



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA  
APLICADO A UN RECIEN NACIDO SANO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:

LETICIA GARCÍA LUNA

No.095537850

DRA. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

DIRECTORA DE TRABAJO

Cd. de México 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## INDICE

INTRODUCCIÓN	5
<b>I</b> OBJETIVOS	
1.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.2 OBJETIVO ESPECIFICO	7
<b>II</b> MARCO TEÓRICO	
2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA	8
2.2 FLORENCE NAIGHTINGALE	9
2.3 FILOSOFIA DE VIRGINA HENDERSON	12
2.4 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	14
2.5 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA	24
2.6 RELACION ENTRE LOS PASOS DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA	27
<b>III</b> RECIEN NACIDO	32
3.1 CUIDADO DE TRANSICIÓN	35
3.2 ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO EN PUERPERIO	37
3.3 HISTORIA CLÍNICA DEL RECIEN NACIDO SANO	40
3.4 RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD	48
<b>IV</b> CONSIDERACIONES IMPORTANTES DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO	59
4.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	66
4.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	72
4.3 EXPLORACION FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO	80
4.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES	81
4.5 PLAN DE CUIDADOS	82
<b>V</b> PLAN DE ALTA	
5.1 ESTANCIA JUNTO A LOS PADRES	88
5.2 RECIÉN NACIDO EN CASA	90
<b>VI</b> CONCLUSIONES	94
<b>VII</b> BIBLIOGRAFIA	95

## DEDICATORIAS

A Dios, por rodearme de salud y bendiciones en todo momento; por encontrarme aquí y ahora llena de amor y gratitud, porque me diste unos padres, hermanos y amigos que enriquecieron siempre mi vida, llenándola de luz y felicidad.

A mis padres, porque me entregaron su vida, amor y su cariño profundo, haciendo de mí una mujer feliz, con sueños y preocupaciones por ser mejor cada día.

**Papá donde quiera que estés “te amo”.**

A mis hijos, **Armando, Dulce María y Romina**, porque siendo todo en mi vida son una gran expresión de amor, inspiración y ternura, forman parte de mi ser, mi mente y mi corazón. Sepan que siempre los amo.

A mis hermanos **Luz, Ricardo y Armando**, porque eh compartido mi vida con ustedes. Hemos vivido experiencias de amor y dificultad, aprendizaje y fortaleza... Por los gratos momentos que viví en mi niñez a su lado, por su cuidado sonrisas y amor ¡Dios los bendiga!

A ti, **Juan Manuel** por el hecho de coincidir en mi vida, por tu compañía, apoyo, amor y entrega en todo momento.

## AGRADECIMIENTOS

Así también agradezco a mis profesores quienes con su desempeño y conocimientos me apoyaron, para mi formación como enfermera, el amor y el respeto por mi profesión.

A **Toño** y **Luz** por su apoyo y comprensión hacia el culmino de mi objetivo  
“Gracias”

Un profundo agradecimiento a la **Dra. Nora Clarissa Castro Escudero**, por su gran apoyo y comprensión para la redacción de mi proceso, “Gracias por confiar en mí”.

## INTRODUCCIÓN

En mi transcurrir en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Universidad Nacional Autónoma de México, comprendí que el cuidado en el recién nacido es fundamental para la vida, y para mi formación profesional y con el lograr mi titulación de enfermería general.

Es por lo anterior, que se considera el Proceso de Atención Enfermería como una metodología básica para los cuidados del recién nacido, en el Hospital Ángeles México contemplado las diferentes etapas Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Los recién nacidos pasan por una serie de cambios fisiológicos que implican el paso de la vida intrauterina a la extrauterina son las que determinan las características del recién nacido normal.

Esto quiere decir que el recién nacido requiere de una adaptación de todos sus órganos y sistemas, que incluyen la maduración de diversas enzimas, la puesta en marcha de la homeostasis que en útero eran asumidas por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensables desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Las primeras horas del nacimiento del bebé, cursa un periodo de transición, ya que está en un periodo de adaptación, por lo que es necesario nuestra participación como agentes de la salud, colaborando en conjunto con la madre, quien directamente esta con el recién nacido.

El presente Proceso de Atención de Enfermería basado en la filosofía de Virginia Henderson con sus catorce necesidades para brindar los cuidados necesarios requeridos para mantener la salud optima del recién nacido.

En el presente trabajo se describen los objetivos, incluyendo las etapas del Proceso de Atención de Enfermería. Así como la elaboración de un plan de alta para identificar signos de alarma en el cuidado del recién nacido.

## **I. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Aplicar el proceso atención de enfermería a un recién nacido sano, basado en las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, para brindar los cuidados necesarios y requeridos para mantener la salud optima del recién nacido.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar la valoración de enfermería, conociendo los diferentes tipos de cuidados, poniendo en marcha el plan de acción, con las intervenciones específicas para el cuidado del recién nacido.
- Elaborar diagnósticos a través del Proceso de Atención de Enfermería jerarquizando las necesidades, que se llevan a cabo en este tipo de institución privada.
- Evaluar los resultados derivados del plan de cuidados.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA**

En la actualidad la enfermería es entendida como el arte y la ciencia de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales, con una concepción holística del hombre, en la solución de las respuestas fitopatológicas, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos, filosóficos, éticos y disciplinares.

La enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de su marco conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico ya que cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario, para perfeccionar su práctica diaria a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos; como toda disciplina requiere para su crecimiento y desarrollo y el compromiso de sus miembros, en el desarrollo de las actividades de investigación que posibilite la validación, fortalecimiento, anulación o bien generación de nuevas teorías que refuercen y den sentido a la práctica profesional y contar con conocimientos científicos, tecnológicos y técnicos, incorporen a su formación aspectos filosóficos, epistemológicos, éticos y humanísticos, que en conjunto le permitan abordar la complejidad de la respuesta humana a la salud.<sup>i</sup>

La consolidación de la enfermería como disciplina, ha dependido en gran medida del fortalecimiento de su marco filosófico epistemológico a través del estudio e investigación del fenómeno de cuidado. Se considera que el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con las que se desarrollan y que varían culturalmente.

## **2.2 FLORENCE NIGHTINGALE**

### **HISTORIA.**

Florence Nightingale es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería.

Florence Nightingale, nació el 18 de mayo de 1820. Durante su infancia, recibió clases de matemáticas, idiomas, religión y filosofía que posteriormente influyeron en el desarrollo de su teoría de enfermería.

Durante la guerra de Crimea, Florence recibió la petición de por parte de Sídney Herbert de ir hasta Scutari, Turquía, para ocuparse de proporcionar atención de enfermería a los soldados británicos heridos, allí llegó en noviembre de 1854, acompañada de 34 enfermeras recién reclutadas.

Para llevar a cabo su misión, tuvo que resolver los problemas que existían en el entorno, como la falta de higiene y la suciedad.

Florence Nightingale continuó trabajando hasta los 80 años y murió el 13 de agosto de 1910 a la edad de 90 años.

Florence Nightingale no dio una definición precisa del concepto de enfermería, en su libro "Notas de Enfermería": Se ha limitado a significar un poco más que la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas. Pero debería significar el uso apropiado del aire, de la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración y con el menor gasto de energía del paciente.

### **PERSONA**

En la mayoría de sus escritos, Nightingale hacía referencia a la persona como paciente, que en la mayoría de los casos era un sujeto pasivo, las enfermeras

realizaban tareas para y por un paciente y controlaban su entorno para favorecer su recuperación. Nightingale hizo hincapié en que la enfermera debía mantenerse siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente. Tenía la convicción de la necesidad de enfermeras que respeten a las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por falta de ellas.

## **SALUD**

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Veía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Florence concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Nightingale diferenció estos conceptos de enfermería de aquellos cuidados que se proporcionan a un paciente enfermo para potenciar su recuperación o para que viva dignamente hasta su muerte.

## **ENTORNO**

Aunque Nightingale nunca utilizó específicamente el término entorno en sus escritos, definió y describió cinco conceptos: ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido, que integran un entorno positivo o saludable. Nightingale instruyó a las enfermeras para que los pacientes “pudieran respirar un aire tan puro como el aire del exterior, sin que se resfriaran”. Es importante resaltar que Nightingale rechazó la teoría de los gérmenes, sin embargo el énfasis que puso en una ventilación adecuada demuestra la importancia de este elemento del entorno, tanto en la causa de enfermedades como para la recuperación de los enfermos.

El concepto de iluminación también fue importante para Nightingale, describió que la luz solar era una necesidad específica de los pacientes. Para conseguir los efectos de la luz solar, enseñaba a sus enfermeras a mover y colocar a sus pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene es otro elemento importante de la teoría del entorno, se refirió a la higiene del paciente, la enfermera y el entorno físico. Describe que un entorno sucio era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes todos los días, también exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo. Nightingale enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, el horario de las comidas y su efecto en el paciente.

### **2.3 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.**

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de marzo de 1897, a los 21 años de edad inicia sus estudios en enfermería, en la escuela de enfermería del ejército de Washington, graduándose en 1921, 22 inicia como docente, candelas obtuvo su título de licenciada y de magister en arte en 1934, en 1953 aportó su cooperación a la investigación de enfermería, en 1955 publica la sexta edición del libro "textbook of the Principles and Practice of Nursing" en el cual incluyó su propia definición de enfermería, recibió nueve títulos doctorales honoríficos, en 1978 publica la sexta edición de "The Principles of Nursing", elaborada por Henderson y Gladis Nite, en 1988 recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en enfermería a lo largo de su vida, fallece el 30 de noviembre de matrices a la edad de 99 años de muerte natural en su casa.

Las fuentes que influyeron en su trabajo fueron Bertha Harmer, Annie W Goodrich, Caroline Stackpole, Jean Broadhurst, Dr. Edward Thorndike, Dr. George Deaver, e Ida Orlando.

-Enfermería. Tiene comunicación ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o repercusión (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

-Salud. Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que le permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

-Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo del individuo.

-Persona. Es el individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla la paciente y a la familia como una unidad.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como "igual", "poco apetito", etcétera; es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación, es que esta es continúa, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

## **2.4 Necesidades Básicas de Virginia Henderson**

Partiendo de la teoría de las 14 necesidades humanas básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos que aunque pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Cuando surgen problemas de salud en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo que se denominan necesidades dependientes.

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

Describe la relación enfermera paciente, destacando 3 niveles de intervención.

- Como sustituta
  
- Como ayuda
  
- Como compañera

## **Necesidades básicas de Virginia Henderson**

- 1 Respiración
- 2 Comer y beber
- 3 Eliminación
- 4 Moverse y mantener una postura adecuada
- 5 Dormir y descansar
- 6 Vestirse y desvestirse
- 7 Mantener la temperatura corporal
- 8 Mantener la higiene corporal
- 9 Seguridad
- 10 Comunicación
- 11 Creencias y valores
- 12 Autorrealización
- 13 Actividades recreativas
- 14 Aprender

### *1.- Necesidad de respirar:*

La enfermera matiza el control de algunos aspectos ambientales tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al control de la oxigenación.

Justificación.- La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

Pretende.- Conocer la función respiratoria de la persona.

Incluye.-

- Valoración del patrón respiratorio
- Conocimientos de la persona sobre como respirar bien
- Aspectos ambientales con la influencia en la respiración

## *2.- Necesidad de comer y beber*

La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos, etc.

Justificación.- El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir.

Pretende.- Conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según su edad, sexo y estado de salud.

Incluye.-

- Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).
- Medidas antropométricas
- Aspectos psicológicos de la alimentación

## *3.- Necesidad de eliminación.*

La enfermera deberá observar si la eliminación es normal, incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropa de vestir y de cama.

Justificación – El organismo precisa de eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento.

Pretende – Conocer la efectividad de la función excretora de la persona.

Incluye.-

- Patrón de eliminación fecal
- Patrón de eliminación urinaria
- Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración)
- Patrón de eliminación pulmonar
- Menstruación

#### 4.- Necesidad de moverse y mantener la debida postura

La enfermera hace un matiz, sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito e incluye la rehabilitación.

Justificación – La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, provocando la inmovilidad de importantes alteraciones del cuerpo humano a todos los niveles.

Pretende.- Conocer las características de la actividad y el ejercicio habitual de la persona.

Incluye.-

- Actividades de la vida diaria
- Actividades (ejercicio y deporte)
- Limitaciones y deformidades corporales

#### 5.- Necesidad de dormir y descansar

La enfermera hace referencia sobre si existe algún tipo de dolor y al uso indiscriminado de somníferos.

Justificación- El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo.

Pretende- Conocer la efectividad de sueño y reposo habitual de la persona.

Incluye-

- Hábitos de sueño y reposo
- Problemas para conciliar el sueño
- Dificultades para el reposo

## 6.- *Necesidad de vestirse y desvestirse*

La enfermera observa que es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropa que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.

Justificación- Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente. La ropa es un medio de protección fundamental en la persona contra el frío y el calor.

Pretende- Conocer la idoneidad del tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona considerando esta necesidad de forma especial en los niños, como adiestramiento social y en incapacitados como parte de la rehabilitación e independencia.

Incluye-

- Capacidad física para vestirse
- Limpieza de la ropa
- Elección personal de las prendas.

## 7.- *Necesidad de mantener la temperatura*

Dentro de los límites normales, por medio de ropa adecuada y la modificación de la temperatura ambiente. Hace referencia también al control de insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

Justificación – La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, para lo que dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor regulada. La temperatura normal del cuerpo ronda de los 36.5 – 37°C, aunque puede variar de la hora del día, la ingesta de líquidos y alimentos de la actividad reciente o ciclo menstrual de las mujeres.

Pretende – Conocer la idoneidad de la temperatura corporal.

Incluye –

- Temperatura corporal
- Condiciones ambientales

#### *8.- Necesidad de higiene corporal*

La enfermera observa que es la necesidad de mantenerse limpio y aseado y protección de la piel. Tener en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos debe determinarse con la necesidad física y la voluntad del paciente.

Justificación – El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tanto físico como fisiológico.

Pretende – Conocer la idoneidad de la higiene de la persona

Incluye –

- Hábitos higiénicos, frecuencia, medios utilizados, duración, etc.
- Capacidad física para la higiene

#### *9.- Necesidad de seguridad*

La enfermera debe observar, los ambientales y los daños a otras personas hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de sí mismo y de las personas que le rodean. La autoestima, también introduce el conocimiento sobre las relaciones interpersonales.

Justificación – Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimiento para la prevención de peligros extremos y de la protección de los

mismos y de las personas que los rodean. Evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.

Pretende – Conocer las habilidades y conocimiento de la persona, sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras, etc.

Incluye –

- Conocimiento sobre las medidas de prevención
- Desarrollo de las medidas de prevención
- Ejecución en las acciones de riesgo

#### 10.- *Necesidad de comunicación*

Con otras personas para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones. En la medida que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo, ayuda a la persona a comprenderse a sí mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que han convertido en enfermero y aceptar aquellas que no pueden ser cambiadas.

Justificación - Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones interactuando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermera promueve el bienestar del paciente fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal de enfermería debe valorar el equilibrio entre la soledad interacción-social, estado de los órganos y los sentidos, con capacidad de expresión, relaciones con amigos, familia y pareja.

Pretende – Conocer la efectividad de la interacción social de la persona

Incluye –

- Relaciones sociales
- Relaciones familiares y de pareja
- Equilibrio en la soledad
- Interacción social
- Estado de los órganos de los sentidos
- Capacidad de expresión

#### 11.- *Necesidad de creencias y valores*

La enfermera observa, con respeto y tolerancia a la raza, color o religión creencias y valores, secreto profesional

Justificación – La persona piensa, actúa y toma decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe.

Pretende – Conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud

Incluye –

- Sentido de su vida
- Actitud ante la muerte
- Conflicto con los valores/creencias

#### 12.- *Necesidad de autorrealización*

La enfermera actúa y observa en la necesidad de trabajar del paciente en la sensación de utilidad. Aceptación del rol de cada uno.

Justificación – Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con un trabajo el resultado propuesto. En la sociedad la inactividad suele ser sinónimo de inutilidad

Pretende- Conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona

Incluye –

- La autoestima y autoimagen de la persona
- La posición de la persona dentro de su grupo
- Rol laboral que desempeña
- Problemas / conflictos laborales

### 13.- *Necesidad de recreación*

En esta necesidad la enfermera debe tratar de incorporar al paciente, en la necesidad de participar o jugar, en diversas formas de recreo. Puede ser un estímulo por medio de ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo

Justificación – las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas

Pretende – Conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona

Incluye –

- Tipo de actividades recreativas
- Tiempo dedicado a actividades recreativas

### 14.- *Necesidad de aprender*

Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.

La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera cumple una función docente.

Justificación – Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona

Pretende – Conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre actividades beneficiosas para la salud

Incluye –

- Conocimientos de la persona
- Capacidades de la persona
- Limitaciones de aprendizaje

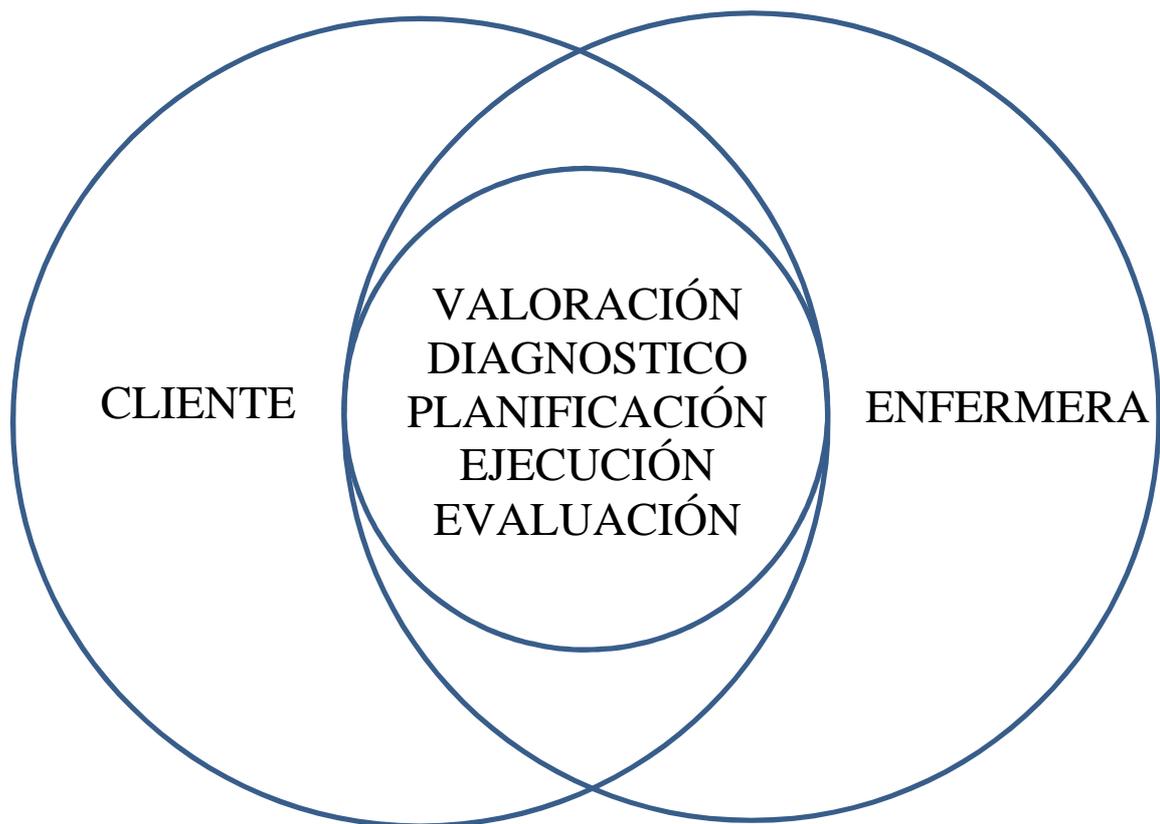
## **2.5 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **CONCEPTO**

Un proceso es una serie de acciones u operaciones, planificadas y dirigidas hacia un resultado en particular.

El proceso de enfermería es un proceso sistemático y racional de planificar y ofrece cuidados de enfermería. Su meta es identificar el estado de salud de un cliente y los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes para cubrir las necesidades identificadas, y ofrecer actuaciones específicas de enfermería para cubrir dichas necesidades. El proceso de enfermería es cíclico; esto es, los componentes del proceso de enfermería siguen una secuencia, pero puede estar implicado más de un componente a la vez.

Para llevar a cabo más eficazmente el proceso de enfermería e individualizar los enfoques de las necesidades particulares de cada persona, la enfermera debe colaborar con el cliente. Un individuo, familia o comunidad puede considerarse como cliente. Si el cliente es incapaz de tomar parte en el proceso de planificación y de toma de decisiones, se puede pedir a un miembro de la familia que participe en nombre de él. La aplicación del proceso de enfermería requiere que la enfermera tenga una diversidad de cualidades, incluyendo las interpersonales, técnicas e intelectuales. Las cualidades interpersonales son la comunicación, la capacidad de escuchar, transmitir interés, compasión, conocimientos e información, generar confianza y obtener datos de una forma que favorezca la individualidad del cliente, promueva la integridad de la familia y contribuya a la viabilidad de la comunidad. Las cualidades técnicas se manifiestan en el uso del equipo y la ejecución de los procedimientos. Las cualidades intelectuales requeridas por enfermería incluyen la solución de problemas, el pensamiento crítico, y hacer juicios de enfermería.



Pasos del proceso de enfermería.

1.- *Valoración*: Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud. También puede buscar evidencias de los recursos con los que cuenta el cliente.

2.- *Diagnóstico*: Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

3.- *Planificación*: Aquí hay que realizar cuatro cosas clave que son:

- Determinar las prioridades inmediatas ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuales debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren un enfoque multidisciplinar?

- Fijar los objetivos (resultados) esperados. Exactamente, ¿Cómo se beneficiara la persona de los cuidados enfermeros (que podrá hacer el usuario y cuándo)?

-Determinar las intervenciones ¿Qué intervenciones (acciones enfermeras) prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?

- Anotar o individualizar el plan de cuidados ¿Escriba su propio plan o adaptara un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?

4.- *Ejecución:* Puesta en práctica del plan –pero no solo actuar-. Piense y reflexione sobre lo que está haciendo:

- Valorar el estado actual de la persona antes de actuar ¿Hay algún problema nuevo? ¿Ha ocurrido algo que requiera un cambio inmediato en el plan?

-Llevar a cabo las intervenciones y volver a valorar para determinar la respuesta inicial. ¿Cuál es la respuesta? ¿Hay que cambiar algo? No espere el al período “formal” de evaluación para hacer los cambios si algo necesita ser modificado de inmediato.

-Informar y registrar ¿Hay algún signo del que deba informar con prontitud? ¿Qué va a registrar, y donde y como va anotarlo?

5.- *Evaluación:* ¿La persona ha logrado los resultados esperados?

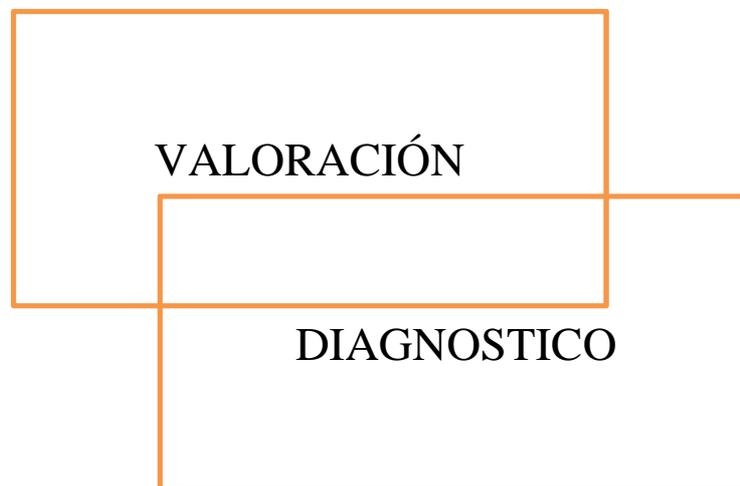
-¿Cuál es estado de salud y la capacidad funcional de la persona en comparación con los resultados esperados? ¿Es capaz de hacer lo que se esperaba? Si no es así, ¿Por qué?, ¿ha cambiado algo?, ¿se ha olvidado de algo?, ¿hay nuevas prioridades de cuidados?

-Si ha logrado los objetivos, ¿la persona está preparada para cuidar proporcione estos cuidados? ¿Qué hizo que el plan fuera efectivo? ¿Qué podría haberse hecho para facilitar más las cosas?

## 2.6 RELACIONES ENTRE LOS PASOS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

### *-VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO*

La valoración y diagnóstico se solapan de manera significativa. Mientras reúne la información se empieza a interpretar lo que esta significa, incluso aunque no disponga de todos los datos. Por ejemplo puede valorar a alguien y detectar que tiene un pulso irregular, los tobillos hinchados y dificultad para respirar. Puede empezar hacer un diagnóstico tentativo mientras sigue su valoración.

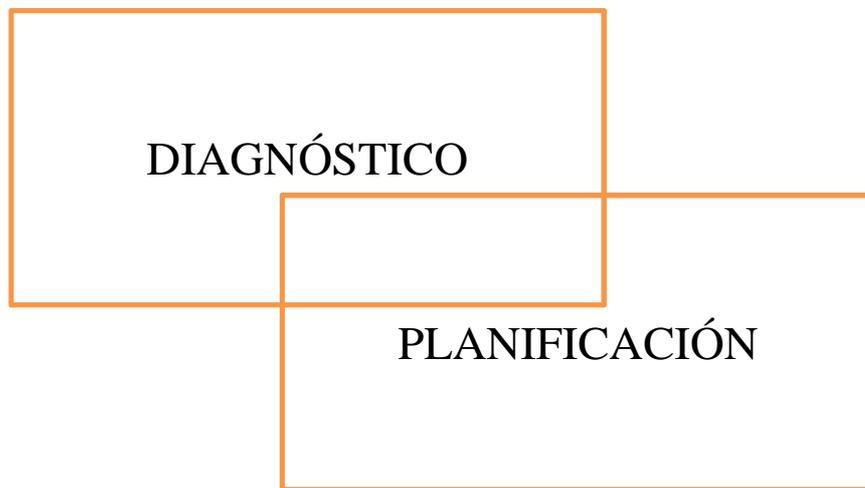


### *-DIAGNOSTICO Y PLANIFICACIÓN*

El diagnóstico y la planificación están relacionados por varias razones:

- Una planificación correcta requiere un diagnóstico exacto. Si pasa por un alto problema o lo identifica mal, pierde el tiempo al desarrollar un plan para solucionar problemas que no se corresponden con la realidad.
- Para alcanzar el resultado final deseado de los cuidados –esto es, que la persona alcance el máximo grado de independencia que sea posible- debe desarrollar objetivos específicos para cada problema o diagnóstico que debe tratarse para estar en el buen camino para el momento del alta.

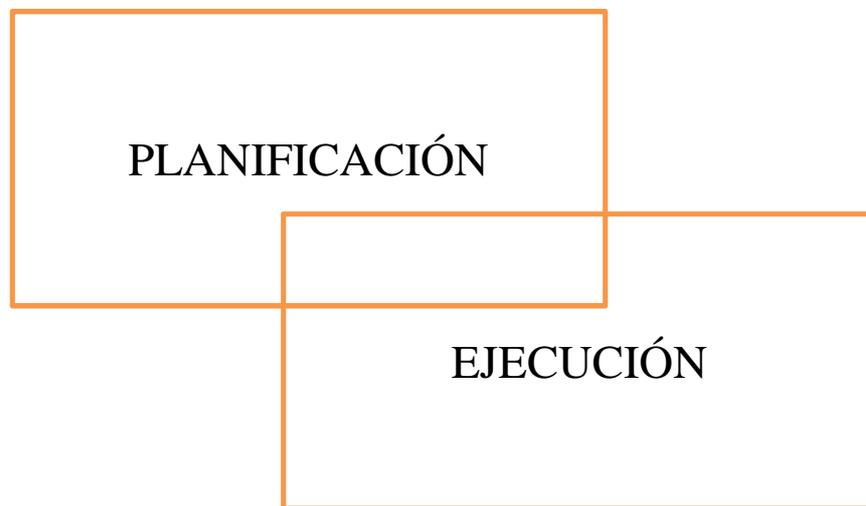
- Las intervenciones que identifique durante la planificación deben estar pensadas para prevenir, resolver o controlar los problemas señalados en el diagnóstico.
- Hay ocasiones en las que se tiene que actuar con rapidez, poner en práctica un plan mental antes de identificar todos los problemas.
- Es importante incorporar en el plan de los recursos que identifique durante el diagnóstico.



## PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

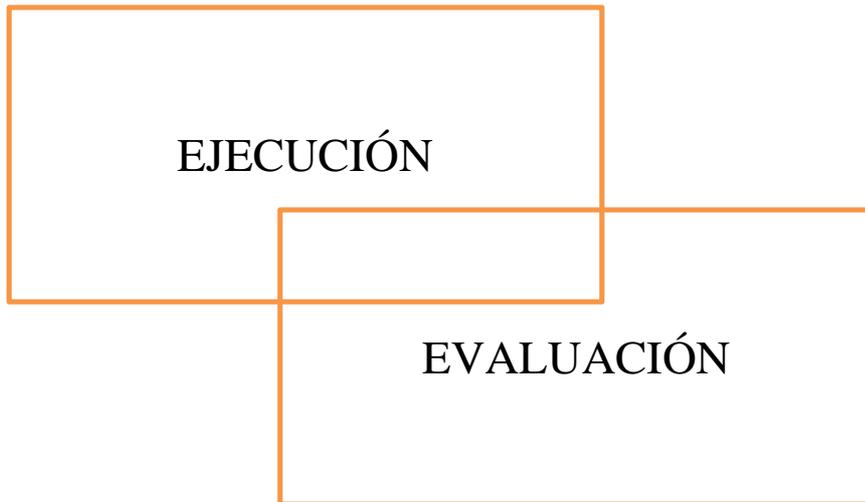
La planificación y la ejecución están estrechamente relacionadas y se solapan por dos razones.

- El plan guía las intervenciones llevadas a cabo durante la ejecución.
- Mientras pone en práctica el plan, puede necesitar ajustes para obtener los resultados deseados. Incluso a veces tendrá que volver atrás y comprobar si la valoración y el diagnóstico que ha formulado son correctos.



## EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

La ejecución y evaluación se solapan por razones obvias. Como enfermera, debe guiarse por el pensamiento, reflexionar sobre las respuestas iniciales a sus acciones, controlar cuidadosamente a los pacientes y hacer cambios anticipados durante la ejecución cuando sean necesarios.



# EVALUACIÓN

## VALORACIÓN

Hacer una valoración para determinar si ha habido cambios en el estado de salud y asegurarse de que los datos son exactos y completos

## DIAGNÓSTICO

Determinar si se han abordado todos los diagnósticos y problemas que deben tratarse para lograr los objetivos marcados, y que se han identificado los recursos y puntos fuertes

## PLANIFICACIÓN

Comprobar si los objetivos y las intervenciones son los apropiados y si el paciente está en camino de lograr los objetivos

## EJECUCIÓN

Determinar si el plan se está poniendo en práctica tal como está prescrito e identificar los factores que pueden facilitar o dificultar el progreso

### **III. RECIÉN NACIDO SANO**

Se considera desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

El cuidado del recién nacido eutócico tiene como objetivo supervisar que el proceso de adaptación del recién nacido se realice en forma normal y ayudar a la madre a comprender las características propias de este período y de fenómenos fisiológicos que no ocurren en ninguna otra edad. A los padres, y, en especial a la madre les compete el cuidado de su hijo recién nacido. Hay un período de adaptación clave en los primeros días entre la madre y el recién nacido que abarca funciones biológicas, psicológicas y espirituales. El impacto existencial que tiene el nacimiento de un hijo en los padres es uno de los eventos de mayor intensidad en su vida.

La supervisión del proceso de adaptación implica detección de alteraciones que se salen del rango normal. Estas deben ser evaluadas para precisar si son expresión de una patología o una variación del proceso normal. Para esto se requiere una cuidadosa observación de la alteración y de las condiciones clínicas globales del recién nacido. Un ejemplo frecuente de esto son las alteraciones de la termorregulación. Estas pueden ser un hecho transitorio o un signo precoz de una patología.

El cuidado de todo recién nacido comprende al menos una evaluación especial en cuatro momentos en el curso de los primeros días de vida:

- La atención inmediata al nacer.
- Durante el período de transición (primeras horas de vida),
- Al cumplir alrededor de 6 a 24 horas
- Previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

## ATENCIÓN INMEDIATA

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al salir del vientre materno. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación. Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos requeridos en este período.

El médico que atiende al niño debe tener un conocimiento completo de los antecedentes perinatales. Esto le permite saber anticipadamente si atenderá a un recién nacido probablemente normal o con determinados riesgos. Es muy distinto prepararse para recibir a un prematuro de menos de 1500g, a un gemelo que a un recién nacido de término que proviene de un embarazo fisiológico y de un parto espontáneo.

La primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos: Evaluación de la respiración, frecuencia cardíaca y color. Si estos están alterados se sigue la pauta de reanimación del recién nacido.

Test de Apgar. Al minuto y 5 minutos. Este test mantiene su plena vigencia como expresión de la buena adaptación vital del recién nacido a la etapa extrauterina.

Descartar malformaciones mayores. Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. La signología clínica y el examen físico orientado junto a ciertos procedimientos (p. ej. paso de sonda nasogástrica) permiten descartar malformaciones que conllevan un riesgo vital mayor, si no son oportunamente detectadas.

Antropometría y primera evaluación de edad gestacional.- La edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la ecografía permitirán la clasificación del recién nacido. Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal.

Según el resultado de esta primera evaluación se indicará el destino del recién nacido:

Transición habitual junto a su madre.

Cuidado de transición con una orientación específica. Un ejemplo es el caso del recién nacido hijo de madre diabética, en ellos se deberá supervisar la glucemia y descartar poliglobulia.

Hospitalización ha cuidado intensivo o intermedio, según la gravedad del caso

Los aspectos más importantes son:

- a. recepción del recién nacido en la sala de parto;
- b. aspiración de secreciones;
- c. ligadura y sección del cordón;
- d. secado del niño y cuidado de la termorregulación;
- e. identificación del recién nacido;
- f. antropometría;
- g. paso de sonda nasogástrica;
- h. administración de vitamina K;
- i. profilaxis ocular;
- j. muestra de cordón para grupo sanguíneo, Rh y Coombs directo.

Es responsabilidad compartida de la enfermera y el médico el registro completo de los antecedentes del recién nacido, de la evaluación inmediata y de los procedimientos y exámenes efectuados en este momento.

### 3.1 CUIDADO DE TRANSICIÓN

Las primeras horas de vida del recién nacido requiere de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-hijo en un período especialmente sensible e importante y el inicio precoz de la lactancia. En el diseño y organización de toda maternidad se debe considerar que se cuenten con las facilidades para que el cuidado de transición se efectúe junto a la madre.

Si las condiciones no lo permiten, el recién nacido debe quedar en una sala especial con una temperatura de alrededor de 27-28°C y ser enviado con su madre en cuanto estabilice su temperatura y se consigne parámetros vitales normales. Esto ocurre habitualmente entre la primera y segunda hora de vida.

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del recién nacido al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal una taquicardia de hasta 180/min. (Primeros 3 minutos) una respiración de 60 a 80/min., a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mucus y secreciones en la boca. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende. Esta primera etapa se ha llamado primer período de reactividad. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardíaca a márgenes de 120-140/min. y la respiratoria a cifras de menos de 60/min. (Cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este período dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un segundo período de reactividad. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos. Aparecen de nuevo secreciones y mucus en la boca, ocasionalmente puede vomitar. Se escuchan ruidos intestinales. Hay cierta labilidad en la frecuencia cardíaca en respuesta a estímulos exógenos con taquicardia transitoria. El paso de meconio puede producir taquicardia o bradicardia transitoria. La aspiración nasogástrica,

generalmente produce bradicardia. Estos períodos se alteran significativamente cuando la madre ha recibido anestesia, La supervisión de estas primeras horas requiere el control frecuente cada hora, de la temperatura, la frecuencia cardiaca, la frecuencia y características de la respiración, el color, el tono y la actividad.

Emisión de orina y expulsión de meconio. Se debe pesquisar y anotar la emisión de la primera micción y la expulsión de meconio y deposiciones. Algunos de estos eventos ocurrirán cuando el niño está en puerperio. El 92% de los recién nacidos, emite la primera orina en las primeras 24 horas de vida, un alto porcentaje lo hace en la sala de partos. Todos deben haberlo hecho a las 48 h de vida. En caso contrario debe sospecharse una anomalía del riñón o vías urinarias. En cuanto a la expulsión de meconio, alrededor del 69 % lo hacen en las primeras 12 h de vida; el 94% en las primeras 24 h y el 99% en el curso de las 48 h de vida.

### **3.2 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN PUERPERIO**

Pasado el período inmediato de transición el recién nacido permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo.

Este es uno de los momentos para proporcionarle información a la madre respecto a la lactancia natural y sus ventajas. Debe recibir apoyo para su inicio y técnica y ser tranquilizada con respecto a problemas frecuentes que se presentan en el amamantamiento. El apoyo de todo el personal de salud durante su estadía en Puerperio es decisivo para una buena lactancia.

Fenómenos fisiológicos que hay que explicar a los padres. Hay una serie de hechos normales propios de este período que llaman la atención de los padres y que pueden provocar ansiedad y alarma si no son bien explicados.

Aspecto del meconio y deposiciones de transición. Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, que al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café más claro. Entre el 3er y 4º día las deposiciones adquieren el típico color amarillo oro de la alimentación al pecho. A partir del 2º y 3er día es frecuente que el niño obre cada vez que es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas.

Es importante explicar a la madre que esto es normal. La madre primigesta requiere de especial atención en estos aspectos.

Color y piel. En las primeras 24 h y después de las primeras 2 h de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado.

Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritemato papulares, a las cuales se les ha mal llamado eritema tóxico. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presenta una pequeña pústula en el

centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema. Se diferencia fácilmente de otras lesiones de la piel de carácter patológico.

Ictericia. La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Por esta razón debe explicársele cuando es conveniente que acuda para evaluar la ictericia. Al alta, se le debe indicar que en caso de que la ictericia aumente en las extremidades, debe consultar para que se evalúe su ictericia y se considere el tratamiento preventivo con fototerapia.

Comportamiento y reflejos. Tanto la posición y tono del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos. Todos estos hechos serían muy anormales en un adulto o niño mayor y es necesario explicárselos y tranquilizarla.

Efectos hormonales. Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan, frecuencia un aumento de tamaño mamario. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5º día en que aparece secreción láctea, que se constata comprimiendo el nódulo mamario. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo menstruación. Son fenómenos normales que desaparecen espontáneamente.

Evolución del peso. En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del 7mo día.

Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño. Los niños de menos de 3 kg. en general bajan menos, y los de más de 4 kg. pueden bajar más y demorarse más en

recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un complemento.

Cuidado del ombligo. El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada muda. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta no requiere tratamiento y desaparece espontáneamente antes de los 4 años.

### 3.3 HISTORIA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO SANO

La historia clínica proporciona datos fundamentales sobre los antecedentes familiares del niño, el desarrollo del embarazo, el parto y el período neonatal; al menos, ha de recoger la siguiente información: Datos de filiación. Historia familiar, que ha de incluir datos de la madre como antecedentes obstétricos (de la gestación, parto y postparto), edad de la madre, estado de salud y antecedentes patológicos si los hay. También datos del padre, edad, estado de salud y antecedentes patológicos. Historia del embarazo y parto, evolución del embarazo, patología de la gestación si existe, fármacos administrados durante el embarazo y el parto, características del parto y presentación del feto. Estado del niño en el momento del nacimiento, para ello es fundamental disponer del informe neonatal de alta hospitalaria, donde debe constar el peso y la talla del recién nacido, si hubo sufrimiento fetal o si fueron necesarias maniobras de reanimación y el test de Apgar. Conducta del recién nacido, en este sentido, preguntaremos fundamentalmente acerca del llanto, el sueño y la frecuencia de las deposiciones.

#### LINEAMIENTOS DE EXAMEN A PIE DE CAMA: INSPECCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

Examen Cardiorrespiratorio: El color del recién nacido es un importante indicador de la función cardiorrespiratoria del niño. Lo normal es un color rosado generalizado o a menudo una discreta cianosis de manos y pies. El color de las membranas mucosas también es un indicador fidedigno, en especial en los niños de piel oscura. La palidez en el recién nacido puede indicar una posible hemorragia aguda, aunque la hipoxia y la acidosis también puede manifestarse así.

La frecuencia respiratoria normal es entre 40 y 60 por minuto. Los recién nacidos son iradores periódicos más que regulares, especialmente los prematuros, y pueden presentar pequeñas pausas no mayores de 5-10 segundos. En el recién nacido normal no debe existir quejido respiratorio, ni aleteo nasal. Al llorar, especialmente los más prematuros, pueden tener retracción torácica discreta subdiafragmática y esternal.

La frecuencia cardiaca normal en reposo habitualmente corresponde a 120-160 minutos, pero tiene un rango entre 90-195 por minuto y varía con los cambios de actividad del recién nacido. La frecuencia mayor o menores de ese rango mantenidas por más de 15 segundos deben ser evaluadas.

La presión arterial debe controlarse en cualquier recién nacido con patología. Es importante conocer los valores normales, los que pueden variar según el peso y edad del recién nacido.

Abdomen: Inmediatamente después del nacimiento es blando y algo escafoides (deprimido), en la medida que el intestino se llena de aire, el abdomen comienza a distenderse. Los órganos abdominales son fácilmente palpables durante este periodo. Un abdomen marcado y persistentemente deprimido sugiere hernia diafragmática. Un abdomen distendido puede sugerir visceromegalia, ascitis u obstrucción intestinal.

Apariencia general: El sexo y su desarrollo en relación a la edad gestacional y la presencia de malformaciones mayores o deformaciones deben ser notados. La presencia de asimetría en movimientos puede indicar lesión de plexo braquial o cervical.

Antropometría: El peso, la talla y la circunferencia craneana se miden al momento de nacer de acuerdo a técnicas de enfermería estandarizadas. Estas se evalúan ubicándolas en la curva de crecimiento intrauterina.

Con posterioridad debemos de inspeccionar:

Postura y actividad: El recién nacido de término tiene una actividad variable según su estado de sueño, alerta o llanto. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades de los mismos lados extendidos y las contra laterales en flexión. La postura también está

influida por la posición intrauterina por ejemplo luego de un parto en presentación podálica, presenta sus muslos flectados sobre el abdomen.

El prematuro presenta una postura de mayor extensión a menor edad gestacional.

## PIEL

**Piel y Textura:** Usualmente es de un color rosado y suave con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies, que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el recién nacido de pos término es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia, significa que la bilirrubina está al menos sobre 5%mg . En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

**Unto sebáceo:** Es un material graso, blanquecino que puede cubrir el cuerpo, que es producido por las glándulas sebáceas desde las 20-24 semanas de gestación, disminuyendo a partir de las 36 semanas y desapareciendo a las 41 semanas.

**Lanugo:** Pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.

**Mancha mongólica:** Manchas de color azul pizarra, con frecuencia grandes, se ubican en el dorso, nalgas o muslos, no tienen significado patológico.

**Hemangiomas planos:** Son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello.

**Eritema tóxico:** Maculo papular con base erimatoso que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo y que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en el tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. Tampoco tiene significado patológico.

## CABEZA

Forma y tamaño: Es grande con relación al resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.

Fontanelas: La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm. de diámetro mayor; es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm., un tamaño mayor puede asociarse a un retraso en la osificación, hipotiroidismo o hipertensión intracraneana.

Suturas: Deben estar afrontadas, puede existir cierto grado de cabalgamiento. Debe probarse su movilidad para descartar craneosinostosis. Bolsa Serosanguínea: Corresponde a edema del cuero cabelludo por la presión del trabajo de parto. Se extiende sobre las líneas de suturas y pueden ser extensos. Debe diferenciarse del céfalo hematoma.

## CARA

Ojos: Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo. La pupila debe responder a la luz. Opacidades de la córnea y el cristalino son anormales y pueden diagnosticarse con la búsqueda del rojo pupilar.

Nariz: El recién nacido es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.

Milium Sebáceo: Quiste blanquecino de pequeñas dimensiones, que aparece en la epidermis, producido por la obstrucción de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas ecrinas.

Boca: Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos. En el paladar se deben buscar fisuras. Es frecuente observar las llamadas perlas de Ebstein en la línea media, que son pequeñas pápulas blanquecinas (quistes epiteliales). No tiene significado patológico.

Oídos: Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones especialmente del tracto urinario. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca.

Cuello: Es corto y simétrico. Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen: bocio, quistes tiroglosos y hematomas del esternocleidomastoideo. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asinetismo).

Tórax: Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales, 30 a 60 por minuto.

Clavículas: Se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura.

Nódulo mamario: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

Pulmones: La respiración del recién nacido es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma

simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.

Corazón: Frecuencias cardíacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El ápex está lateral a la línea medio clavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

## ABDOMEN

Forma: Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.

Ombliigo y cordón umbilical: Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombliigo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc.

Ano y recto: Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas.

## GENITALES

Masculinos: En el recién nacido de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

Femeninos: Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina.

Caderas: Deben abducir en forma simétrica; sospechar luxación congénita de caderas si hay limitación a la abducción o si se siente un resalte cuando el fémur es dirigido hacia atrás y luego abducido (signo de Ortolani).

Extremidades: Los brazos y piernas deben ser simétricos en anatomía y función. Alteraciones mayores incluyen: ausencia de huesos, pie bot, polidactilia, sindactilia, deformaciones que pueden sugerir síndromes malformativos. En ocasiones puede palparse fracturas.

Actitud general y tono muscular: Debe evaluarse si la simetría de movimientos, postura y tono muscular son asimétricas, entonces pueden indicar lesiones neurológicas. Los niños prematuros son hipotónicos respecto a los niños de término. También evaluar el llanto.

## REFLEJOS ARCAICOS:

A.-Reflejo de Moro: se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a una deflexión brusca de la cabeza; tiene varias fases: primero el recién nacido abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.

B.-Presión palmar y plantar: al aplicar presión en las palmas y plantas de pies, el recién nacido flexiona sus dedos empuñando la mano o flectando los dedos del pie.

C.-Búsqueda: el recién nacido vuelve su cabeza hacia el lado que se le aplica un estímulo en mejilla o peribucal, buscando el pezón de la madre.

D.-Succión: movimiento rítmico y coordinado de lengua y boca al colocar un objeto (chupete-dedo), dentro de ella.

E.- Marcha automática: al sostener al recién nacido desde el tronco e inclinando levemente hacia delante, da unos pasos en forma automática.

### 3.4 RECONOCIMIENTO DE PROBLEMAS DE SALUD

#### Mediciones

**PESO:** el peso normal del recién nacido al nacimiento oscila entre 3.250 y 3.500 gramos para los varones y entre 3.000 y 3.250 gramos para las mujeres.

Según esto consideraremos como bajo peso cifras menores de 2.500 gramos al nacimiento y, alto peso, si es superior a 4.000 gramos. Se sabe que después del nacimiento y durante la primera semana de vida, se produce una pérdida fisiológica del 10% del peso con el que nació, debida a la pérdida de agua y meconio (que no es más que el material verdoso compuesto por moco, bilis y restos epiteliales que elimina el intestino del recién nacido); luego, durante el primer mes de vida, el recién nacido deberá ganar aproximadamente unos 200 gramos semanales.

**TALLA:** la talla media del recién nacido está sobre los 50 cm, oscilando entre 46 y 52 cm.

**PERÍMETRO CEFÁLICO:** lo normal es que esté entre 34 y 35 cm, y debe ser solamente 1 ó 2 cm mayor que el perímetro torácico, de hecho, un aumento de sólo 3 cm sugiere patología.

**PERÍMETRO TORÁCICO:** la media está entre 32 y 33 cm.

#### INSPECCIÓN GENERAL

En primer lugar y como hemos visto, sabemos que es indispensable observar al niño antes de manipularlo; se valorará el aspecto general del niño, así como su actitud, el tono y la posición.

En condiciones normales, el recién nacido tiene cuello corto y simétrico, abdomen globuloso y extremidades cortas; el niño sano tiene los brazos generalmente

separados, los antebrazos flexionados en posición media y las manos en actitud de pronosupinación, generalmente en forma de puño; las piernas están ligeramente flexionadas a nivel de las rodillas y algo separadas con semiflexión de las caderas.

Habría que valorar también el tipo constitucional del recién nacido y descartar malformaciones llamativas como espina bífida (hendida en dos partes) o deformidades a cualquier nivel; es importante también al mismo tiempo adquirir una impresión sobre el llanto del neonato.

## EXPLORACIÓN DE LA PIEL:

La coloración normal del niño recién nacido es normal o sonrosada, y puede haber un eritema fisiológico en las primeras 48 horas (es una afección benigna de enrojecimiento difuso que se presenta a los 3 ó 4 días de vida y desaparece hacia el décimo), y desde el segundo al cuarto días puede en algunos casos aparecer un leve tinte icterico o amarillento; también es relativamente frecuente la descamación de la piel en el recién nacido, sobre todo en bebés postmaduros. Estas situaciones pueden ser absolutamente normales y fisiológicas, pero, dentro de la exploración cutánea existen otros datos de interés que hemos de valorar; son los siguientes:

La palidez del recién nacido puede deberse a anemia, mala perfusión periférica, hipotermia o sepsis.

La ICTERICIA NEONATAL, es decir, la coloración amarillenta de piel y mucosas debida a la presencia de elementos biliares en la sangre, puede ser normal o fisiológica; en ambos casos se produce por un aumento de bilirrubina indirecta, responsable de esta coloración amarillenta o anaranjada; se aprecia más fácilmente apretando la piel con un dedo y observando la coloración del área blanqueada por la presión local. La ictericia fisiológica aparece a las 24 horas del nacimiento y desaparece alrededor del cuarto día, y en los niños alimentados con lactancia materna puede ser más intensa y prolongada sin que por ello sea patológica; la duración mayor de 12 días así como su aparición tras las primeras 72 horas de vida, harán sospechar patología y serán motivo de traslado hospitalario. Otro criterio de derivación será la presencia de cifras de bilirrubina mayores de 15 mg. /dl. en niños alimentados con lactancia materna o mayores de 13 mg. /dl. en niños con lactancia artificial.

El VERNIX CASEOSO también es normal en el recién nacido; es un unto sebáceo, de aspecto blanquecino que recubre la piel del feto y que desaparece a las pocas horas de vida.

El LANUGO es el vello que aparece en brazos y en el dorso del recién nacido a término; cuanto más lanugo aparezca en otras localizaciones más inmaduro será el neonato.

El MILIUM consiste en pequeños quistes sebáceos, como granitos blanquecinos, que aparecen en la cara, sobre todo en las alas de la nariz, que suele desaparecer en 8-10 días.

La denominada MANCHA AZUL MONGÓLICA aparece con frecuencia sobre la región sacra y suele desaparecer al año de vida, pero no tiene ninguna traducción patológica a pesar de su denominación. También pueden aparecer nevus vasculares o manchas teleangiectásicas en la cara, sobre todo cejas y párpados que desaparecen con el tiempo.

El EXANTEMA TOXOALÉRGICO se observa a menudo y consiste en la presencia de una erupción cutánea frecuentemente localizada en el tronco del recién nacido; se produce por un mecanismo alérgico por reabsorción de distintas sustancias al cortar el cordón umbilical del recién nacido, y desaparece espontáneamente en unos días.

El CUTIS MARMORATA aparece en el recién nacido como consecuencia de los cambios de temperatura; consiste en veteado transitorio rojo azulado de la piel producido por el frío.

## EXPLORACIÓN DE LA CABEZA:

Antes de nada, y como recomendación, hemos de saber que en esta valoración hemos de dejar la exploración de la boca y los oídos para el final ya que el llanto que suele desencadenar puede dificultar el resto de la exploración; en primer lugar, hay que valorar la simetría y el aspecto general de la cabeza.

El CAPUT SUCEDANEUM es una tumefacción que aparece durante las primeras 24 horas de vida en la zona de presentación del parto; consiste en el acumulo de líquidos que no afecta al hueso y tiene solamente unas horas de duración.

El CEFALOHEMATOMA es un cúmulo de sangre que se localiza sobre todo en la región parietal; aparece tras el segundo día y puede durar incluso semanas.

A la palpación, la fontanela anterior es de forma romboidal, y sus medidas son de 1,5-2,5 cm.; la fontanela posterior es de morfología triangular y mide entre 0,5-1,5 de diámetro. Éstas se presentarán abombadas en caso de hipertensión intracraneal y por el contrario se mostrarán hundidas o deprimidas en caso de deshidratación.

En la boca, descartaremos deformidades como la fisura palatina; pueden hallarse en el paladar duro unos nódulos de aspecto nacarado denominados perlas de Ebstein, que se trata de un hallazgo normal.

## EXPLORACIÓN APARATO RESPIRATORIO

La frecuencia respiratoria normal en el recién nacido es de 30-60 respiraciones por minuto.

La auscultación pulmonar debe ser normal, aunque es relativamente frecuente escuchar ruidos de despegamiento alveolar.

## EXPLORACIÓN APARATO CARDIOVASCULAR:

La frecuencia cardiaca del recién nacido oscila en condiciones normales entre 120 y 160 latidos por minuto.

La tensión arterial no suele determinarse por norma en los recién nacidos, y se reserva sobre todo para niños afectados; las cifras normales están sobre 80/40 mmHg.

En la auscultación cardiaca pueden oírse soplos transitorios en los primeros días de vida que desaparecen espontáneamente.

## EXPLORACIÓN DEL ABDOMEN

El cordón umbilical al secarse toma un color amarillento y luego se vuelve marrón y quebradizo; suele caer al final de la primera semana o durante la segunda.

Es frecuente un leve eritema (enrojecimiento de la piel debido a la congestión de los capilares) de la piel de los bordes del muñón umbilical, que si es intenso o con edema (hinchazón) puede indicar onfalitis, es decir, inflamación del ombligo.

En algunos casos, el líquido amniótico del cordón puede invadir la pared abdominal y originar un ombligo amniótico o una hernia umbilical u onfalocele en casos extremos.

En condiciones normales, el hígado puede palparse a 1-2 cm. /dl reborde costal derecho, y el bazo aproximadamente a 1 cm. por debajo del reborde costal izquierdo. A la palpación profunda se puede apreciar el riñón, a la altura del ombligo, a mitad de trayecto entre la línea media y el costado.

En esta exploración deben descartarse hernias o masas abdominales. Puede haber un pequeño defecto de la musculatura de la pared anterior abdominal, a

nivel periumbilical, que puede dar lugar a una hernia umbilical que acabará por corregirse cuando los músculos crezcan, normalmente al final de la lactancia; si el defecto es grande, y parte del contenido abdominal sale, se tratará de un onfalocele.

También habrá que explorar siempre la región anal para descartar imperforación o fístulas (conducto anormal, ulcerado y estrecho, que se abre en la piel o en las mucosas).

## EXPLORACIÓN GENITAL

En el caso de los niños, en los recién nacidos, el pene suele medir 3-4 cm. de largo y 1,3 cm. de ancho. El escroto aparece pigmentado y con pliegues. Puede existir fimosis fisiológica y adherencias balanoprepuciales (en el extremo del miembro viril) que se solucionan espontáneamente o con la repetición de sencillas maniobras desapareciendo en general antes de los cuatro años.

Los testículos han de palparse para descartar anomalías de situación (ectopia y criptorquidia), es decir, ausencia de uno o ambos testículos en el escroto (bolsa testicular o saco escrotal), por localización de éstos fuera del saco escrotal (ectopia). En la criptorquidia el testículo queda retenido a lo largo de su trayecto normal, ya sea en la cavidad abdominal o bien, con mayor frecuencia, en el conducto inguinal. Con esta palpación aprovecharemos también para descartar posibles hernias inguinales que se descubren por el llanto del bebé.

Es relativamente frecuente la presencia de hidrocele en el escroto, que no es más que acumulo de líquido a este nivel, que suele deberse a traumatismo del parto y se soluciona en uno o dos meses.

El hipospadias es una anomalía muy común, consiste en una apertura anormal de la uretra en la cara inferior del pene, y varía desde una pequeña hendidura en el extremo distal de la uretra hasta un importante defecto en la longitud del pene.

En las niñas, los labios mayores están normalmente desarrollados, mientras que los menores y el clítoris suelen estar aumentados de tamaño. Habrá que valorar adecuadamente la uretra y la vagina; en muchos casos es posible observar un flujo vaginal fisiológico blanquecino e incluso un ligero sangrado vaginal debido a los estrógenos maternos; puede durar una semana y no tiene significación patológica.

En ambos casos, tanto en niños como en niñas recién nacidos, es posible encontrar una leve ginecomastia, es decir, un volumen excesivo de las mamas, debido al paso de estrógenos de la madre al recién nacido.

Exploración aparato locomotor

Se deben palpar las clavículas para descartar fracturas, hecho relativamente frecuente por traumatismos durante el parto.

La columna vertebral también ha de palparse en toda su longitud buscando asimetrías o defectos cutáneos que puedan traducir anomalías del tubo neural como meningocele, mielomeningocele, etc.

La posible luxación congénita de cadera se explora mediante las maniobras de Ortolani y Barlow, pero se debe valorar también la presencia de pliegues o asimetrías sugerentes de luxación con el niño tumbado boca arriba y con los miembros inferiores en extensión.

Cuando existen factores de riesgo de luxación congénita de cadera (sexo femenino, parto de nalgas, antecedentes familiares) debemos ser especialmente

cuidadosos, y en casos de anomalías en la exploración, solicitaremos una ecografía de ambas caderas al mes de vida.

#### EXPLORACION NEUROLOGICA:

La finalidad del examen neurológico del recién nacido será determinar el nivel de desarrollo neuropsíquico e identificar trastornos que puedan dar lugar a deterioros neurológicos. Así pues, valoraremos diferentes aspectos.

**NIVEL DE ALERTA:** aunque el recién nacido pasa la mayor parte del tiempo durmiendo (hasta unas 20 horas al día) es normal que el despertar ocasione apertura de ojos y movimiento de extremidades.

**TONO Y POSTURA MUSCULAR:** la postura normal de un recién nacido a término es de flexión y aducción de ambas extremidades, es decir, con las extremidades aproximadas al cuerpo. En los prematuros se aprecia un leve déficit de tono muscular o hipotonía, que generalmente se acompaña de una depresión de los reflejos. Del mismo modo, cuando se da la situación contraria o hipertonía, determinados reflejos pueden estar exagerados y suele cursar con predominio de la hiperextensión de las extremidades.

**MOVIMIENTOS ESPONTÁNEOS:** cuando el niño está tumbado boca arriba, es decir, en decúbito supino, el recién nacido normal puede girar la cabeza, chuparse el pulgar y mover los brazos y las piernas con episodios de flexión y extensión alternativos; en decúbito prono, es decir, tumbado boca abajo, es capaz de girar la cabeza para dejar así libre la nariz. Deberá observarse si existen o no estos movimientos o si son exagerados.

**EXPLORACIÓN DE REFLEJOS:** la valoración de los reflejos tiene un gran valor en la exploración del recién nacido; algunos son reflejos primitivos y es importante

determinar su momento de aparición y desaparición, ya que muchos de ellos se anulan con el tiempo.

Reflejo de succión: se determina durante la alimentación; el examinador lo evaluará introduciendo su dedo en la boca del recién nacido, notando la fuerza y el ritmo de succión así como la sincronización con la deglución al tragar. Aparece al nacimiento y desaparece cuando se logra el control voluntario de la alimentación, a los 6-9 meses. Este reflejo será anormal en casos de depresión neurológica, inmadurez o hipotonía (disminución del tono muscular).

Reflejo pupilar: consiste en la contracción de la pupila por la acción de la luz sobre la retina, y se explora tapando un ojo con la mano durante un instante y retirándola después para comprobar si al eliminar la oscuridad se produce la contracción de la pupila o miosis. Aparece en

Reflejo de parpadeo: se explora aplicando una luz repentinamente sobre los ojos provocando así el parpadeo. Aparece desde el nacimiento.

Reflejo de prensión: colocando el dedo del explorador en la palma del niño, éste cerrará la mano alrededor del dedo. Aparece al nacer y dura 2-3 meses.

Reflejo plantar (Babinski): al pasar un instrumento como una aguja por la parte lateral del pie del recién nacido se producirá la extensión del dedo gordo y la separación de los demás dedos del pie; no es patológico en el lactante, pero sí después, (de hecho, en los niños mayores que ya caminan, la maniobra provocará la flexión del dedo).

Reflejo de Moro: se explora manteniendo al niño en decúbito supino, sujetando los hombros y la espalda con la mano y brazo izquierdos del explorador, y la cabeza con la mano derecha a nivel de la región occipital, de modo que se deja caer la cabeza del niño hacia atrás cogiéndola de nuevo mientras se sigue sujetando el resto del cuerpo; los brazos del niño efectuarán una abducción rápida, es decir, se abrirán separándose del cuerpo, y se juntarán de nuevo

mientras que las piernas se flexionan. Este reflejo aparece al nacimiento y se retira a los 2-3 meses.

Reflejo de marcha: se explora manteniendo al niño en posición vertical, sujetándolo por el tronco e inclinándolo ligeramente hacia delante, de modo que cuando el pie toca la superficie comienza a simular la marcha. Aparece aproximadamente a los cuatro días del nacimiento y desaparece alrededor de los dos meses.

#### IV. CONSIDERACIONES IMPORTANTES DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Quizás el talento de una buena enfermera de neonatología sea el reconocimiento de problemas de una forma inmediata, es por ello por lo que muchos autores apuntan que los años de experiencia hacen que la enfermera sepa identificar con más profundidad los problemas existentes en el neonato. Ya es un gran signo de inquietud por parte de la enfermera, preguntarse: ¿Que le está pasando al niño? en este momento preciso, posiblemente una enfermera de poca experiencia determine por consultar al pediatra correspondiente y el pediatra le indique la inspección del neonato, pero una enfermera experta antes de proceder a comunicar la situación al pediatra, se cerciora que están cubiertas una serie de necesidades básicas del neonato (inspección del neonato) y por supuesto se cerciora de la toma de las constantes vitales y la vulnerabilidad que puede tener este ante un cambio de una de estas constantes vitales. El test que más se utiliza para la valoración de la vitalidad del Recién Nacido es el Test de Apgar, que es el siguiente.

#### TEST DE VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO (RN) TEST DE APGAR

SIGNO	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 sonda) de	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis Palidez	o Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

## EL LUGAR DONDE SE VA A UBICAR AL RECIÉN NACIDO.:

Espacio físico (el adecuado para su patología), no comprometiendo ni al bebé ni a otros bebés a que puedan contraer infecciones cruzadas. Entorno agradable, música relajante, sin luz directa, luz natural, colores pasteles que alegren su estancia, etc. El espacio debe de ser entre 4 y 10 metros cuadrados por cliente, una separación mínima de 1 metro entre camas.

La cama: generalmente una cuna o una incubadora, está debe de ser homologada, es decir que cumpla todos los requisitos necesarios para que el bebé no pueda sufrir altercados (lesiones, caídas accidentales, asfixia, etc.). La cuna debe de cumplir al menos los siguientes requisitos:

- 1.-La largura de la cuna debe ser al menos 20 cm más larga que la altura del niño y el ancho debe tener un mínimo de 60 cm.
- 2.-La distancia mínima entre los barrotes debe ser de 45 mm, y la máxima de 66 mm, y éstos deben estar colocados de modo que el niño no pueda encontrar un punto de apoyo para trepar.
- 3.-La distancia entre las láminas del somier debe ser de 6 cm como máximo y la mayor distancia posible entre éste y el bastidor debe ser de 25 mm por los dos lados.
- 4.-Si la cuna tiene decoraciones o calcomanías, éstas deben estar bien pegadas, de forma que el niño no las pueda arrancar.
- 5.-Los embellecedores y similares deben ser de tal tamaño que no podrían introducirse en un cilindro de 31'7 mm de diámetro y 47'1 mm de largo.
- 6.-El colchón debe tener un espesor mínimo de 10 cm y debe ajustarse bien a la cuna, de forma que como máximo queden 2 cm. por cada lado entre éste y las barandillas laterales.
- 7.-La cuna debe tener una altura interna mínima de 600 mm en la posición más baja de la base, y de 300 mm en la posición más alta de la base.

8.-En los modelos con cuatro ruedas, es indispensable que al menos 2 puedan bloquearse.

La incubadora:

Durante los últimos años el uso de incubadoras en salas de recién nacidos se ha visto incrementado principalmente debido a que sus ambientes térmicos más adecuados a la cantidad de calor requerida garantizan al niño, especialmente a aquellos prematuros, una supervivencia mayor. El recién nacido tiene características que lo hacen diferente al niño mayor o al adulto al no ser capaz de tolerar los mismos límites de temperatura que los mayores. La facilidad de enfriamiento que exhiben los neonatos y en especial los prematuros ha sido una preocupación constante de los especialistas en esta materia. El recién nacido tiene capacidad limitada para defenderse no solo de los ambientes fríos sino también de los ambientes cálidos.

Los niños que son protegidos contra las excesivas pérdidas de calor mejoran sus posibilidades de sobrevivir en un porcentaje importante.

Se define la termorregulación como la capacidad de regular la energía calórica del cuerpo. En las personas adultas ésta es alcanzada por actividad muscular. Los recién nacidos de término tienen una fuente de producción de calor en la grasa parda. En el caso de los prematuros e inmaduros, que presentan un descenso en la grasa subcutánea y menor capacidad de aislamiento además de presentar una superficie corporal mayor en relación a su peso y disminución de grasa parda, la termorregulación no es alcanzada.

El individuo produce calor de dos formas esencialmente:

- 1) Por ejercicio.
- 2) Por movimientos involuntarios.

El recién nacido tiene muy limitada su capacidad de producir calor a través de la actividad muscular por lo cual solo le quedará la capacidad de hacerlo por medio del metabolismo de las células de la grasa parda.

El calor como una forma de energía tiende a igualarse de tal manera que cuando existe un gradiente térmico el calor se transmitirá a los objetos más fríos. Las formas de perder calor son cuatro y se describen a continuación:

1) Conducción: Es la transmisión de energía térmica entre dos cuerpos que se encuentran en contacto y está en relación a la magnitud de la superficie en contacto, la diferencia de temperatura y el coeficiente de conducción.

2) Convección: Equivale a la conducción en movimiento y esto es aplicable para los gases y líquidos. El intercambio estará acorde tanto a la diferencia de temperaturas como al tamaño de los objetos, así como a la velocidad del fluido.

3) Radiación: Ocurre cuando el recién nacido transmite calor a otros campos cercanos a él, y cuando el niño recibe calor por otros cuerpos. También el niño se enfriará en la sala de partos, si permanece desnudo tratando de irradiar calor si la temperatura del ambiente es muy baja.

4) Evaporación: Es un mecanismo por el cual se pierde energía a razón de 0.58 cal por gramo evaporado. Cuando la superficie húmeda del cuerpo del niño hace contacto con el aire seco, la humedad se evapora y arrastra calor, esto sucede cuando el recién nacido cubierto por líquido amniótico no se seca inmediatamente

El objetivo primordial es mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutral en donde consuma menos energía y su temperatura se mantenga entre los 36.7°C y los 37.3°C.

El balance térmico está determinado por la cantidad de calor que se pierde desde el cuerpo al medio ambiente y el calor proveniente de las fuentes externas. Para lograr esto se realizan dos procedimientos:

- 1) Bloquear los caminos de pérdida de calor.
- 2) Asegurar las fuentes de suministro de calor.

El primer paso consiste en ajustar de una manera adecuada en las salas de nacimiento y cuidados neonatales la temperatura y la humedad de los mismos las cuales estarán de acuerdo a las recomendaciones internacionales entre los 22°C a los 26°C con una humedad relativa de alrededor del 60%.

Desde el siglo XVIII se han efectuado intentos para preservar el calor en los niños recién nacidos. A mediados del siglo XX se demostró que la permanencia en incubadoras aumenta la sobrevivencia en los neonatos prematuros y de bajo peso.

La incubadora más conocida es la de pared sencilla con un sistema de calentamiento de aire que mantiene la temperatura corporal principalmente por convección. Hay tres factores que intervienen para que se mantenga una zona de termo-neutralidad:

- 1) Patrones de velocidad del aire.
- 2) Humedad.
- 3) Superficies en las cuales se intercambia calor por radiación.

Un diseño importante es el servocontrol de las incubadoras el cual mantiene el calor del neonato en los rangos seleccionados a través de un mecanismo electrónico, que recibe las mediciones de temperatura de la piel del niño. En un principio estos diseños se basaban en un mecanismo de encendido y apagado de las fuentes de calor en relación a una temperatura de la piel predeterminada. Esto ocasionaba grandes oscilaciones en la temperatura del aire que repercutían en

múltiples problemas para los pacientes, lo cual se solucionó al manejar un sistema de encendido y apagado proporcional, basado en una franja de control de temperatura cutánea. La mayoría de las incubadoras tienen sistemas de humidificación que les permite llegar hasta el 95% de humedad relativa. El incremento de esta humedad reduce las pérdidas de calor por evaporación.

En la actualidad la mayoría de los fabricantes de incubadoras incluye en su modelo una doble pared que agrega una superficie sin otra función que la de interponer otra barrera que pueda evitar las pérdidas por radiación utilizando una pared con un gradiente de temperatura menor. Entre los diseños más recientes existe aquel en el que se hace pasar la columna de aire entre las dos paredes calentando de una manera activa la segunda pared y permitiendo que las radiaciones térmicas fluyan ahora al cuerpo del pequeño; el sobrante de este aire caliente sale a través de unos orificios hacia donde se encuentra el niño calentando el espacio y permitiendo el intercambio de CO<sub>2</sub>. Las incubadoras de doble pared proporcionan una temperatura de operación y de la pared mayor que las de simple pared.

La Alimentación. Hay que proporcionarle la alimentación más adecuada, y esta preferiblemente es la alimentación con leche materna, para ello hay que proporcionar los medios adecuados para que esta pueda producirse. Si se decide por la alimentación con fórmula, se debe de garantizar los medios (biberones, tetinas, medidas de limpieza y esterilización del material que utilizado, etc.) más adecuados para que esta se pueda realizar con garantía de seguridad.

La higiene. La limpieza del entorno debe de ser diaria y continuada, de forma que si hay algo sucio debe de limpiarse lo antes posible, sobre todo desechos orgánicos. Con respecto a la higiene corporal, igualmente debe de hacerse a diario, pudiéndose pautar de la siguiente forma:

--Baño diario, generalmente se debe de realizar a última hora de la tarde coincidiendo con las horas donde se persigue que consiga mayor tiempo de descanso. Se debe utilizar jabones neutros o ligeramente ácidos, buscando un pH lo más parecido al pH de la piel. Los utensilios deben de ser los más adecuados para cada caso concreto y deben de estar cerca de la cama.

--Cambios de Pañal, estos se deben realizar después de la toma de alimentación y siempre que estén manchados de orina o heces, siempre y cuando al bebé se sienta incomodo (no interrumpir el sueño para realizar cambios seriados de pañales).

-Cambios de la lencería de cunas e incubadoras, estos se deben de hacer como mínimo a diario, y siempre y cuando estén sucios por alguna eventualidad.

--Es importante tener en cuenta que los bebés pierden mucho calor por convección, se deben de secar por contacto y no frotando, ya que así se perdería mucho calor.

--La ropa debe ser de fibras naturales (hilo, algodón) mejor que artificiales (nylon), pues éstas absorben más el agua. La ropa debe ser amplia, de modo que permita los movimientos del bebé, y deberá tener botones grandes (o bien cintas autoadhesivas), que se abrocharán o sujetarán preferiblemente por la espalda. La ropa de cuna será ligera de peso. Deben evitarse los lazos, cordones o prendas de angorina, porque pueden deshilacharse y liberar pequeños hilos que podrían producir obstrucción respiratoria. El lavado de la ropa del bebé se hará con jabones para ropa delicada y sin añadir lejías u otras sustancias blanqueadoras, que pueden ser irritantes para su piel.

#### 4.1 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

APNEA (pausa en la respiración) Es el cese de la respiración por más de 20 segundos acompañado de bradicardia, cianosis palidez, hipotonía o acidosis metabólica. Es un hecho frecuente en el prematuro, ya que el 80% de los menores de 1000 gr. y el 50% de los menores de 1500 gr. presentarán algún episodio de este tipo durante su evolución. Debe diferenciarse de la respiración periódica, que es un patrón respiratorio normal que presentan algunos prematuros y que consiste en pausas respiratorias recurrentes de 5-15 segundos seguidas de movimientos respiratorios normales o rápidos por otros 10 a 15 segundos. En el recién nacido de término, en cambio, es un acontecimiento poco frecuente y asociado habitualmente a una enfermedad seria.

Características:

- Dura más de 15-20 segundos.
- El recién nacido cambia de color: se pone pálido o cianótico (azulado).
- Se asocia con una disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia).

CIANOSIS (coloración azulada de la piel). Coloración azul oscura de lengua, mucosas y piel, debida al aumento de la cifra absoluta de hemoglobina reducida (Hbr) por encima de 3 g/dL. Según su origen se diferencian:

Cianosis central: aumento de Hbr en la sangre arterial. Evidenciable en la lengua (aunque en caso de shock podría tratarse de una cianosis periférica). Puede manifestarse como una cianosis diferencial cuando sólo se observa en un hemicuerpo, bien el superior (transposición grandes arterias + ductus + hipertensión pulmonar) o el inferior (coartación aorta preductal + ductus, persistencia circulación fetal).

Cianosis periférica: aumento de Hbr en sangre capilar. Evidenciable en la piel, sobre todo en extremidades.

Normalidad: Sat Hb >93%. Es suficiente entre 94 y 97%. Suele acompañarse de una PaO<sub>2</sub> >60 mm Hg. Ambos se alcanzan a los 10-20 minutos de vida.

Desaturación mínima: Sat Hb 90-93%. Aceptable en displasia broncopulmonar (DBP).

Desaturación leve: Sat Hb 85-89%.

Desaturación grave = cianosis: Sat Hb <85% (Hemoglobina reducida >3 g/dL).

Desaturación muy grave: Sat Hb <75%. Según la cifra de hemoglobina total.

ICTERICIA (coloración amarillenta de la piel). Cuando se prolonga más de tres días con lactancia artificial o diez con lactancia materna. Igualmente si aumenta de intensidad o adquiere tinte verdínico.

La ictericia es uno de los fenómenos clínicos más comunes durante el periodo neonatal y es una frecuente causa de hospitalización en las salas de cuidados de recién nacidos, para fototerapia y, en no pocas oportunidades, para exanguinotransfusión. En Estados Unidos de Norteamérica, cada año aproximadamente 2.5 millones de recién nacidos se tornan icterícos. Existe controversia sobre las posibles consecuencias de la ictericia neonatal y sobre el momento en que se debe iniciar su tratamiento.

Bajo ciertas circunstancias la bilirrubina puede ser tóxica para el sistema nervioso central produciendo daño neurológico permanente. Por otro lado, estudios recientes han sugerido que la bilirrubina podría derivar efectos benéficos a nivel celular, por tener propiedades antioxidantes. Más del 50% de los recién nacidos desarrollan ictericia. El resurgimiento de la alimentación con leche materna ha aumentado la incidencia de ictericia.

La ictericia fisiológica del neonato es un proceso benigno autolimitado. Se estima que se presenta en un 40 a 60% de los nacidos a término y en 80% de los pretérminos. Sin embargo, cuando la ictericia no se resuelve dentro de las primeras dos semanas de vida en el recién nacido a término (o por más de 3 semanas en el prematuro) o cuando se encuentran más de 2 mg/dl de bilirrubina conjugada en suero, la ictericia no se puede considerar como fisiológica y por tal razón se debe realizar una evaluación completa para determinar su causa.

La ictericia resulta de un incremento de bilirrubina presentada al hígado, o de la imposibilidad de excretar la bilirrubina por disyunción en el proceso metabólico hepático, intestinal o renal. Es clínicamente evidente cuando existe una concentración de bilirrubina mayor de 5 mg/dl en suero.

No hay esquemas simples de manejo del recién nacido icterico, existiendo múltiples variaciones en su manejo. El egreso precoz posparto puede producir complicaciones no detectables en recién nacidos ictericos.

Existen ciertos factores (raza, sexo, hábito de fumar, etcétera.) que modifican el curso y la evolución de la enfermedad.

**ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA** la temperatura axilar es inferior a 36° C, debiéndose tener especial atención cuando se acompaña de otros síntomas.

Se entiende por HIPERTERMIA (fiebre) una temperatura axilar superior a 38° C. Mientras se hace la consulta debes procurar no abrigarle en exceso, en caso de seguir ascendiendo la fiebre poner paños de agua templada.

**CONVULSIONES** (movimientos anormales de aparición brusca). Aunque en ocasiones son apreciaciones subjetivas debes efectuar siempre consulta.

Las convulsiones neonatales son un proceso frecuente con una incidencia de 1,8-5/1.000 recién nacidos vivos, y suelen ser la primera manifestación de una disfunción neurológica secundaria a una gran variedad de etiologías. El rápido reconocimiento de estos procesos y el inicio de un tratamiento eficaz y específico mejoran el pronóstico de estos pacientes.

Las convulsiones neonatales son un proceso frecuente de las que pueden encontrarse numerosas causas, siendo las principales la asfixia perinatal y los trastornos hidroelectrolíticos. La hipoglucemia e hipocalcemia son causas habituales y deben ser siempre excluidas rápidamente en todo recién nacido con convulsiones, pues su tratamiento precoz conlleva la desaparición de la sintomatología. Las convulsiones debidas a hipocalcemia y hemorragia subaracnoidea tienen mejor pronóstico que las originadas por hipoglucemia, meningitis o malformaciones cerebrales.

Las convulsiones del recién nacido no se encuentran siempre acompañadas de patrón ictal electroencefalográfico<sup>1</sup> por lo que esta prueba no debe considerarse un método exclusivo de diagnóstico.

La aparición de una convulsión precoz (en la primera hora de vida) debe hacer sospechar la posibilidad de que exista un fármaco como mediador de la misma.

El uso de anestésicos locales durante el parto vaginal es una medida habitual en la práctica de la episiotomía. La toxicidad por anestésicos locales en niños es extremadamente rara; sin embargo, se han descrito casos de convulsiones y arritmias, estando los recién nacidos más predispuestos a padecer estas complicaciones por retraso en el metabolismo y eliminación de estos fármacos.

La administración accidental de anestésico local durante el parto se ha descrito como causante de convulsiones tónicas normalmente acompañadas de apnea y/o depresión respiratoria en las primeras 6 h de vida.

El diagnóstico precoz de la administración accidental de anestésico local y la prevención de la hipoxia cerebral secundaria a la convulsión conlleva un pronóstico excelente.

**DISTENCIÓN ABDOMINAL.** Tanto si se establece de forma brusca o progresiva. Adquiere especial urgencia si se acompaña de estreñimiento, vómitos, dificultad para respirar o decaimiento general.

**VÓMITOS.** Se considera como normal la expulsión de leche tras la alimentación, coincidiendo con la expulsión de aire, que suele ser de poca cantidad y con escasa fuerza denominándose regurgitaciones. Adquieren especial valor cuando son de tipo bilioso o a chorro, se acompañan de abdomen excavado o distendido o pérdida de peso, lo que les diferencia bien de las regurgitaciones normales.

**EVACUACIONES.** Para catalogarlo de DIARREA (aumento del número de deposiciones) se requiere que estas sean fluidas y/o en número superior al habitual, con presencia posible de moco y sangre y acompañándose, por lo general, de otros síntomas como irritabilidad, rechazo del alimento o vómitos.

**EL ESTREÑIMIENTO** (disminución del número de deposiciones) aparece cuando el bebé no hace deposiciones en 24-48 horas o las deposiciones se endurecen, acompañándose la defecación de incomodidad o esfuerzo. No es conveniente dar a esta edad ningún tipo de laxante sin indicación médica.

**ALTERACIONES UMBILICALES** La presencia de enrojecimiento o edema en la cicatriz umbilical puede indicar un proceso infeccioso que podría requerir tratamiento general. Igualmente es conveniente consultar al Pediatra cuando aprecies secreción, tanto si esta es serosa, hemorrágica o de cualquier tipo.

## TRASTORNOS DEL TONO

La HIPOTONÍA (falta de fuerza muscular) requiere especial atención cuando se acompaña de cara inexpresiva, disminución del tamaño y movimientos del tórax o esta falta de fuerza está localizada en una sola extremidad o en un hemicuerpo.

La HIPERTONÍA (rigidez) es también motivo de alarma.

RETRASO EN LA EMISIÓN DE ORINA. Puede ser normal durante las primeras 24 horas de vida, incluso hasta las 48 horas, después de este período se considera patológico.

PÉRDIDA DE PESO. Se considera normal una pérdida de peso máxima del 10% con respecto al del nacimiento. A partir del 3º /4º día debe iniciarse una ganancia de peso.

RECHAZO DEL ALIMENTO. Debe valorarse cuando es continuado. Como norma general en la alimentación del recién nacido nunca debe forzarse a que ingiera la cantidad que se ha considerado como adecuada. Principalmente debe valorarse cuando se acompaña de disminución de la actividad, vómitos o abombamiento abdominal.

## 4.2 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

# INSTRUMENTO DE VALORACIÓN



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



**Enfermería del niño**

**Valoración del Estado de salud del niño**

**i) Ficha de Identificación**

**Nombre:** V.G.R **Edad:** R / N **Sexo:** Femenino

**Fecha de nacimiento:** 23 Junio 2015 **Originario de:** México D.F.

**Nombre del informante y parentesco:** M.G.F (Madre)

**Ocupación:** Empleada **Escolaridad:** Bachillerato **Edad:** 26 Años

**Domicilio:** Agrarismo 290 Col. Escandón

**Teléfono:** 5516 99 00

**ii) Antecedentes heredo familiares**

**Antecedentes patológicos (padres, tíos, abuelos), neoplasias, endocrinos, cardiacos, congénitos, neuropsiquiaticos, alérgicos, toxicomanías, etc.**

Abuelo paterno diabetes tipo II en tratamiento,

Abuela materna con hipotiroidismo en tratamiento.

**iii) Antecedentes prenatales**

**Producto de la gesta No. 1 Atención prenatal:** Si > > ,

**Numero de visitas médicas 7 e intervalo:** 4

**Alimentación de la madre durante el embarazo:** Normal

**Padecimientos de la madre durante el embarazo (trimestre):** 1er Trimestre  
curso con infección de vías urinarias en tratamiento no requiere hospitalización

**iv) Antecedentes peri natales**

**Duración del embarazo:** 39 Semanas

**Parto atendido en:** Hospital Ángeles México

**Tipo de parto:** Eutócico **Complicaciones:** Ninguno

**Apgar:** 9 / 9 **Requirió:** Incubadora > No **Oxigenoterapia** > No aplica

**Peso:** 3550grs **Talla:** 51 **P.C.:** 30cm **P.A.:** 30cm **P.T.** 25cm

**v) Esquema de inmunizaciones**

<i>Vacuna</i>	<i>1ra.</i>	<i>2da.</i>	<i>3ra.</i>	<i>Refuerzos</i>
<b>Antipoliomielítica</b>				
<b>Pentavalente</b>				
<b>Antisarampionosa</b>				
<b>BCG</b>				
<b>Otras:</b>				

**vi) Valoración del niño de cero a cuatro años**

***Alimentación***

**Tipo:** Materna **Biberón** Si **Vaso y cuchara** > Mixta > **Formula** > NAN I

**Ritmo de alimentación:** Lenta No Rápida Si

**Intensidad de succión:** Débil No Fuerte Si

**Ablactacion (edad en que inicio):** No aplica

**Alimentos iniciados:** No aplica

**No. De comidas al día:** 8 veces alternado con formula de inicio NAN 1

## INFORMACION NUTRIMENTAL

Composición media	Unidad	Por 100 kcal utilizables	Por 100 g de polvo	Por ración ~ 30 ml de fórmula
Sodio	mg	42	200	9.26
Potasio	mg	125	600	27.78
Cloro	mg	83	400	18.52
Calcio	mg	120	580	26.85
Fósforo	mg	78	375	17.36
Magnesio	mg	8.3	40	1.85
Manganeso	mcg	7	34	1.57
Humedad	g	0.62	3.0	30
Vitamina A	U.I.	400	1,900	88
	mcg ER	120	580	27
Vitamina D <sub>3</sub>	U.I.	90	430	20
	mcg	2.25	11.0	0.5
Vitamina E	mg	1.2	5.8	0.27
	U.I.	0.8	3.9	0.18
Vitamina K <sub>1</sub>	mcg	4.5	22	1.0
Vitamina C	mg	10.0	48	2.2
Tiamina (B <sub>1</sub> )	mg	0.15	0.72	0.033
Riboflavina (B <sub>2</sub> )	mg	0.24	1.20	0.056
Niacina	mg	2.7	13.0	0.60
Vitamina B <sub>6</sub>	mg	0.20	0.96	0.044
Ácido fólico	mg	30	140	6.5
Ácido pantoténico	mg	0.7	3.4	0.16
Vitamina B <sub>12</sub>	µg	0.2	0.96	0.04
Biotina	mg	3.4	16	0.7
Colina	mg	10	48	2.2
Inositol	mg	5	24	1.1
Hierro	mg	1.7	8.2	0.38
Yodo	µg	21	100	4.6
Cobre	mg	0.12	0.58	0.027
Zinc	mg	1.2	5.8	0.27

**Alimentos ingeridos en:** Papilla No aplica Picados No aplica Trozos No

**Necesita ayuda para comer:** Si

**Alimentos y bebidas preferidos:** No aplica

**Alimentos y bebidas rechazados:** No aplica

**Intolerancias:** No aplica

**Ingesta de alimentos a la semana (frecuencias):**

**Cereales:** No aplica **Frutas:** NO APLICA **Jugos y licuados:** NO APLICA

**Carnes:** No aplica

**Huevo:** No aplica

**Otros:** No aplica

## **PREPARACIÓN DE ALIMENTOS:**

**Hierve el agua o agrega alguna sustancia:** Si lavado de manos y preparación en forma indicada, con las indicaciones de la formula de inicio

**Lava las frutas y verduras:** No aplica

**Cuece o fríe las carnes >** No aplica

**Observaciones:** No aplica

## **ELIMINACIÓN**

**Frecuencia de la eliminación:** Urinaria 8 veces al día

**Intestinal:** 4 – 6 veces al día amarillo semipastoso

**Elimina en:** Pañal **Entrenador** No aplica **Baño:** No aplica

**Control de esfínteres:** No aplica **Edad:** Recién nacida

**Características de la evacuación urinaria o intestinal:** Aún no tiene control de esfínteres, orina clara evacuaciones semi-pastosas amarillas

## **REPOSO Y SUEÑO**

**Hábitos para dormir (compañía, juguetes, etc.):** Duerme solo en bacinete, colocándolo de lado para evitar bronco aspiración en caso de rejugitacion

**No. De horas de sueño:** 3 hrs **Ininterrumpido:** Si **Tranquilo:** Si

**Siestas:** Si **Duración:** Nota: al recién nacido se le despierta para alimentarlo por disposición de horarios del cunero fisiológico del hospital

**Vestido:** No aplica

**Se viste solo o con ayuda:** Necesita ayuda

**Actividades independientes para su vestido:** No aplica

## **HIGIENE**

**Frecuencia de baño:** una vez por día **Parcial** Completo

**Frecuencia de lavado de manos:** No aplica

**Frecuencia de lavado de dientes:** Aseo con gasa y agua potable

## **TEMPERATURA**

**Ventilación e iluminación de la habitación donde duerme:** Esta ventilado el cubículo de cunero fisiológico con luz tenue

**Movilidad y postura:** Posición decúbito lateral

**Mantiene erguida la cabeza:** No **Rueda sobre sí mismo:** No

**Pasa objetos de una mano a otra:** No

**Se sienta solo:** No

**Gatea:** No aplica

**Camina con apoyo:** No aplica

**Camina solo:** No aplica **Corre:** No aplica

**Sube escalera alternando los pies:** No aplica **Se sostiene en un pie:** No

**Usa algún aparato ortopédico:** No aplica

### ***OXIGENACIÓN***

**Respira por la nariz:** Si **Fumadores en casa:** No

**Alteración al respirar (atribuida a):** No aplica

**Cianosis (atribuida a):** No aplica

### ***COMUNICACIÓN***

**Fija la mirada:** Si **Sonríe:** No **Sigue objetos con la mirada:**No

**Balbucea:** No **Primeras palabras (edad):** No aplica

**Su hijo es:** No aplica **Alegre > Tímido > Agitado > Agresivo**

**Independiente > Dependiente >**

### ***REALIZACIÓN***

**En los juegos:** No aplica

**Su hijo imita a:** No aplica

**Recreación:** No aplica

**Preferencias respecto a:**

**Juegos o deportes:** no aplica

**Objetos:** No aplica

**Animales:** No aplica

**Personas:** No aplica

### ***SEGURIDAD***

**Algún problema de salud agregado al de hospitalización:** No recién nacido

**Programación de visitas a su hijo (quien y cuando):** Horarios establecidos por el área de cunero fisiológico

**Participación en los cuidados de su hijo:** Si en la alimentación

**Algún miedo:** No aplica

**Cambios importantes en la familia (mudanza, desempleo, separación, enfermedad) en los últimos tres meses:** No aplica

**Alguna enfermedad contagiosa en quienes le rodea:** No aplica

**Medicamentos tomados en casa y forma de proporcionarlos:** No aplica

***APRENDIZAJE***

**Conocimientos en relación a la hospitalización y cuidados del niño:** Si alimentación al seno materno y baño de arteza

***Religión:*** Cristiana

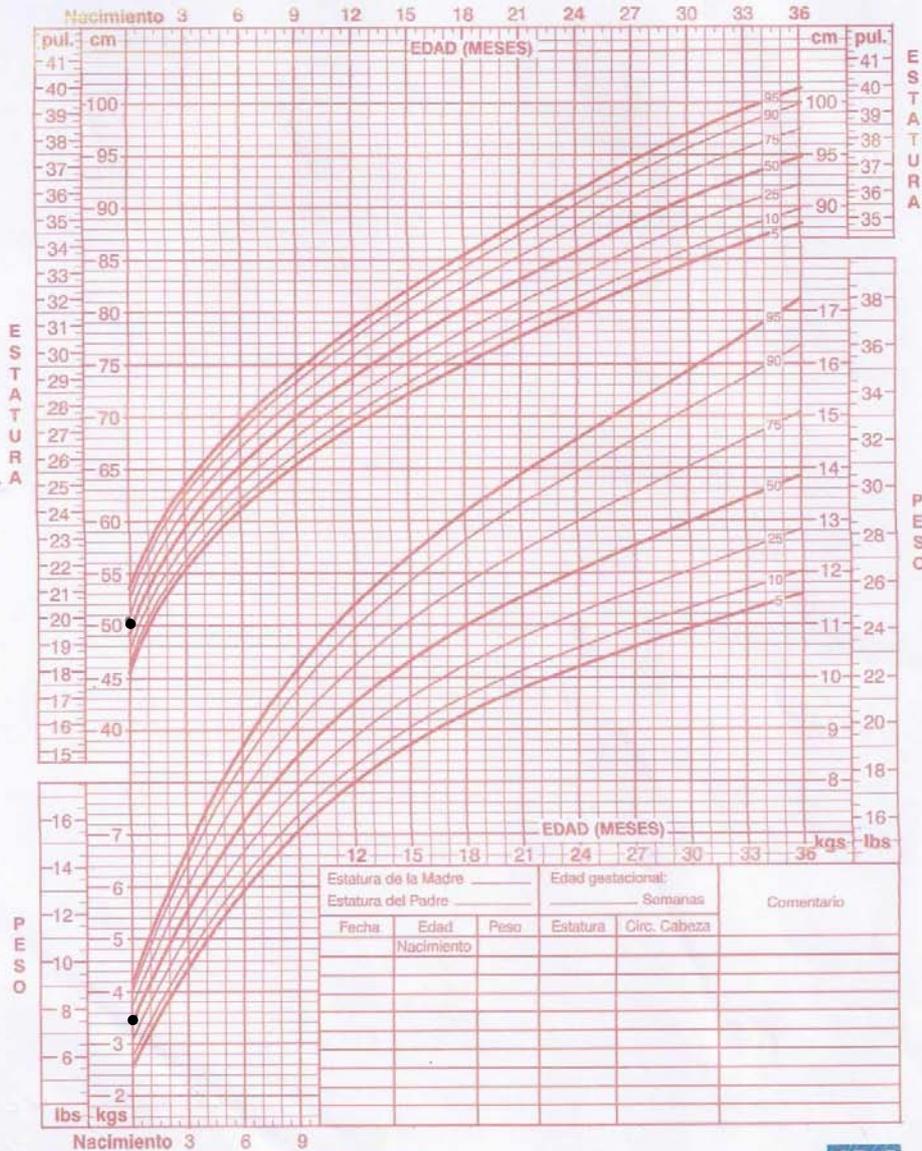
**Religión de los padres e importancia para la salud del niño:** No aplica

**Observaciones** Recién nacida femenino aparentemente sana.

**Nacimiento a 36 meses: Niñas**  
**Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad**

Nombre **RVG**

# de Archivo \_\_\_\_\_



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 20 de abril del 2001).  
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



### 4.3 EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIEN NACIDO ENFERMERÍA

Femenino (V G R), cara redonda, buena coloración (rosada), cabello fino oscuro, ojos cafés simétricos, narinas permeables, boca integra, paladar blando y labios íntegros, esófago permeable, lanugo fino aterciopelado, cuello corto cilíndrico, sin adenopatías. Torácico, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, campos pulmonares limpios bien ventilados, sin estertores o sibilancias, abdomen blando depresible, genitales normales de acuerdo a su edad, ano permeable, miembros inferiores sin malformaciones aparentes.

Signos vitales:

- Pulso 150 x minuto.
- Respiración 52 x minuto.
- Temperatura 37° C.

Somatometría

- Peso 3550grs
- Talla 51cm
- Perímetro cefálico 30cm
- Perímetro torácico 25cm
- Perímetro abdominal 30 cm
- Pie 7 cm

#### 4.4 JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.

<b>EVITAR PELIGROS</b>	<b>Bacinete existe riesgo de caída,</b>
<b>ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN</b>	<b>Riesgo broncoaspirar</b>
<b>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</b>	<b>Riesgo de quemadura por agua de tarja, durante el baño de tina.</b>
<b>DESCANSO Y SUEÑO</b>	<b>La recién nacida, duerme más de 3 hrs, lo que se necesita despertar por el personal de enfermería para realizarle procedimientos como el cambio de pañal, el aseo perianal,</b>

#### 4.5 PLAN DE CUIDADOS

##### EVITAR PELIGROS.

Diagnóstico de Enfermería: *riesgo de caída relacionado con que el niño esta en el servicio en un bacinete*

Objetivo: *mantener la seguridad de la Recién Nacida en el cunero de transición*

<b>Intervenciones de enfermería</b>	<b>Fundamentación científica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Elevar barandales de cuna</li> <li>- Evitar recostar a la recién nacida en la orilla de la cama</li> <li>- Proporcionar al recién nacido un lugar para dormir</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informar a los padres la importancia del mantener los barandales elevados para evitar en lo posible una caída.</li> <li>- Durante la etapa del puerperio, pueden presentar dolor, relacionado con el parto, y los movimientos llegan a ser lentos, por ello en lo posible evitar colocar a la menor en la orilla de la cama.</li> <li>- Debe proporcionarse un lugar cómodo en acolchonamiento sobre los lados, evitando que haya alguna hendidura por la que el niño pueda meter una pierna o un bracito</li></ul>
Evaluación: se evitó en lo posible probables caídas.	

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: *Riesgo de hipoglucemia relacionado con la falta de lactopoyesis y/o inadecuada técnica de lactancia materna.*

Objetivo: Lograr una alimentación óptima y temprana.

<b>Intervenciones de enfermería</b>	<b>Fundamentación científica</b>
<p data-bbox="284 707 794 741">Enseñar técnicas adecuadas de lactancia.</p> <p data-bbox="405 920 676 954"><b>Técnica de lactancia</b></p> <ol data-bbox="272 994 855 1778" style="list-style-type: none"><li data-bbox="272 994 855 1032">1) Las manos deben lavarse con agua y jabón.</li><li data-bbox="272 1099 692 1137">2) Posición adecuada a 45grados</li><li data-bbox="272 1240 836 1317">3) La madre debe tocar la mejilla del bebe con el pezón</li><li data-bbox="272 1458 823 1496">4) No tapar con el seno la nariz del bebe</li><li data-bbox="272 1570 823 1646">5) Esperar a que él bebe este total mente despierto para alimentarlo</li><li data-bbox="272 1711 855 1778">6) El tiempo de alimentación en cada seno es de aproximadamente 10 a 15 minutos</li></ol>	<p data-bbox="887 707 1369 887">La mejor alimentación es la materna, por la parte afectiva, inmunológica, contenido de nutrientes y calidad de ellos, la facilidad económica y disponibilidad.</p> <p data-bbox="887 994 1347 1070">La mujer debe bañarse diario y lavar sus pezones solo con agua.</p> <p data-bbox="887 1099 1369 1205">La silla debe tener apoyo para el brazo de la madre quien debe sostener al bebe cómodamente.</p> <p data-bbox="887 1240 1369 1420">Él bebe debe mantener dentro de su boca parte de la areola y no únicamente el pezón, con el que se evita el agrietamiento y la inflamación del mismo</p> <p data-bbox="887 1458 1369 1534">Ya que al no respirar en forma adecuada, tampoco puede alimentarse</p> <p data-bbox="887 1570 1369 1646">Esto permitirá que él bebe quede satisfecho y pueda descansar</p> <p data-bbox="887 1711 1369 1845">Esto se basan en estudios que indican que durante los primeros 8 minutos se obtiene el 80% de la producción láctea</p>

<p>7) Al terminar de comer, él bebe se puede retirar de la boca del bebe</p> <p>8) Debe darse primero el seno con el cual él bebe termino su comida previa ya que se supone esta menos vacío</p> <p>9) Debe ayudarse al bebe a expulsar el aire entre pecho y pecho y al final</p> <p>10) El intervalo para alimentación al seno materno no debe ser menos de dos horas ni mayor de seis</p>	<p>Con un dedo la madre introducido entre la boca del bebe y el pezón, esto evitara también alguna molestia en el pezón</p> <p>Esto es importante ya que la producción de leche se estimula más al vaciarse completamente los senos</p> <p>Es importante ayudarle a sacar el aire ya que así él bebe se sentirá más tranquilo y querrá seguir siendo alimentado</p> <p>Esto es para establecer un horario de lactancia más regular y predecible</p>
<p>Evaluación: Se logró una lactancia materna exitosa.</p>	

## HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería: *Higiene y protección de la piel*

Objetivo: *mantener la piel limpia e hidratada*

<b>Intervenciones de enfermería</b>	<b>Fundamentación científica</b>
- Preparación del equipo y material que será utilizado	La organización evita pérdida de tiempo
- Quitar la ropa al niño y cubrir con una sabana	La pérdida de calor se produce por evaporación, conducción, convección y radiación
- Abrir la llave, templando el agua a una temperatura de 37°C	Se debe regular la temperatura del agua con el termómetro o introducir el codo para medir la temperatura
- Con el brazo izquierdo, tomar al neonato en posición de futbol americano; con la mano izquierda sujetar la cabeza; con los dedos pulgar y meñique cubrir los oídos del neonato; frotar con la mano derecha, con jabón neutro y movimientos circulares, la cabeza; enjuagar de tal manera, que no quede jabón; secar la cabeza	La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea Las sustancias tenso activas o surfactantes producen espuma El agua favorece el arrastre mecánico
- Poner al niño en la tina colocando un pañal en el fondo de la misma; el niño debe tener el apoyo de la mano del personal de enfermería durante todo el procedimiento	El apoyo e inmovilización son medidas de seguridad para el paciente; ayudan a prevenir resbalones, golpes, caídas o inmersiones intempestivas. Los accidentes se previenen con medidas de seguridad Seguir medidas de seguridad evita accidentes
- Asear cavidades (ojos, oídos, nariz) de distal a proximal. Los oídos deben ser aseados solo en un conducto externo con cigarrillos de algodón	Son principios de asepsia de limpio a sucio, de arriba hacia abajo, de distal a proximal y del centro a la periferia

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humedecer unas torundas y limpiar la cara con técnica de 8; esta técnica permite lavar la cara pasando por la frente, sobre los pómulos y nariz y por encima de mejilla y labios del lactante, culminando por la barbilla, y regresando por el lado contrario</li> <li>- Girar el cuerpo del niño, sosteniéndole la barbilla con el brazo izquierdo y enjabonando el cuello, espalda, brazos, piernas y glúteos y por último genitales</li> <li>- Al final, lavar el área genital. Los glúteos y zona genital se asean con sumo cuidado, para retirar restos de materia fecal y orina</li> <li>- Dar vuelta a la posición inicial para sacarlo; envolverlo en una toalla, recostarlo sobre la mesa y friccionar con suavidad el cuerpo</li> <li>- Lubricar la piel, aplicando pequeñas cantidades de aceite con la mano; frotar con movimientos suaves</li> <li>- Retirar el equipo. Mantener en orden el área utilizada</li> <li>- Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería</li> </ul>	<p>El jabón actúa saponizando las grasas. La fricción elimina las células de descamación, la grasa y los microorganismos, y estimula la circulación y el tono muscular</p> <p>El área genital es una zona muy contaminada y debe ser la que se asea al final del baño. En las niñas, la limpieza debe ser del frente hacia atrás, es decir, de la sínfisis del pubis hacia el ano, para prevenir contaminación del meato urinario. En el caso de los niños, se debe limpiar en forma suave el pene</p> <p>Colocar al niño sobre superficie plana da seguridad para la movilización</p> <p>La aplicación de lubricante evita la resequecedad de la piel</p> <p>Si el equipo está limpio y en su lugar, se abrevia el tiempo para llevar a cabo el próximo procedimiento</p> <p>Todo procedimiento realizado en el paciente debe ser registrado, para dar importancia al trabajo de enfermería</p>
<p>Evaluación: Se mejoró las características de la piel de la recién nacida</p>	

## DESCANSO Y SUEÑO

Diagnóstico de Enfermería: *Necesidad de descanso y sueño*''

Objetivo: *Promover comodidad, en el reposo y sueño en el recién nacido, para satisfacer esa necesidad, a fin de conservar la salud*

<b>Intervenciones de enfermería</b>	<b>Fundamentación científica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Educar a los padres sobre los hábitos de sueño en sus hijos</li> <li>- Proporcionar al recién nacido un lugar para dormir, protegido de cada lado, para que no pueda rodar y caerse</li> <li>- En cualquier posición, que usted lo coloque, muévelo de vez en cuando</li> <li>- Mantener en la habitación una luz tenue</li>  <p>Mantener la habitación ventilada</p></ul>	<p>Evitar el sobre estímulo, ya que el no dormir, podría causar ansiedad e irritabilidad</p> <p>Para evitar que haya alguna hendidura por la que el niño pueda meter una pierna o un bracito</p> <p>Si pasa demasiado tiempo en la misma postura, los huesos de la cabeza, o los de la cara, todavía muy suaves, tendrán tendencia a aplanarse. Sin embargo aunque esto suceda recobrará sus características normales</p> <p>Esto proporciona un mejor descanso para la recién nacida a fin que los padres estén al pendiente, observándolo en forma paulativa</p> <p>Esto evitara que, se irrite durante el descanso causada por bochorno</p>
<p>Evaluación : Se mantuvo el descanso y la relajación, implica liberar tensión emocional e irritabilidad</p>	

## **V. PLAN DE ALTA**

### **5.1 ESTANCIA JUNTO A LOS PADRES**

Los padres son las personas que más necesitan los neonatos a la hora de recibir afectividad, y mucho más la madre que es la persona que lo ha llevado dentro de ella durante sus primeros conatos de vida.

La madre lo ha llevado dentro de su útero durante el periodo de gestación, durante este periodo solamente ha estado en contacto con ella, con sus costumbres, con sus hábitos, en definitiva con su manera de ser, su madre ha planeado muchas cosas con él bebe mientras este ha estado en su vientre.

Los profesionales sanitarios que trabajamos en los hospitales debemos de estar concienciados de que los padres son los más interesados de que sus hijos permanezcan el máximo tiempo con ellos mientras esta circunstancia sea posible por parte de los profesionales y de los padres. El binomio Padres y Profesionales Sanitarios debe rodearse de un ambiente propicio para el neonato. Sin duda alguna, el profesional de la Enfermería es el que más tiempo permanece al lado del neonato, es este profesional el que debe de poner los medios para favorecer el contacto neonato-padres, estos medios son:

Dar seguridad a los padres que el sitio donde esté su bebe es el más idóneo para su salud.

Favorecer el contacto directo con los padres (Programa Canguro).

Intentar que comprenda que la mejor alimentación para el bebé es la leche materna explicándoles las ventajas maternas y para su bebé de esta.

Enseñar a la madre a abrazar al bebé para aumentar los lazos afectivos, una buena forma de hacerlo es decirle que se lo pegue al pecho.

Explicarle los aparatos que rodean a su bebé y orientarles para que sirva cada uno de esos aparatos conforme a su nivel de formación.

Proporcionarles una guía explicándoles cuales son los procedimientos del servicio de alojamiento conjunto (gineco-obstetricia), así como del funcionamiento del personal de la unidad.

## 5.2 RECIÉN NACIDO EN CASA

Cuando un hogar se ve bendecido con la llegada de un hijo todo es alegría, sobre todo si el niño está sano. Pero a la par de los sentimientos de alegría, existe siempre el temor de estar haciendo las cosas correctamente, tanto en la alimentación como en los cuidados generales.

El tema de la alimentación, especialmente de la lactancia materna, es motivo de discusión en otros capítulos, por lo que nos vamos a referir especialmente a los cuidados generales, y a algunos signos de alerta.

Las secreciones orales. Es común que los recién nacidos tengan flemas, y que presenten alguna dificultad para su manejo, por lo que conviene tener una perilla de succión a mano, para que en caso necesario, se le introduzca despacio en la boca, llegando a la parte de atrás de la lengua, con lo cual al soltarla se logra la aspiración de las secreciones. Esta maniobra se puede repetir varias veces con el niño de medio lado, y es mucho más segura que tratar de sacar las secreciones con los dedos.

El cuidado del ombligo. La ligadura del ombligo la hace el médico para evitar el sangrado a través de sus vasos, los cuales cumplieron el papel fundamental de alimentar al feto. El resto que queda del cordón umbilical se momifica y se desprende entre el 5 y el 10 día. Durante este tiempo el ombligo debe estar seco, sin sangrado, sin secreciones ni olor fétido, y la piel a su alrededor no debe estar enrojecida, lo que nos indica que no hay infección. Para mantenerlo en esas condiciones, se recomienda limpiarlo diariamente con alcohol de 70 grados, y una vez que el muñón se ha caído, con agua y jabón.

El baño. Desde los primeros días el recién nacido se puede bañar usando para ello agua tibia, evitando que el nivel del agua llegue al ombligo; debe utilizarse un jabón simple, sin perfume ni agregados que puedan irritar la piel sensible del niño, de preferencia neutro, y asegurarse de quitarle el jabón por completo. El niño se

debe cambiar cada vez que defeque, y limpiarse con agua tibia. Es mejor no usar cremas ni aceites, y debemos recordar que los talcos están contraindicados en los niños pequeños, por el riesgo de aspiración.

El abrigo. Los recién nacidos, y con mayor razón si son prematuros, tienen mayor dificultad para controlar la temperatura, por lo que es necesario mantenerlos adecuadamente abrigados, pero sin excesos. La ropa es mejor que sea de algodón, ya que la lana les puede irritar la piel. Al asolearlos deben tener poca ropa y debe evitarse el sol directo en la cara.

El sueño:

El recién nacido duerme entre 16-19 horas al día.

En el año 1992 la Academia Americana de Pediatría tras una revisión de la literatura médica recomendó que los recién nacidos sanos y a término debían dormir en decúbito dorsal (boca arriba), o de costado.

El dormir en el bebé es un signo de buena salud y que no presenta problemas.

Ropa del neonato:

La más confortable para el bebé.

No debe de apretar.

Debe de abrigar.

Deben de ir vestidos con prendas suaves, preferiblemente de algodón.

Los pañales deben de ser los adecuados para su edad y talla.

La ropa se cambia cada vez que esté manchada o sucia.

Cama del neonato:

Cuna o moisés.

El bebé no debe estar hundido en su cama.

No se aconseja el uso de almohadas.

Las sábanas y el edredón deben de pesar lo menos posible.

La cama ideal no es la más bonita, es la más confortable para el bebé.

La cama se utiliza para el descanso, no es un sitio de juegos.

#### Higiene Ambiental:

Habitación amplia, bien ventilada y con luz natural.

Exenta de ruidos y humos.

Ambientadores: ¡Ojo! cuidado con las alergias.

Poner música relajante, con el volumen al mínimo.

Si la temperatura es elevada, usa ropa ligera. Por lo general, si hace más de 25° sólo necesitará el pañal.

Si las temperaturas son bajas simplemente agrégale ropita hasta que su cuerpo se mantenga tibio.

#### Los masajes del Bebé:

Elige la hora del día que esté más tranquila/o. Si es posible dos veces/día. No será antes de dos horas después de su comida.

Busca el lugar más acogedor de la casa. (Espacio cómodo y temperatura ambiente muy agradable).

Ponte ropa cómoda y organiza la cama o el cambiador donde colocarás al bebé. Puedes poner música de fondo muy suave.

Desnuda y acuesta al bebé en la posición que más le guste, preferentemente boca arriba para iniciar el masaje con contacto visual.

Con las manos calientes y aceite templado, sin perfume, de coco, sésamo, avellana, oliva, almendra, etc., puedes iniciar la sesión con unas caricias.

Pide permiso al bebé para iniciar el masaje. El sí o él no lo verás en su respuesta no verbal.

Masajea el vientre y el pecho en círculos, la espalda y glúteos en vertical.

Las extremidades como en ordeño, de los hombros a las manos y de los muslos a los pies. Después de manera inversa.

Observa muy atenta sus reacciones y si expresa desagrado interrumpe el masaje. Descubrirás sus zonas más sensibles y alguna que no quiera que le toques, respétalo.

Los recién nacidos estornudan con frecuencia, y prácticamente presentan hipo cada vez que comen, vomitan a veces y regurgitan pequeñas cantidades de leche, evacuan muy líquido y muy frecuentemente, y conforme pasan las semanas, pueden pasar varios días sin evacuar, todo lo cual es perfectamente normal. Existen sin embargo, algunos signos de alerta que nos obligan a consultar con el médico, tales como:

El sangrado por el ombligo o por cualquier otro sitio.

La presencia de fiebre o la hipotermia.

La flacidez y el llanto débil.

El quejido constante.

Los cambios en el color de la piel (palidez, cianosis o sea el color azulado, la ictericia, que es el color amarillo).

La dificultad para comer.

El vómito o el llanto constantes.

Menos de tres orinadas por día.

La ausencia de evacuaciones con distensión del abdomen.

Pérdida de peso en los primeros días de más del 10% del peso al nacer.

Podríamos citar más signos de alerta, pero como en todo, debe usarse el sentido común, y recordar que es mejor consultar cuando se tiene la duda, ya que siempre debe prevalecer el interés del niño.

## **VI. CONCLUSIONES**

Un adecuado cuidado integral del recién nacido en participación con la madre, tomando en cuenta el entorno social, emocional y fisiológico de este, como factores determinantes que contribuyen para su evolución normal.

La valoración oportuna y concreta de los factores de riesgos neonatales constituye un elemento productivo para el desarrollo óptimo del recién nacido.

La adecuada orientación y capacitación a la madre en el puerperio fisiológico modifica conductas en cuanto cuidados que deben tener en el recién nacido, permite y garantiza mantener su proceso de vida cubriendo las necesidades de su organismo.

Una terapéutica planeada correcta y efectivamente, el servicio de alojamiento conjunto, contribuirá al cuidado de la madre y del producto como elementos que interactúan con el medio ambiente.

La utilización, del Proceso de Atención Enfermería sirvió para detectar las necesidades y poner en práctica, al elaborar un plan de cuidados.

## **6.1 BIBLIOGRAFÍA**

Martha Raile Alligood  
Modelos y Teorías en Enfermería  
Séptima edición.

Moran  
Modelos de Enfermería  
Primera edición

Marriner  
El Proceso de Atención Enfermería  
Primera edición

Jose Alberto Correa V  
Generalidades y Neonatología  
Cuarta edición

Nassif Keklikian  
Obstetricia Fundamentos y Enfoque Práctico  
Editorial Panamericana

L.Riopell  
Cuidados de Enfermería  
Editorial GRAW-HILL-Interamericana

Irma Valverde Molina  
Enfermería Pediátrica  
Editorial Manual Moderno

---