ocasiones se planificaran para el logro de un solo objetivo.

### **Ejecución.**

La ejecución es la cuarta fase del proceso atención de enfermería, es la aplicación práctica de la planificación. Una vez que se han identificado los problemas y capacidades, se ha orientado un plan de acción o plan de cuidados y se ponen en prácticas las estrategias terapéuticas.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente, es decir, hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y de los cuidados.

Es el cómo se realizan las actividades (como se administra el oxígeno, como se canaliza una vía, etc.).

- ✓ Qué orden de intervención se realiza ante una situación determinada.
- ✓ Quien realiza la acción en cada momento
- ✓ Que material se debe de utilizar.
- ✓ Como se coloca al paciente.

A su vez, la ejecución considera diferentes etapas:

- Valorar situación actual y garantizar la seguridad de todos. (medidas de seguridad del paciente y los profesionales).
- Aplicar los protocolos e intervenciones que se han identificado en la planificación, aplicando ´plan de cuidados estandarizados y/o protocolo de actuación inmediata.
- Registrar los datos derivados de las respuestas humanas, como consecuencia de la ejecución de las intervenciones planificadas.

Todas las actuaciones tienen que estar suficientemente justificadas, y además, corresponder a la situación que hemos detectado. Todas las actuaciones deben quedar perfectamente registradas para que puedan evaluarse y sobre todo contabilizar.

## **Evaluación.**

Se trata de comparar la respuesta de la persona, familia o comunidad y determinar si han conseguido los objetivos establecidos. Se miden los parámetros establecidos en los criterios de resultado- parámetro de medición- estándar e indicadores.<sup>15</sup>

La utilización de criterios de resultados y objetivos y la identificación de indicadores centinela para una actuación inmediata en caso de fracaso terapéutico, son los parámetros de ésta etapa: (que signos son negativos y positivos en la evaluación de un paciente al que se le ha administrado un fármaco; grado en que un paciente está consiguiendo superar el problema o nivel de intervención de enfermería requerido, etc.). Es decir, es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud el paciente y los resultados esperados, se evaluara el logro de los objetivos, examinando y entrevistando al paciente sobre su estado actual.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente, y sobre todo la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante esta proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; par el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como la profesionalidad.

Los beneficios para el paciente son: participación en su propio cuidado, continuidad en la atención, y mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera: se convierte en experta, obtiene satisfacción en el trabajo y crecimiento profesional.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Griffith, Janet W & Chirsensen, Paula J (1982). Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, Guías y modelos. México: El manual moderno.

<sup>16</sup> Henderson A. Virginia, La naturaleza de la enfermedad. 4<sup>a</sup> Ed. Editorial Interamericana MC. Graw Hill.

## **4.7 Patología**

### **4.7.1 Concepto de hipoglucemia.**

La hipoglucemia es una alteración frecuente en el hijo de madre diabética y se presenta en 18 a 49% de los casos. El grado de hipoglucemia neonatal depende de dos factores: a) control de la glucosa durante la segunda mitad del embarazo, que en caso de ser inadecuado, causa hiperplasia de las células betas del páncreas fetal, (el cual en el momento del nacimiento responde con un incremento en la liberación de insulina); b) control de la glucosa durante el trabajo de parto y parto, la cual debe monitorizarse cada hora y mantenerse entre 60 y 110 mg / 100 ml. Al momento del nacimiento se interrumpe el aporte de glucosa, y a causa del hiperinsulinismo neonatal, disminuye la concentración de dicho azúcar.

Se define a la hipoglucemia como valores de glucosa sérica menores de 45 mg/ 100 ml. Clínicamente la hipoglucemia puede presentarse en forma sintomática o asintomática. Entre los síntomas descritos, se encuentran temblores, cianosis, convulsiones, apnea, hipotonía, respiraciones irregulares, letargia, dificultades en la alimentación, hipotermia o inestabilidad de la temperatura, reflejo de Moro exagerado, irritabilidad, llanto agudo, cambios del estado mental, como, episodios de vómito, taquipnea, bradicardia y movimiento oculares anormales.

La importancia de un manejo adecuado de la hipoglucemia radica en evitar secuelas neurológicas. En todo hijo de madre diabética debe monitorizarse las cifras de glucosa y si no existe contraindicación, se inicia tempranamente la vía oral con leche humana, fórmula o solución glucosada al 5%. La monitorización debe realizarse con tiras reactivas en las primeras dos horas de vida, y repetirse antes de cada alimento en las primeras 24 horas de vida. En aquellos pacientes que se encuentran en ayuno, la glucosa se debe monitorizar a las 4-6, 18 y 24 horas de vida o en cualquier momento en que se presenten datos clínicos.

Como medida práctica la monitorización puede suspenderse después de 2 o 3 valores de normoglucemia. Si con tiras reactivas los valores se encuentran por debajo de 45 mg/ 100 ml, se debe obtener una muestra sanguínea para confirmar el

diagnóstico de hipoglucemia, e instituirse tratamiento una vez que el diagnóstico se ha confirmado.

En las primeras horas después del nacimiento, los neonatos con síntomas leves, como cianosis, temblores, respiraciones irregulares, taquipnea o hipotonía deben ser alimentados con leche humana, fórmula o solución glucosada al 5% y las mediciones de glucosa se repiten 30 a 60 minutos más tarde.

En los neonatos sintomáticos con episodios de convulsiones, irritabilidad, dificultad en la alimentación o coma se debe iniciar una infusión de glucosa a 6-8 mg / kg – min, y su monitorización deberá realizarse a intervalos de cada 1 a 2 horas para asegurarse de que la glucemia se ha corregido. Si la hipoglucemia persiste, se deben incrementar, los valores, no más de 2 mg/ kg- min en un intervalo de 1 a 2 horas. Si aun así persiste, con niveles de infusión de 10-12 mg/Kg-min o por más de 2 o 3 días, se deben descartar otras endocrinopatías Y ESTA indicado iniciar con el manejo de prednisona (2 mg/Kg-día) o hidrocortisona (5 mg/Kg-día).

Prevención primaria.

Como medidas de prevención primaria de la hipoglucemia neonatal transitoria se recomienda:

- Favorecer al nacimiento, contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido.
- Iniciar la alimentación dentro de los primeros 30 a 60 minutos de vida.
- Alimentar a libre demanda y reconocer el llanto como signo de hambre.
- No ofrecer agua, solución glucosada ni leche diluida para alimentar al recién nacido.
- Alimentar frecuentemente al recién nacido que recibe lactancia materna (10 a 12 veces en 24 horas en los primeros días después del nacimiento).



#### **4.7.2 Factores de riesgo.**

Se recomienda monitorización de la glicemia en los recién nacidos con los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes de madre con diabetes mellitus durante el embarazo o ingestión de betabloqueadores o hipoglucemiantes orales.
- Prematurez.
- Peso bajo para edad gestacional.
- Peso grande para la edad gestacional.

#### **4.7.3 Diagnóstico clínico.**

Investigar la posibilidad de hipoglucemia en el RN que manifieste:

- Irritabilidad.
- Llanto anormal.
- Letargia.
- Estupor.
- Crisis convulsivas.
- Coma.
- Hipoactividad.
- Hiperreactividad.
- Hipotonía.
- Temblores.
- Disminución de la succión.
- Vómito.
- Diaforesis.
- Respiración irregular.
- Taquipnea.
- Apnea.
- Cianosis.

Aunque el niño no manifieste signos y síntomas de hipoglucemia, se debe realizar el diagnóstico de ésta entidad y proporcionar tratamiento para corregirla, en aquellos recién nacidos que presenten niveles sanguíneos de glucosa por debajo de 45 mg/el.

#### **4.7.4 Diagnóstico de laboratorio.**

La monitorización del RN con hipoglucemia (asintomática o sintomática) o con factores de riesgo para presentarla, debe realizarse en la cama del paciente mediante la determinación de los niveles de glucosa periférica con tiras reactivas (dextrostix o glucometría).

En cada ocasión en que se detecte un valor inferior a 45 mg/dL de glucosa periférica con tira reactiva (dextrostix o glucometría) deberá tomarse una muestra sanguínea por punción venosa para verificar en el laboratorio el nivel real de glucosa (glucosa central). Sin embargo el tratamiento debe iniciarse inmediatamente con base al resultado de la glucosa periférica.

Los RN con hipoglucemia neonatal transitoria no requieren estudios de laboratorio ni gabinete adicionales.

#### **4.7.5 Tratamiento**

Tratamiento de la hipoglucemia asintomática.

Es recomendable ofrecer tratamiento para normalizar los niveles de glucosa en los recién nacidos.

2.- Si mediante tira reactiva los niveles de glucosa periférica se encuentran entre 27 mg y 45 mg.

a) Tomar muestra sanguínea por punción venosa y corroborar los niveles de glucosa en el laboratorio (glucosa central).

b) Ofrecer inmediatamente (no esperar el resultado de la glucosa central) alimentación al seno materno y posteriormente cada hora (aunque el recién nacido

no manifieste hambre). Si el RN no puede recibir seno materno de manera adecuada suplementar con sucedáneo de leche materna cuyo volumen se ajustara con base al peso y se ofrecerá cada 3 horas.

3.- si mediante tira reactiva los niveles de glucosa periférica se encuentran por debajo de 27 mg/dL ( $< 1.5$  mmol/ molL):

- a) Tomar muestra sanguínea por muestra sanguínea por punción venosa y corroborar los niveles de glucosa en el laboratorio (glucosa central).
- b) Indicar infusión de glucosa intravenosa para proporcionar una infusión de glucosa kilo minuto (GKM) de 6 mg/kg/min.
- c) No suspender la alimentación enteral.

4.- Si el tratamiento inicial fue ofrecer únicamente alimentación enteral y con ello no se normalizó la glucosa, se recomienda:

- a) Indicar infusión de glucosa intravenosa con líquidos a 80 ml/kg/día para proporcionar una infusión de glucosa kilo minuto de 6 mg/kg/min.
- b) No suspender la alimentación enteral.

5.- Se sugiere que, en los recién nacidos con hipoglucemia asintomática que requieren tratamiento con soluciones intravenosas, el volumen de leche materna o sucedáneo de leche materna sea de 10 a 15 ml/Kg/día, las pautas para disminuir tanto el aporte intravenoso de glucosa como de la vía oral, serán las mismas que se señalen para el tratamiento del RN con hipoglucemia sintomática.

#### Tratamiento de la hipoglucemia sintomática

1.- para el manejo de la hipoglucemia sintomática se recomienda:

- a) Tomar muestra sanguínea por punción venosa y corroborar los niveles de glucosa en el laboratorio (glucosa central).
- b) administrar solución glucosada al 10% intravenosa en bolo:

- Si el paciente presenta crisis convulsivas administrar 4 ml/Kg (400 mg/Kg).
- Si el paciente no presenta crisis convulsivas administrar 2 ml/Kg (200 mg/Kg).

c) Inmediatamente después de administrar el bolo establecer infusión continua de glucosa intravenosa de mantenimiento con GKM de 6 mg/Kg/min.

d) si las decisiones clínicas lo permiten, continuar la alimentación oral con leche materna o sucedánea de leche materna en volumen de 10 a 15 ml/Kg/día.

2.- Si después de la administración del bolo y de las soluciones intravenosas con GKM de 6 mg cedieron los síntomas pero persiste la hipoglucemia, se deberá incrementar la infusión de glucosa 2 mg/Kg/min cada hora hasta un máximo de 12 mg/Kg/min.

3.- Cada vez que se detecte hipoglucemia sintomática se deberá administrar bolo de solución glucosada al 10% y simultáneamente incrementar la glucosa kilo minuto 2 mg/Kg/min cada hora hasta un máximo de 12 mg/KG/min.

4.- Cuando se requiere infusión de glucosa kilo minuto mayor de 10 mg se sugiere administrarla a través de un acceso venoso central y mediante equipos electro médicos de volúmenes medidos (bomba de infusión).

5.- Disminuir el tratamiento intravenoso con glucosa cuando:

- a) La glucosa se haya mantenido en valores normales durante 12 horas continuas.
- b) El RN tolere la vía oral.

6.- Para evitar hipoglucemia de rebote, reducir paulatina y gradualmente el tratamiento intravenoso con glucosa hasta suspenderlo. Se sugiere incrementar el volumen por vía oral en la misma cantidad en que se reduce el aporte intravenoso.

7.- Se recomienda que la disminución en el aporte de GKM sea a una velocidad de 2 mg/Kg/min.

#### **4.7.5 Monitorización del niño con factores de riesgo para presentar hipoglucemia**

1.- El RN de término sin factores de riesgo no requieren monitorización de los niveles de glucosa.

2.- En los RN con factores de riesgo para presentar hipoglucemia neonatal transitoria, realizar la primera monitorización de glucosa a las 2 horas de vida extrauterina (después de haber recibido la alimentación inicial), posteriormente cada 3 horas preprandialmente.

3.- En relación a la duración de la monitorización de la glucemia en los neonatos con factores de riesgo se recomienda:

- En los recién nacidos prematuros (RNPT) y en los pequeños para edad gestacional (RN PBEG), realizarlas durante las primeras 36 horas de vida extrauterina. Se sugiere intervalos de 3 horas durante las primeras 12 horas y posteriormente cada 6 horas.
- En grupos de riesgos diferentes A LOS RNPT y RN PBEG monitorizar durante las primeras 12 horas de vida extrauterina. Se sugieren intervalos de cada 3 horas.
- En todos los casos la monitorización deberá ser preprandial.
- La monitorización se suspenderá siempre y cuando la tolerancia a la vía oral sea completa y los niveles de glucosa se reporten como normales.

4.- Cuando se detecte hipoglucemia en un niño con factores de riesgo, la monitorización seguirá llevándose a cabo de acuerdo a las pautas que se recomiendan para los RN con hipoglucemia sintomática o asintomática.

5.- Independientemente del plan de monitorización establecido se debe realizar determinación de la glucosa con tira reactiva, en cualquier momento que el RN presente síntomas sugestivos de hipoglucemia.

#### **4.7.6 Monitorización del niño con hipoglucemia asintomática y sintomática**

1.- En el niño con hipoglucemia asintomática se deberá monitorizar el nivel de glucosa 60 minutos después de haber ofrecido la alimentación enteral o 30 minutos después de iniciada la terapia intravenosa.

2.- Cuando el tratamiento de la hipoglucemia asintomática fue mediante la vía oral exclusivamente se recomienda suspender la monitorización después de 4 determinaciones consecutivas (con intervalo de 3 horas) de glucosa normal.

3.- Los RN con hipoglucemia asintomática que requirieron manejo con soluciones parenterales se monitorizaran siguiendo las pautas que se sugieren para el niño con hipoglucemia sintomática.

4.- Cada vez que se utilice bolo de solución glucosada al 10% en un niño con hipoglucemia sintomática, la glucosa debe monitorizarse 30 minutos después de su administración para verificar la respuesta al tratamiento.

5.- Si en la monitorización post bolo se detecta que el RN continua con hipoglucemia pero sin síntomas, la monitorización deberá realizarse cada hora (después de haber realizado el incremento en el aporte intravenoso de glucosa kilo minuto) hasta que los niveles de glucosa sean normales.

6.- Si en la monitorización post bolo se detecta que la glucosa se normalizó nuevamente una hora y posteriormente cada 6 horas si continua con resultados normales.

7.- Se recomienda interrumpir la monitorización con tiras reactivas cuando, después de haber suspendido el tratamiento con soluciones intravenosas con glucosa, se detecten 3 determinaciones consecutivamente normales (con intervalo de 6 a 8 horas entre cada una de ellas).

#### 4.7.7 Criterios de referencia

1.-Si a pesar del tratamiento apropiadamente instaurado, en cualquier momento de la evolución el paciente persiste con hipoglucemia durante 3 determinaciones consecutivas, se recomienda indicar referencia a tercer nivel de atención.

2.-Referir al RN a tercer nivel si presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Persistencia de la hipoglucemia a pesar de recibir aporte de glucosa kilo minuto de 10 mg/Kg/min.
- Reparición de hipoglucemia al disminuir de manera apropiada el aporte de glucosa kilo minuto.

Se recomienda referencia a tercer nivel cuando exista hipoglucemia asociada a:

- Antecedente familiar de muerte neonatal súbita o síndrome de Reye.
- Crisis convulsivas o alteración del estado de conciencia asociadas a la hipoglucemia.
- Alteraciones de la termorregulación.
- Defectos de la línea media.
- Exoftalmos.
- Micropene.
- Hipoglucemia severa o persistente, recurrente o tardía.<sup>17</sup>



---

<sup>17</sup> Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal transitoria. Guía de práctica clínica. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-442-11

## V. Aplicación Proceso Atención de Enfermería

### 5.1 Valoración de enfermería general.

#### *Exploración física general céfalo caudal*

##### **Signos vitales**

Frecuencia respiratoria: 52 x´

Frecuencia cardíaca: 140 x´

Tensión arterial: 85/50

Temperatura 38.1 °C

##### **Somatometria**

Peso al nacer: 3,955 gr

Talla al nacer: 50 cm

Peso actual: 3,740 gr

Talla actual: 52 cm

Neonato masculino, de 20 días de vida extrauterina, en incubadora hipertermico, activo reactivo a estímulos, con suturas afrontadas con cierto grado de cabalgamiento, ojos simétricos, con apertura ocular espontanea, labio y paladar íntegros, buena coloración de tegumentos, mucosas orales hidratadas, con reflejo de succión y deglución presente, débil, tolerando vía oral, tórax simétrico campos pulmonares ventilados, abdomen blando depresible a la palpación, muñón umbilical el proceso de momificación, limpio, seco, sin datos de infección, genitales externos fenotípicamente masculinos con testículos descendidos, ano permeable, micción y evacuación espontanea, miembros pélvicos sin compromiso neurovascular aparente.

## 5.2 Clasificación de datos actuales, objetivos, subjetivos

### 1- NECESIDAD: OXIGENACIÓN

#### DATOS OBJETIVOS:

- Frecuencia respiratoria 52 rxm
- Quejido espiratorio ausente.
- Respiración nasal ausente.
- Retracción costal ausente.
- Retracción esternal ausente.
- Concordancia toracoabdominal: expansión de ambos en la inspiración.
- Monitorización saturación O2 al 100%

### 2- NECESIDAD: ALIMENTACION E HIDRATACION

#### DATOS OBJETIVOS:

- Glicemia 20mg/dL.
- Piel rosada e hidratada.
- Uñas limpias y rosadas.
- Mucosas orales hidratadas.
- Labios rosados.
- No hay presencia de anorexia
- Vomito ausente.
- No hay presencia de distensión abdominal.
- Alimentación vía oral.
- No hay presencia de edema.

### 3- NECESIDAD: ELIMINACION

#### DATOS OBJETIVOS:

- Abdomen normal, blando, depresible.
- Presencia de eliminación intestinal aproximadamente cada 8 horas.
- Código de evacuaciones:
- Eliminación urinaria espontanea.
- Orina características normales.
- No hay presencia de secreciones.

### 4- NECESIDAD: MOVIMIENTO Y MANTENER BUENA POSTURA.

#### DATOS OBJETIVOS:

- Movimientos de acuerdo a su edad.
- Presencia de fuerza muscular.
- Postura adecuada acostada.
- Presencia de coordinación voluntaria.

### 5- NECESIDAD: DESCANSO Y SUEÑO.

#### DATOS OBJETIVOS:

- No hay presencia ni postura de cansancio.
- No hay presencia de temblor en las manos.
- No hay presencia de irritabilidad.

## 7- NECESIDAD: TERMORREGULACION

### DATOS OBJETIVOS:

- Presencia de eritema.
- No hay presencia de diaforesis.
- No hay presencia de escalofríos.
- Piel caliente.
- Utilización de incubadora.

## 8- NECESIDAD: MANTENER HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

### DATOS OBJETIVOS:

- La higiene general es buena.
- No hay palidez de tegumentos.
- Piel hidratada.
- No hay presencia d ictericia.
- Heridas, úlceras y hematomas ausentes.
- No hay pérdida de la integridad cutánea.

## 9- NECESIDAD: EVITAR PELIGROS EN EL ENTORNO.

### DATOS OBJETIVOS:

- Días de hospitalización : 20
- No hay presencia de tensión muscular.
- No hay presencia de llanto continuo.
- No hay presencia de crisis convulsivas.
- Conducta normal acorde a la edad.

- No hay exposición a procedimientos invasivos.
- La cama tiene barandales de protección.
- Frecuencia cardíaca 140 x´.

10- NECESIDAD: COMUNICACIÓN.

DATOS OBJETIVOS:

- Reflejos presentes.

### 5.3 Jerarquización de Diagnósticos

Necesidad alterada	Evidencias (signos y síntomas)	Diagnóstico
Nutrición	<p>Dx. médico al nacer: hipoglucemia, posteriormente tuvo variaciones en los niveles de glucosa.</p> <p>Diabetes gestacional en la madre.</p> <p>El neonato se resiste a la ingesta de alimentación por biberón, ya que en cada toma se queda dormido y a la hora de succionar, devuelve gran parte de la formula ingerida.</p> <p>Débil reflejo de succión</p>	<p>Alteración en la necesidad de nutrición</p> <p>R/C problema metabólico</p> <p>M/P variación de glicemia capilar de 20- 80 mg/dL.</p>
Termorregulación	<p>El neonato se encuentra dentro de la incubadora, con presencia de eritema y piel caliente.</p> <p>Tuvo variación de la temperatura, 38.1°C hasta 38.9°C.</p>	<p>Termorregulación ineficaz</p> <p>R/C humedad de la incubadora, M/P eritema y piel caliente al tacto.</p>
Evitar peligros	<p>Debido a la constante manipulación del neonato para la toma de signos vitales, cambio de pañal, dar alimentación, cambio de posición, etc., no solo por parte del personal de salud, sino también por parte de los familiares, quienes la mayoría de las veces no reciben educación para la salud, no toman la medidas de seguridad necesarias, y el</p>	<p>Riesgo de caídas R/C edad &lt; a 2 años.</p>

	neonato podría sufrir un caída, inclusive mortal, además de que, por obvias razones (edad) el neonato no puede prevenir su propia caída.	
Eliminación	Abdomen blando depresible a la palpación, presencia de eliminación intestinal, aproximadamente cada 8 horas, evacuaciones normales, uresis espontanea, con características normales.	Motilidad gastrointestinal eficaz R/C presencia de eliminación intestinal cada 8 horas M/P abdomen blando depresible.
Comunicación	Tanto madre e hijo, se notan contentos, tranquilos, al mantener un vínculo afectivo.	Comunicación efectiva, binomio madre-hijo R/C apego M/P facies de tranquilidad del neonato, ambiente de paz, felicidad en la madre.

## 5.4 Plan de cuidados

### Necesidad: Nutrición

**DX.** Alteración en la necesidad de nutrición R/C problema metabólico M/P  
variación de la glucosa en sangre 20 – 80 mg/dL

**Objetivo:** Mantener una glucosa en sangre dentro de los parámetros normales (40- 65 mg/dL).

Intervenciones	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavado de manos en sus cinco momentos:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Antes del contacto con el paciente.</li><li>2.- Antes de realizar una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo.</li><li>3.- Después del contacto con fluidos corporales.</li><li>4.- Después del contacto con el paciente.</li><li>5.- Después del contacto con objetos del entorno del paciente.</li></ol></li><li>• Toma de glucosa en sangre pre y postprandial, registrar en hoja de enfermería y reportar al médico, si aumenta o disminuye.</li><li>• Verificar prescripción médica y registrar el dato.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.</li><li>• Es la medida del nivel de glucosa. De esta manera se puede saber si la glicemia es correcta, elevada o baja, lo que permitirá tomar decisiones para mejorar el control.</li><li>•</li><li>•</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Dar formula de inicio al neonato, 30 ml. cada 3 horas.</li><li>• Sacar el aire al neonato después de cada toma.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La leche materna o formula, proporcionan la energia y los nutrientes para mantenerse sanos.</li><li>• Ayuda a un buen vaciamiento gástrico.</li></ul>
---	---

**Evaluación:** El neonato se mantuvo con glucosa en sangre de 60 mg / dL durante 4 horas, tolerando la vía oral con agrado.

**Necesidad: Termorregulación.**

**DX.** termorregulación ineficaz R/C humedad de la incubadora M/P eritema y piel caliente al tacto.

**Objetivo:** Mantener la temperatura del neonato dentro de los parámetros normales 36.6 ° - 37.8 °C.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavado de manos en sus cinco momentos:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Antes del contacto con el paciente.</li><li>2.- Antes de realizar una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo.</li><li>3.- Después del contacto con fluidos corporales.</li><li>4.- Después del contacto con e paciente.</li><li>5.- Después del contacto con objetos del entorno del paciente.</li></ol></li> <li>• Vigilar la temperatura del recién nacido, registrar en la hoja de enfermería y reportar alguna eventualidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.</li> <li>• La estabilidad de la temperatura corporal es expresión de un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida de calor.  El recién nacido, tiene mayor facilidad para enfriarse que en etapas posteriores de la vida.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el color y temperatura de la piel.</li>   <li>• Observar si hay excesiva humedad en la piel, de ser así, mantener seco al neonato.</li>   <li>• Favorecer una ingesta adecuada de leche o fórmula.</li>   <li>• Ajustar la temperatura de la incubadora de acuerdo a las necesidades del neonato. (36.2°).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La piel realiza una función importante en el mantenimiento de la temperatura corporal gracias a la acción de las glándulas sudoríparas y de los capilares sanguíneos</li>   <li>• La humedad excesiva en estas áreas hace que problemas como el enrojecimiento, la descamación, la irritación y las candidiasis sean probables.</li>   <li>• El agua es esencial para la vida y mantener la hidratación es importante para la salud física y mental. El cuerpo humano está constituido en gran medida por agua.</li>   <li>• La incubadora funciona casi como un “útero artificial”, creando un ambiente óptimo para el recién nacido.</li> </ul>
--	--

**Evaluación:** El neonato se mantuvo con la temperatura corporal dentro de los parámetros normales (36.6 ° a 37° C.)

**Necesidad: Evitar peligros en el entorno.**

**DX.** Riesgo de caídas R/C edad < 2 años.

**Objetivo:** El neonato no presentará ninguna caída, gracias al uso adecuado de los dispositivos de seguridad y a las precauciones tomadas, por parte del personal de enfermería y familiares.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavado de manos en sus cinco momentos:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Antes del contacto con el paciente.</li><li>2.- Antes de realizar una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo.</li><li>3.- Después del contacto con fluidos corporales.</li><li>4.- Después del contacto con e paciente.</li><li>5.- Después del contacto con objetos del entorno del paciente.</li></ol></li> <li>• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.</li> <li>• La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas. factores socioeconómicos tales como pobreza, hacinamiento en el hogar, monoparentalidad, y corta edad de la madre.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.</li> <li>• Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir dichos riesgos.</li> <li>• Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebe en la incubadora, si procede.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una ambiente, en buenas condiciones, ordenado, y con todos los recursos para la prevención de caídas, siempre nos ayudara a evitar, dicho riesgo.</li> <li>• La participación de las familia en la prevención de caídas es muy importante, ya que ellos son los que pasarán mayor tiempo con el bebé, y mientras se encuentre hospitalizado, es importante, que la familia al igual que el equipo multidisciplinario de salud, utilice y ponga en practica las medidas de seguridad para evitar el riesgo de caídas.</li> <li>• Aunque los paneles de la incubadora, suelen ser pequeños, deben dejarse cerrados, para evitar que el bebe pueda hacerse daño, e incluso caerse.</li> </ul>
---	---

**Evaluación:** El neonato no presentó ninguna caída gracias a la implementación y practica de las medidas de seguridad por parte del personal de salud y familiares.

**Necesidad: Eliminación.**

**DX.** Motilidad gastrointestinal eficaz R/C presencia de eliminación intestinal cada 8 horas M/P abdomen blando depresible a la palpación.

**Objetivo:** Mantener motilidad gastrointestinal eficaz en el neonato.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavado de manos en sus cinco momentos:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Antes del contacto con el paciente.</li><li>2.- Antes de realizar una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo.</li><li>3.- Después del contacto con fluidos corporales.</li><li>4.- Después del contacto con e paciente.</li><li>5.- Después del contacto con objetos del entorno del paciente.</li></ol></li><li>• Vigilar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color y olor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.</li><li>• Mediante la eliminación intestinal se expulsa al exterior las sustancias que no pueden ser reabsorbidas por la sangre y que no son asimilables por el organismo. El conjunto de sustancias que se eliminan constituye las heces, estas están formadas por residuos alimentarios, secreciones, células descamadas de los intestinos y bacterias.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar sonidos intestinales e informar si hay aumento, frecuencia y/o sonidos intestinales agudos o disminución de éstos.</li> <li>• Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sonidos intestinales anormales pueden ser síntomas de alguna afección (infección estomacal, indigestión, diarrea, enteritis infecciosa, entre otras).</li> <li>• El estreñimiento se puede convertir en una molestia crónica o que se complique, Cuanto más tiempo estén las heces en el colon del bebé, mas secas y duras se volverán, y su eliminación será aún más difícil y dolorosa. Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años. Son enfermedades prevenibles y tratables</li> </ul>
--	---

**Evaluación:** se continuó manteniendo motilidad gastrointestinal adecuada en el neonato, presenta peristaltismo normal, y se observa sueño fisiológico.

**Necesidad: Comunicación.**

**DX.** Comunicación afectiva binomio madre- hijo R/C apego M/P facies de tranquilidad del neonato, ambiente de paz, felicidad en la madre.

**Objetivo:** mantener binomio madre-hijo, juntos y felices.

<b>Intervenciones</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lavado de manos en sus cinco momentos:<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Antes del contacto con el paciente.</li><li>2.- Antes de realizar una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo.</li><li>3.- Después del contacto con fluidos corporales.</li><li>4.- Después del contacto con e paciente.</li><li>5.- Después del contacto con objetos del entorno del paciente.</li></ol></li> <li>• Lograr una interacción familiar, madre-padre- neonato.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.</li> <li>• La familia es el grupo responsable de cuidar y proteger al bebé pero también de integrarlo al mundo y de hacer que, a través de la enseñanza de prácticas, reglas y pautas de convivencia, pueda adaptarse exitosamente a las necesidades de la sociedad.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrarle la técnica de contacto piel a piel a mamá y papá.</li> <li>• Seguimiento en casa del binomio madre-padre- hijo, iniciándolo en la lactancia materna exitosa.</li> <li>• Se hace entrega de tríptico sobre lactancia materna, a los padres, para una lactancia materna exitosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha demostrado que el contacto piel a piel es tan efectivo como el empleo de la incubadora para calentar a un bebé hipotérmico. Los recién nacidos colocados en contacto piel a piel con su madre se encuentran con una temperatura corporal significativamente más cálida que los bebés colocados en una cuna, posiblemente debido a la respuesta térmica de la temperatura de la piel materna (mediada por la oxitocina), como respuesta al contacto piel a piel con su recién nacido.</li> <li>• La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.</li> </ul>
--	---

**Evaluación:** Se mantuvo una relación de confort.

## **PLAN DE ALTA**

**Nombre:** Neonato Flores Martínez

**Servicio:** UCIN

**Fecha:** 31-03-14

**Cama:** 18

Por mejoría del neonato se van de alta del hospital, por lo que se crea un plan de alta enfocado a signos y síntomas de alarma, cuidados en dieta, medicamentos y ejercicio, cuidados específicos, y redes de apoyo que se han innovado en la actualidad, detallándolos a continuación.

### **Signos y síntomas de alarma:**

- Monitorizar signos y síntomas de infección del muñón umbilical como lo son: sangrado purulento, secreción verdosa de mal olor, supuración excesiva, rubor y calor en el muñón, hipertermia mayor a 38 °C.
- Llanto débil o peculiar.
- Rechazo o dificultad para tomar alimento.
- Falta o escasez de orina
- Diarrea, con 3 o más defecaciones en 24 horas, si no son después de tomar alimento y tienen consistencia muy desligada o aspecto anormal
- Vómitos numerosos y verdaderos, diferentes de la pequeña regurgitación después de alimentarse.
- Color anormal de la piel. Muy pálida, amarillenta, gris o morada.
- Temperatura anormal de la piel. Fría con menos de 36.5° en la axila o caliente, con más de 37°C.
- Trastornos de la respiración, con ruidos, movimientos respiratorios rápidos o difíciles, tos. Los estornudos son un buen síntoma en el recién nacido.
- Falta de respuesta a los sonidos.
- No parpadear si recibe un chorro de luz en los ojos.
- Extremidades demasiado quietas, rígidas o flácidas.

### ***Cuidados en dieta, medicamentos y ejercicio:***

- El niño debe iniciar su alimentación al pecho tan pronto como esté en contacto con su madre.
- Lactancia materna "libre demanda" es decir cuanta veces el niño quiera, en un lapso no menor de 2 horas y no mayor de 4 horas ( antes de 2 horas no se alcanza a producir la leche y si después de 4 horas el niño no se ha alimentado debe ponérsele al pecho aunque no lo haya solicitado).
- En cada toma es necesario que se cambie de mama aproximadamente de 10 a 15 minutos.
- Durante esta alimentación a "libre demanda" el niño sólo requiere leche materna y no necesita agua adicional (el 85% de la leche materna es agua).
- Las cantidades que el niño debe tomar aproximadamente por cada alimentación son: primer mes: 100 ml, 2º mes, 120 ml, 3er mes 150 ml, 4º mes 180 y 5º mes 200 ml.

## **Cuidados específicos**

- Las manos han de estar siempre limpias al tocar al niño, ya que son el mayor vehículo de infecciones.
- La habitación debe estar bien ventilada, a una temperatura agradable y sin corrientes de aire. Si hay calefacción, pongan un recipiente con agua para que el ambiente esté húmedo.
- Coloquen al niño boca arriba o de lado en la cuna para dormir, es la postura más segura. No le pongan almohada.
- Desde su nacimiento, el bebé necesita manifestaciones de afecto cuando está despierto: cogerle en brazos, acariciarle, hablarle o cantarle.
- No fumen en presencia del niño, porque él también respira el humo y además es causa frecuente de quemaduras accidentales.
- En general no es aconsejable ofrecer el chupete a niños alimentados al pecho, pues dificulta el inicio y disminuye la duración de la lactancia materna. No obstante, si su hijo lo usa, lávenlo con agua cada vez que se caiga, hiérvanlo con frecuencia y cámbienlo por uno nuevo de vez en cuando.
- Eviten en lo posible el contacto del niño con personas con enfermedades contagiosas (gripe, catarro, etc.).

## **Higiene y vestido**

- El baño será diario desde el primer día de vida, con jabón o gel neutro y con una esponja destinada para este fin. No importa mojar el ombligo y no hay que esperar a que se caiga para bañarlo. La temperatura del agua deberá rondar los 35°C. Compruebe que sea agradable metiendo el codo en el agua.
- Los genitales necesitan aseo frecuente con agua y jabón, procurando que en las niñas no se introduzcan residuos de heces (limpiar de delante hacia atrás).
- Vistan al niño de manera que la ropa no le comprima, evitando que sude. Eviten ropas que puedan soltar pelusa o pelo. Laven con jabón neutro para ropa delicada, sin utilizar lejía ni suavizante.
- Las uñas deben cortarse cuando la longitud sea excesiva, siempre de forma recta y con tijeras de punta redondeada o cortaúñas.

## **Redes de apoyo:**

- ❖ Centro de salud SANTA CRUZ MEYEHUALCO .  
Dirección: Calle 55 entre Av. 4 y 6 colonia: Unidad Santa Cruz Meyehualco  
CP: 9700 Del. : Iztapalapa TeL: 5692-0323.
- ❖ Hospital general de Iztapalapa Dirección: Av., Ermita Iztapalapa N° 3018. Col. Citlali ,  
Del. Iztapalapa CP. 09660 Tel: 01 55 5429 3210

## **CONCLUSIONES**

El proceso de atención de enfermería, como instrumento en la práctica diaria del personal de enfermería, asegura la calidad de la atención al neonato, la familia o la comunidad, por lo tanto, asegura la atención individualizada al paciente, con dicho proceso, se pudo conocer y realizar una valoración lo más completa posible a la paciente, tratando encontrar las necesidades alteradas, y poder actuar ante dichos problemas, gracias a ello, se pudo actuar, y se mejoró el estado de la paciente emocionalmente, ya que sus alteraciones detectadas no involucraban el estado de salud físico, ni mental, después de haber sido intervenida, la paciente.

Gracias a la aplicación de dicho proceso se pudo intervenir realizando las actividades programadas, en el neonato, además educando a la madre sobre los cuidados y precauciones que debe de tener en el hospital, y en casa, una vez que haya sido dado de alta para evitar diversos tipos de accidentes que pongan en riesgo la salud, e incluso la vida del neonato.

La observación y la recolección de datos mediante el instrumento de valoración del neonato, nos permitió seleccionar y realizar correctamente las intervenciones de enfermería.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Alfaro-Lefere, Rosalinda (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5ta ed). México Masson.
- [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011000600017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872011000600017&script=sci_arttext)
- PHANEUF, Margot, PH. D. La planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana 1996.
- WESLWY, L. Ruby, Teorias y modelos de enfermería McGraw-Hill Interamericana 2ª ed. Pag. 25
- Henderson A. Virginia, La naturaleza de la enfermedad. 4ª Ed. Editorial Interamericana MC. Graw Hill.
- Ibidem Pág. 32-51
- Alfaro- LeFevre R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Masson, Barcelona.
- Proceso de atención de enfermería. Manuscrito elaborado como parte del material didáctico de la asignatura de Enfermería Fundamental perteneciente al plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería de la ENEO-UNAM.

- NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011
  
- Gordon M. (1982). Manual de diagnósticos de enfermería.
  
- Griffith, Janet W & Chirsensen, Paula J (1982). Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, Guías y modelos. México: El manual moderno.
  
- Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la hipoglucemia neonatal transitoria. Guía de práctica clínica. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-442-11



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
LICENCIATUR EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE NEONATAL  
DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**Antecedentes Prenatales:**

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_

Periodo Intergenesico: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ FUM. \_\_\_\_\_ Parejas Sexuales: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Grupo y RH: \_\_\_\_\_ Control Prenatal: si / no Número de Consultas Prenatales: \_\_\_\_\_

**Patología Materna:**

Diabetes: \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial: \_\_\_\_\_ Cardiopatías: \_\_\_\_\_ Preclampsia: \_\_\_\_\_

Eclampsia: \_\_\_\_\_ Cervicovaginitis: \_\_\_\_\_ Infección de Vías Urinarias: \_\_\_\_\_

Tabaquismo: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Trabajo de Parto:**

FCF: \_\_\_\_\_ Espontaneo: \_\_\_\_\_ Inducido: \_\_\_\_\_ Conducido: \_\_\_\_\_ Inhibido: \_\_\_\_\_

**Instrumento de valoración utilizado por la Academia de Obstetricia**

**Atención del Parto:**

Eutócico: \_\_\_\_\_ Fortuito: \_\_\_\_\_ Pélvico: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_

Fórceps: \_\_\_\_\_ Kresteller: \_\_\_\_\_ Indicaciones: \_\_\_\_\_

**Membranas:**

Integras: \_\_\_\_\_ RPM dudosa: \_\_\_\_\_ Hora de Amniorexis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Corioamnioitits: \_\_\_\_\_

**Líquido Amniótico:**

Normal: \_\_\_\_\_ Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: \_\_\_\_\_ Meconio: \_\_\_\_\_

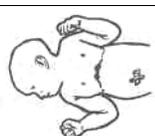
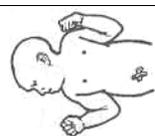
**1.-NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:**

Características de los movimientos respiratorios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Total:	2	1	0
Quejido espiratorio	 Audible sin fonendoscopio	 Audible con el fonendoscopio	 Ausente
Respiración nasal	 Aleteo	 Dilatación	 Ausente
Retracción costal	 Marcada	 Débil	 Ausente
Retracción esternal	 Hundimiento del cuerpo	 Hundimiento de la punta	 Ausente
Concordancia toraco-abdominal	 Discordancia	 Hundimiento de tórax y el abdomen	 Expansión de ambos en la inspiración

**Oxigenoterapia:**

Carpa		Incubadora		Mascarilla		Cánulas nasales	Ventilador
FiO2	Lpm	FiO2	Lpm	%[O2]	Lpm	Lpm	FiO2

**Monitorización Sat. O2:**

Ahora	A los 5 minutos	A los 10 minutos	A los 30 minutos

**Monitorización gasométrica:**  Arterial  Capilar  Venosa

pH	P CO2	P O2	HCO3	Eb	SO2

SECRECIONES	Color	Fluidez	Cantidad
Boca			
Nariz			
Tubo			

Ventilación Asistida:

Ventilación Invasiva:

Tamaño de tubo: \_\_\_\_ mm

Lugar de inserción: \_\_\_\_\_.

Tipo:  CMV  SIMV  Alta Frecuencia

Parámetros: \_\_\_\_ PIC, \_\_\_\_ PEEP, \_\_\_\_ TI, \_\_\_\_ TE, \_\_\_\_ FiO2, \_\_\_\_ Amp, \_\_\_\_ Hz.

Calculados: \_\_\_\_ FR, \_\_\_\_ VM, \_\_\_\_ PMA, \_\_\_\_ R, \_\_\_\_ C.

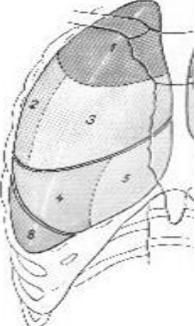
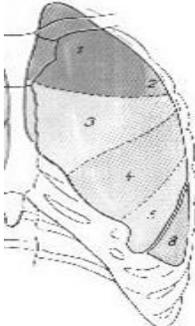
Observaciones de la ventilación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

**Auscultación pulmonar:**

Pulmón Derecho	Pulmón Izquierdo
 <p>Ruidos inspiratorios/espирatorios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	 <p>Ruidos inspiratorios/espирatorios:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Frecuencia cardiaca: \_\_\_\_\_ frecuencia respiratoria: \_\_\_\_\_ tensión arterial: \_\_\_\_\_ Presión arterial media \_\_\_\_\_

Presión venenosa central: \_\_\_\_\_ Saturación de Oxigeno \_\_\_\_\_

Características de: Pulso: \_\_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_\_

Llenado capilar: \_\_\_\_\_ ritmo cardiaco: \_\_\_\_\_

Cianosis \_\_\_\_\_ generalizada \_\_\_\_\_ peri bucal \_\_\_\_\_

Acrocianosis \_\_\_\_\_

Secreción

broncopulmonar: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Consistencia \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_

Nasofaríngeas \_\_\_\_\_ Oro faríngeas \_\_\_\_\_ Bronquiales \_\_\_\_\_

### VALORACIÓN DE SILVERMAN

PUNTUACIÓN	0	1	2
Movimientos toracoabdominales	Ausente	Discreto	Intenso
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Intenso
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Intenso
Aleteo Nasal	Ausente	Discreto	Intenso
Quejido respiratorio	Ausente	Discreto	Intenso

Resultado: \_\_\_\_\_

### Presencia de:

PULSOS	DÉBIL	NORMAL	SALTÓN	AUSENTE
Carotideo				
Braquial				
Radial				
Femoral				
Pedial dorsal				

Oxígeno terapia	P. Nasales	Casco cefálico	Mascarilla	CPAP Nasal	Ventilación Mecánica
Si ( ) No ( )					

### Valores de pruebas de laboratorio

Biometría hemática:

\_\_\_\_\_

Gasometría Arterial:

\_\_\_\_\_

	Sangre	
pH		
Bicarbonato		
Exceso de bases		
Sodio		
Potasio		
Creatinina		
Osmolaridad		
Bilirrubina		
Niveles de (_____)		

## 2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ P.C. \_\_\_\_\_ P.T. \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_  
 Fontanela: \_\_\_\_\_

Características De:

Piel: \_\_\_\_\_ Cabello: \_\_\_\_\_ Uñas: \_\_\_\_\_ Mucosas  
 Orales: \_\_\_\_\_  
 Encías: \_\_\_\_\_ Lengua: \_\_\_\_\_ Labios: \_\_\_\_\_ Faringe: \_\_\_\_\_ Dentadura:  
 \_\_\_\_\_

Presencia De:

Anorexia	Si	No	Dolor gástrico intestinal	Si	No
Vomito			Distensión abdominal		
Pirosis			Heridas		
Polidipsia			Disfagia		
Regurgitaciones			Visibilidad de asas intestinales		
Incapacidad para succionar					

Alimentación por vía oral \_\_\_\_\_ Alimentación

Enteral \_\_\_\_\_

A Través de sonda Nasogástrica \_\_\_\_\_

Orogástrica \_\_\_\_\_

Intolerancia y alergias alimentarias \_\_\_\_\_

Infusión de líquidos Intravenosos

Soluciones P. M. V. P.	Soluciones de base	Nutrición parenteral	Transfusión Hemáticos	Soluciones coloides

Acceso venoso: Central \_\_\_\_\_ Periférico

Sitio de Inserción  
 \_\_\_\_\_

Ingresos en 8 horas \_\_\_\_\_ Egresos en 8 horas \_\_\_\_\_ Balance (+) (-)

Existen signos de deshidratación ¿Cuáles?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Presencia de edema \_\_\_\_\_ Palpebral \_\_\_\_\_ Facial \_\_\_\_\_ Extremidades \_\_\_\_\_ Anasarca  
 \_\_\_\_\_

**Estudios de laboratorio:**

Química Sanguínea:

Electrolitos:

**Al ingreso en UCIN:**

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ gr.

Perímetro craneal: \_\_\_\_\_ cm. / Perímetro torácico: \_\_\_\_\_ cm. / Talla: \_\_\_\_\_ cm.

Test de Apgar Tiempo	1 minuto	5 minutos	15 minutos
Puntos			
Tipo de Reanimación			

Test de Apgar actual	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos (Paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

Fecha de último cambio de sonda gástrica: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_ .

Cantidad de alimento administrado por DC: \_\_\_\_\_ cc/24h

Intervalos de administración del alimento: \_\_\_\_\_ cc/\_\_\_ h

Total de calorías administradas en 24 horas: \_\_\_\_\_ Cal.

Observaciones de la Nutrición enteral: \_\_\_\_\_

**Nutrición Parenteral:**

Cantidad de NPT administrada en 24 horas: \_\_\_\_\_ cc.

Fecha del primer día de Administración: \_\_\_ / \_\_\_ / 200\_\_ .

Peso del neonato a la hora de la valoración: \_\_\_\_\_ gr.

Observaciones de la NPT: \_\_\_\_\_

**3.-NECESIDADES DE ELIMINACIÓN:****ABDOMEN**

Inspección	Batea	Normal	Distendido
------------	-------	--------	------------

Palpación	Blando	Depresible	Tenso
-----------	--------	------------	-------

Percusión	Timpánico	Mate
-----------	-----------	------

**Eliminación intestinal** \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Alteraciones en la eliminación intestinal: Diarrea \_\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_\_

Movimientos peristálticos por minuto \_\_\_\_\_

CÓDIGO DE EVACUACIONES				
Color	Consistencia	Olor	Fenómenos acompañantes	Número de evacuaciones
Am= amarillo v= verde c= café Ac = acólico meconial	l = líquida s/l = semilíquida p = pastosa s/p = semipastosa	Fétido Alcalino Agrio Ácido	c/s = con sangre c/m = con moco c/g = con grumos	Las veces que evacuen en 24 horas o por turno

**Eliminación Urinaria**

Espontánea \_\_\_\_\_ Sonda Vesical \_\_\_\_\_ Diálisis peritoneal \_\_\_\_\_

Presencia De:

	SI	No		SI	NO
Fisura			Proteinuria		
Urgencia p/ defecar			Glucosuria		
Goteo y salida de orina			Poliuria		
Disuria			Nicturia		
Hematuria			Incontinencia urinaria		

Micciones espontáneas: \_\_\_\_\_

pH ( )  Glucosa ( )  Cuerpos Cetónicos ( )

**Perdidas insensibles:**

Incubadora: Temperatura \_\_\_\_\_ °C

Cuna térmica: Temperatura \_\_\_\_\_ °C

Fototerapia:

Sudor: \_\_\_\_\_.

Total estimado: \_\_\_\_\_ cc.

Balance en 24 horas: \_\_\_\_\_ cc.

**GENITALES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Administración de líquidos, electrolitos y derivados de la sangre:

Suero + iones: \_\_\_\_\_ cc/h

Agua administrada en 24 horas: \_\_\_\_\_.

Sodio administrado en 24 horas: \_\_\_\_\_.

Calcio administrado en 24 horas: \_\_\_\_\_.

ClNa administrado en 24 horas: \_\_\_\_\_.

Bicarbonato administrado en 24 horas: \_\_\_\_\_.

Albumina administrada en 24 horas: \_\_\_\_\_.

Concentrado de hematíes: \_\_\_\_\_.

Plasma: \_\_\_\_\_.

Plaquetas: \_\_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

#### 4.-NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Movimientos de acuerdo a su edad	Si	No	Coordinación Voluntaria	Si	No
Falta de energía			Tono muscular		
Postura adecuada de pie			Presencia de temblores		
Fuerza Muscular			Ritmo de Movimientos		
Postura adecuada sentado			Movimientos incontrolados		
Debilidad Muscular			Estado de postración		
Postura adecuada acostado			Estado depresivo		
Sobre excitación					

Somnolencia \_\_\_\_\_ Estupor: \_\_\_\_\_ Coma \_\_\_\_\_ Sedación \_\_\_\_\_

#### 5.-NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

Sueño y características

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Cansancio			Postura de cansancio		
Temblor de manos			Irritabilidad		

#### 6.-NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Temperatura Axilar: \_\_\_\_\_

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Diaporesis			Taquicardia		
Eutermia			Bradicardia		
Hipertermia			Acrocianosis		
Hipotermia					
Distermia					

Utilización de calentadores \_\_\_\_\_ Incubadora \_\_\_\_\_ Cuna de calor radiante \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio. Hemocultivo

#### 7.-NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAMENTE:

Autónomo \_\_\_\_\_ Ayuda Parcial \_\_\_\_\_ Ayuda Total \_\_\_\_\_

#### 8.-NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y CUIDADOS A LA PIEL

Higiene: \_\_\_\_\_ Higiene General: \_\_\_\_\_ Estado de Piel: \_\_\_\_\_

Ictericia: \_\_\_\_\_ Integrada/Hidratada: \_\_\_\_\_ Palidez: \_\_\_\_\_  
Deshidratada: \_\_\_\_\_

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Heridas			Pápulas		
Ulceras			Mapulas		
Hematomas			Cicatrices		
Petequias			Manos húmedas		
Equimosis			Vesículas		

Perdida de la integridad cutánea \_\_\_\_\_ Describir  
\_\_\_\_\_

Lesiones por presión \_\_\_\_\_ Estadio I \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ III  
\_\_\_\_\_ IV \_\_\_\_\_

## 9.-NECESIDAD DE EVITAR PELIGRO EN ENTORNO:

Días de hospitalización \_\_\_\_\_ Integridad Neuromuscular: \_\_\_\_\_

Presencia de	Si	No	Presencia de	Si	No
Tensión muscular			Crisis convulsivas		
Postura rígida			Enojado		
Conducta violenta			Expresa temor o miedo		
Inquieto					
Triste					
Llanto continuo					

### Protección

Cama:

Estado de la cuna térmica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado de la incubadora: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado de la cuna convencional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exposición frecuente a procedimientos

Invasivos \_\_\_\_\_

La cama cuenta con barandales \_\_\_\_\_ El niño permanece acompañado de un familiar \_\_\_\_\_

Dolor Facies de dolor \_\_\_\_\_ Manifestación verbal del dolor  
\_\_\_\_\_

Localización del dolor \_\_\_\_\_ Tipo de dolor \_\_\_\_\_

Escalas para valorar el dolor utilizar alguna de ellas para señalar el grado de dolor  
\_\_\_\_\_

Valoración según llanto:

(-)	(+)	(++)	(+++)	(++++)
Tranquilo, no llora	Llora o retiro reflejo de la zona estimulada	Llora y retiro reflejo de la zona estimulada	Continua llorando en brazos de la mamá durante la entrega de indicaciones	Igual al anterior y se retira del box llorando

Escala de valoración del dolor en Neonatología © 1993-1994 Susan Givens Bell:

ESCALA				
<b>SIGNOS CONDUCTUALES</b>	2	1	0	
1. Duerme durante la hora precedente	Ninguno	Duerme entre 5-10 minutos	Duerme más de 10 minutos	
2. Expresión facial de dolor	Marcado constante	Menos marcado intermitente	Calmado, relajado	
3. Actividad motora espontánea	Agitación incesante o ninguna actividad	Agitación moderada o la actividad disminuida	Normal	
4. Tono global	Hipertonicidad fuerte o hipotonicidad, flácido	Hipertonicidad moderada o hipotonicidad moderada	Normal	
5. Consuelo	Ninguno después de 2 minutos	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo	Consuelo dentro de 1 minuto	
6. Llanto	Llanto vigoroso	Quejido	No llora ni se queja	
<b>SIGNOS FISIOLÓGICOS</b>	2	1	0	
7. Frecuencia Cardíaca	> 20% aumento	10-20% aumento	Dentro de la normalidad	
8. Presión arterial (sistólica)	>10 mm. Hg. de aumento	10 mm. Hg. de aumento	Dentro de la normalidad	
9. Frecuencia Respiratoria y cualidades	Apnea o taquipnea	Pausas de apnea	Dentro de la normalidad	
10. SaO <sub>2</sub>	>10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	£ al 10% de aumento de FiO <sub>2</sub>	Ningún aumento en FiO <sub>2</sub>	
Se considerará arbitrariamente que un neonato con una valoración de 0-5 tiene un control del dolor adecuado.				
Total de puntos obtenidos				

Medicamentos	Dosis y vía de administración	Frecuencia

## 10.-NECESIDAD DE COMUNICACIÓN:

Nivel De Conciencia: \_\_\_\_\_ Aspecto emocional

\_\_\_\_\_

Orientación (persona, tiempo y espacio), especificar:

\_\_\_\_\_

Visión: Normal \_\_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_ Ceguera \_\_\_\_\_ Utilización de anteojos

\_\_\_\_\_

Oído: Normal \_\_\_\_ Deficiente \_\_\_\_\_ Sordera \_\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_\_

### Escala de Glasgow

Escala de niños menos de 4 años		
Apertura de ojos	Abiertos espontáneamente	4
	Reacción al habla	3
	Reacción al dolor	2
	No responde	1
Respuesta Motora	Espontánea u obedece ordenes verbales	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada como respuesta al dolor	4
	Flexión anormal al dolor	3
	Extensión anormal al dolor	2
	No responde	1
Respuesta verbal	Sonríe se orienta hacia los sonidos, sigue objetos e interacciona	5
	Llanto Interacción	
	Consolable Inadecuadas	4
	Consolable de Quejidos Forma inconstante	3
	Inconsolable Irritable	2
	No responde No responde	1

Llanto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Reflejos:**

Búsqueda y succión:      Deglución:      Extrusión:      Moro:      Marcha  
refleja:  
Gateo:      Tónico del cuello:      Sobresalto:      Extensión cruzada:  
Palpadeo glabellar:      Presión plantar:      Babinsky:

**11.-NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES:**

Actitud religiosa de los padres/tutores, especificar:

\_\_\_\_\_

Mitos y creencias de los padres/tutores relacionados con el cuidado de la salud, especificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12.-NECESIDAD DE RELACIÓN PERSONAL (TRABAJO)**

**Valoración familiar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ años

Dirección: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: (último año cursado) \_ \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Separado ( ) Viudo ( ) Unión Libre

Quien contesta la ficha: ( ) Madre ( ) Padre ( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**13.-NECESIDAD DE RECREACIÓN Y JUEGO**

Lectura \_\_\_\_\_ Televisión \_\_\_\_\_ Manualidades \_\_\_\_\_ Juegos

Didácticos \_\_\_\_\_

Juegos de Mesa \_\_\_\_\_

**14.-NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Conoce El Motivo De Ingreso

\_\_\_\_\_

Información

Específica \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

## 10 pasos para una lactancia materna exitosa.

- 1.-Tener una política de lactancia materna escrita que sea comunicada periódicamente al personal.
2. Entrenar a todo el personal para llevar a término esta política.
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
5. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia si se separan de sus bebés.
6. No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna. Hacerlo sólo por indicación médica.



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

UNAM



ENEO  
UNAM

LACTANCIA  
MATERNA.

Para un buen  
comienzo de  
vida



ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

Por:  
LEO: Villarreal Flores Karina

# LO QUE DEBES SABER ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA.

## QUE ES ???

Es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. No sólo por su composición, sino también por el vínculo afectivo.

Es el fluido que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que este crece y se desarrolla.

## BENEFICIOS.

- \* Alimento ideal para aportar todos los nutrientes necesarios para un desarrollo sano.
- \* Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía.
- \* Es un producto asequible,



## QUE ES EL CALOSTRO???

El calostro se produce durante los 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen.

En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por succión, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del RN.

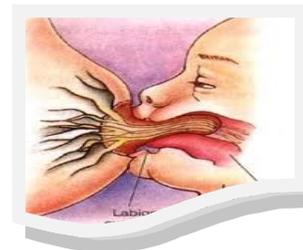


El calostro está ajustado a las necesidades específicas del RN:

- \* El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su tríplico funcional, succión-deglución-respiración.
- \* Previene la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos en el tracto digestivo del RN.

## TECNICA DE AMAMANTAMIENTO.

1. La mamá debe estar cómoda, apoyar la cabeza del niño sobre el ángulo del codo.
2. Sostener la mamá con los dedos en forma de "C".
- 3.-La mamá debe comprimir por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que



cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apretura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño.

## TECNICA DE EXTRACCION Y ALMACENAMIENTO DE LECHE MATERNA.

- \* Lavado de manos y masajear la mama.
- \* Se coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón.
- \* Presionar suavemente con el pulgar e índice hacia atrás y simultáneamente con movimientos de pinza sobre el seno



**Amamantar no debe doler**, si duele revisar si el labio inferior quedó invertido y

corregirlo. Si aún duele, retirar al niño y volver a ponerlo hasta hacerlo sin que la madre sienta dolor.

Niño



Comprime el pezón, no masajea la areola, sale poca leche y se duerme o llora. Madre



siente dolor lo que dificulta la eyección de la leche y el pezón sale aplastado después de la mamada. Se corrige

retirando el niño del pecho, y poniéndolo luego de que abra bien la boca, e introduciendo el

introduciendo pezón y areola dentro de la boca. Para retirar al

pezón y areola dentro de la boca. Para retirar al niño del pecho se

introduce el dedo índice dentro de la boca, entre las encías del niño de manera que muerda el dedo y no el pezón al salir.

La figura 7 muestra a un niño bien acoplado al pecho. La nariz y el mentón tocan la

mama y los labios evertidos cubren toda la areola.



Luego de unas mamadas rápidas (2/seg.), viene el reflejo eyectolacteo y se escucha la

deglución (1/seg.). Esto se repite entre 6 y 10 veces en cada mama. Cada binomio tiene

su propio tiempo, pero en general, más de 20 minutos por lado indica que la mamada

**POR:**

LEO: VILLARREAL FLORES KARINA

## Técnica de amamantamiento.



Licenciatura en enfermería y obstetricia

# Técnicas de amamantamiento



Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de

amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola.

1. La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”. Fig 1

2. La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al

estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a

sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua



masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar

blando) y no provoca dolor. Fig. 2.

3. El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo

toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y

la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la

areola. Fig. 3 y 4.

