



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



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO  
A UN NEONATO CON ENFOQUE EN LA  
TEORÍA DE RAMONA MERCER**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

VILLARREAL BRAVO LIZBETH

No. DE CUENTA 310332718

ASESOR ACADÉMICO

DR. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO, 2017



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.

## **DEDICATORIAS**

*A mis padres por su amor, comprensión, cariño y esfuerzo en todos estos años, gracias por haberme dado todo lo que estuvo a su alcance, por su apoyo incondicional en todo momento, por sus palabras de aliento, por su fortaleza y por convertirme en lo que soy.*

*¡Los amo tanto!*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi madre María Elena que me dio la vida, quien ha estado conmigo en cada paso que he dado, gracias mamá por tus consejos, por tu apoyo incondicional, por ser mi motivación y mi fuerza para seguir adelante. Gracias por darme lo que nunca nadie podrá darme jamás, tus palabras sinceras y tu amor absoluto.*

*Te amo inmensamente mamá*

*A mi padre Margarito que a pesar de las pruebas que te dio la vida siempre mostraste tu fortaleza y que por lo mismo me enseñaste a mostrarme fuerte en todo momento. Gracias por haberme dado la vida, por guiarme y por darme la oportunidad de superarme.*

*“Hoy vives entre los ángeles y entre las estrellas luminosas, mirándome con amor aún desde el más allá, mientras que yo en este mundo busco palabras hermosas para expresarte”. Siempre estarás en mi corazón papá, te amo.*

*A mis hermanos David y José Luis que me dieron su confianza y su cariño, que me cuidan como si fuera su hija y que están conmigo cada día de mi vida.*

*“Como las ramas de un árbol, crecimos en diferentes direcciones, pero nuestra raíz es una sola; así la vida de cada uno siempre será esencial de la vida del otro”*

*Los quiero mucho*

*A mi novio Francisco Javier que desde el momento que decidimos unir nuestras vidas, me has demostrado tu amor y cariño, que siempre me alientas a seguir adelante, que me enseñaste a ser más fuerte y que has estado a mi lado en todo momento. Gracias por ser esa fuerza que me impulsa a seguir adelante y por ser mi luz al final de la tormenta.*

*A mi cuñada Rosario a quien aprecio como mi hermana, en quien puedo confiar plenamente y que me ha brindado su apoyo, gracias por tus muestras de cariño; me siento muy orgullosa de ti y de formar parte de tu vida. Te quiero*  
*“Lo más valioso de la vida no es lo que tenemos, si no a quién tenemos”*

*A mis sobrinos David y Eder a quienes quiero como unos hijos y que día con día me llenan la vida de inmensas alegrías, soy muy afortunada de tenerlos y no los cambiaría por nada del mundo. Los amo tanto.*

*A mi Profesor José Cruz Rivas Herrera quien me ha brindado sus conocimientos, que durante la realización de este proyecto me ha guiado en el proceso y por su paciencia. Gracias Profesor por su dedicación y compromiso.*  
*“La enseñanza es más que impartir conocimiento, es inspirar el cambio. El aprendizaje es más que absorber hechos, es adquirir conocimiento”*

*A mis amigos: Karen, Michelle, Sofía, Andrés, Karina y Ariadna quienes me han demostrado su amistad verdadera y con los que he vivido grandes y hermosas experiencias que nos han hecho más fuertes cada día. Gracias por que me han enseñado que en la vida siempre es importante sonreír para ser feliz.*

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| DEDICATORIAS .....   | ii  |
| AGRADECIMIENTOS .....  | iii |
| ÍNDICE .....   | v   |
| INTRODUCCIÓN .....   | 7   |
| JUSTIFICACIÓN .....  | 9   |
| OBJETIVO GENERAL .....                                       | 10  |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                  | 10  |
| 1. MARCO TEÓRICO.....  | 11  |
| 1.1 LA ENFERMERÍA .....                                      | 11  |
| 1.1.1 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA.....                          | 11  |
| 1.1.2 FUNCIONES DE ENFERMERÍA.....                           | 12  |
| 1.2 DATOS BIOGRÁFICOS DE RAMONA MERCER.....                  | 15  |
| 1.3 MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL DE RAMONA MERCER.....         | 17  |
| 1.3.1 METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA.....         | 22  |
| 1.3.2 RELACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA .....           | 23  |
| 1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA .....                     | 25  |
| 1.4.1 CARACTERÍSTICAS .....                                  | 25  |
| 1.4.2 VENTAJAS.....  | 26  |
| 1.4.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.....            | 28  |
| 1.4.3.1 FASE DE VALORACIÓN.....                              | 28  |
| 1.4.3.2 FASE DE DIAGNÓSTICO .....                            | 30  |
| 1.4.3.3 FASE DE PLANIFICACIÓN.....                           | 32  |
| 1.4.3.4 FASE DE EJECUCIÓN.....                               | 35  |
| 1.4.3.5 FASE DE EVALUACIÓN .....                             | 36  |
| 2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO .....                             | 37  |
| 3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A RAMONA MERCER ..... | 38  |
| 3.1 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS .....                          | 42  |
| 3.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....                      | 43  |
| 3.3 PLAN DE ALTA.....  | 71  |
| 3.3.1 COMUNICACIÓN .....                                     | 71  |

|  |     |
|--|-----|
| 3.3.2 URGENTE .....                          | 72  |
| 3.3.3 INFORMACIÓN .....                      | 73  |
| 3.3.4 DIETA.....                             | 73  |
| 3.3.5 AMBIENTE .....                         | 75  |
| 3.3.6 RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE..... | 75  |
| 3.3.7 MEDICAMENTOS .....                     | 75  |
| 3.3.8 ESPIRITUALIDAD .....                   | 76  |
| 4. CONCLUSIONES.....                         | 77  |
| 5. GLOSARIO.....                             | 79  |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....          | 84  |
| 7. ANEXOS .....                              | 87  |
| 7.1 NEUMONIA INTRAUTERINA.....               | 87  |
| 7.1.1 CLASIFICACIÓN .....                    | 87  |
| 7.1.2 CAUSAS.....                            | 89  |
| 7.1.3 CUADRO CLÍNICO .....                   | 90  |
| 7.1.4 DIAGNÓSTICO .....                      | 90  |
| 7.1.5 PROFILAXIS .....                       | 92  |
| 7.1.6 TRATAMIENTO.....                       | 93  |
| 7.1.7 COMPLICACIONES .....                   | 94  |
| 7.1.8 PRONÓSTICO .....                       | 94  |
| 7.2 EVALUACIÓN SILVERMAN-ANDERSON.....       | 95  |
| 7.3 ICTERICIA NEONATAL .....                 | 95  |
| 7.4 LACTANCIA MATERNA.....                   | 100 |
| 7.4.1 VENTAJAS Y BENEFICIOS .....            | 100 |
| 7.4.2 EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA.....       | 101 |
| 7.4.3 ESTIMULACIÓN DEL PECHO .....           | 101 |
| 7.4.4 EXTRACCIÓN MANUAL.....                 | 102 |
| 7.4.5 TIEMPO DE EXTRACCIÓN .....             | 102 |
| 7.4.6 CONSERVACIÓN DE LA LECHE .....         | 102 |

## INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado para otorgar cuidados individualizados de enfermería, de acuerdo a el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud.

El propósito de este trabajo es implementar acciones de enfermería a un paciente neonato que cursa con Neumonía Intrauterina, la cual se describe como un proceso infeccioso e inflamatorio pulmonar que puede llevar a la muerte al recién nacido. Los agentes causales más comunes en la neumonía neonatal son las infecciones por bacterias gramnegativas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estiman 800,000 las muertes neonatales por año debidas a infecciones respiratorias en los países en vías de desarrollo.

Para la elaboración de este Proceso se utilizó el Modelo de Adopción del Rol de Ramona Mercer en base a los círculos concéntricos del microsistema, mesosistema, macrosistema y la salud del niño.

Este trabajo inicio con una valoración cuidadosa de las necesidades del recién nacido de acuerdo al modelo antes descrito, se identificaron las necesidades alteradas para después elaborar un plan de cuidados para abordar los problemas de salud detectados y la implementación de las interrelaciones NANDA, NIC/NOC, más adelante se realizó un plan de alta con la nemotecnia CUIDARME, abarcando sus necesidades; se incluyeron a los padres del mismo para que puedan participar en los cuidados y por último se realizó una conclusión.

Finalmente, el papel de la enfermera y la elaboración del PAE representa grandes ventajas para el neonato, ya que aumenta la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y la planificación de los objetivos, ayuda a que la familia sea parte del equipo y trabajen en conjunto con la enfermera para el logro de objetivos

comunes; además, estimula la participación de los padres en las decisiones relativas a los cuidados del recién nacido.

## JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención Enfermería (PAE) radica su importancia en que la enfermería necesita un espacio para registrar sus intervenciones de tal manera que puedan ser discutidas, analizadas y evaluadas; puesto que la enfermería es la ciencia encargada de satisfacer las demandas de salud de los individuos, cubrir sus necesidades, y considerarlos como seres holísticos y complejos.

El PAE, es la forma más adecuada de identificar las necesidades del paciente de manera prioritaria, haciendo uso de las capacidades cognitivas e interpersonales que vamos adquiriendo como personal de salud; además, permite valorar la información encontrada, identificar prioridades, planificar acciones, ejecutar lo planificado y evaluar el grado en que nuestras acciones ayudan a restablecer la salud del paciente.

El presente trabajo se realizó a un neonato con neumonía intrauterina, la cual se desarrolla durante los tres primeros días de vida y la vía de contagio es la madre por medio de la aspiración intrauterina o durante el parto a través de líquido amniótico o secreciones vaginales infectadas y transmisión de microorganismos por la placenta (transplacentario). La causa más frecuente son las bacterias (estreptococo grupo B, listeria y tuberculosis); pueden causarla también algunos virus (virus Herpes) y hongos (Cándida albicans).

Mediante este PAE se utiliza un modelo centrado en el neonato y sus padres ya que al ser un recién nacido necesitara cuidados que dependen directamente de sus cuidadores primarios (los padres), puesto que él no puede ser autónomo a esta edad y por supuesto que el papel de enfermería es de suma importancia ya que con su participación y en base a los datos de salud se identifican los problemas actuales o potenciales, se establecen prioridades en las actuaciones, se definen las responsabilidades específicas y se hace una planificación y organización de los cuidados.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Desarrollar un proceso atención enfermería aplicado a un recién nacido bajo la perspectiva del Modelo de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para contribuir en el restablecimiento de su salud y su adaptación al medio extrauterino; incluyendo a sus padres.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar problemas reales y potenciales que presente el recién nacido en base en el Modelo de Adopción del Rol Materno de Ramona Mercer.
- Elaborar diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA/NIC/NOC.
- Planificar acciones de enfermería encaminadas a cubrir los problemas detectados del recién nacido.
- Aplicar el plan de cuidados individualizado a Leandro Kaleth e incluir a los padres con la finalidad de que estos participen en las decisiones relativas al cuidado de su hijo.
- Evaluar las intervenciones de enfermería para corroborar que los objetivos planeados se hayan cumplido

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 LA ENFERMERÍA**

Enfermería es la ciencia que tiene como objeto de estudio el ser humano en su dimensión holística, tanto desde el plano de la salud como de la enfermedad, a lo largo de todo el ciclo vital. Su campo de actuación está centrado en las respuestas humanas reales y potenciales ante las distintas situaciones de salud, de crisis o de maduración, que tuvieran repercusión en el bienestar del individuo, en su crecimiento y en su desarrollo.<sup>1</sup>

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser.<sup>2</sup>

El objetivo del enfermero/a es fomentar las actitudes, facilitar las condiciones y proporcionar los mecanismos necesarios para que los individuos consigan actualizar sus potencialidades y sean capaces de enfrentarse a las situaciones de salud que perciban como importantes.<sup>3</sup>

#### **1.1.1 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados, siendo esto una actividad cotidiana y permanente de la vida. Cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita

---

<sup>1</sup> Fernández Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. La enfermería como profesión y disciplina científica. [Internet]; pág. 2 [Consulta 05 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/Tuddcx>

<sup>2</sup> Loncharich-Vera N. El cuidado enfermero. Rev enferm Herediana. [Internet] 2010; 3(1):1. [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/tZ8VEj>

<sup>3</sup> Fernández Fernández M., op cit, pág. 76

variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca.<sup>4</sup>

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir las necesidades vitales.<sup>5</sup>

Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados.

Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado. El quehacer de la Enfermería requiere de conocimientos científicos, tecnológicos aplicados a través de un modelo teórico que permita dar sentido al mundo empírico y, por tanto, entender de una manera más coherente y controlada nuestra práctica.<sup>6</sup>

### **1.1.2 FUNCIONES DE ENFERMERÍA**

Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen:

- Funciones independientes o propias: Son aquellas que la enfermera ejecuta en el cumplimiento de las responsabilidades de una profesión para la cual está capacitada y autorizada.
- Funciones derivadas: Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería por delegación de otros profesionales, principalmente el personal médico.

---

<sup>4</sup> Colliere F. Promover la vida. 2da. ed. McGraw-Hill/Interamericana; 2009. Pág. 233

<sup>5</sup> Colliere F, op. cit., p. 233.

<sup>6</sup> Loncharich-Vera N, op. cit., p. 1

- Funciones interdependientes: Son aquellas acciones que realiza el personal de enfermería en colaboración con el resto del equipo de salud.<sup>7</sup>

En cualquier medio donde desempeñe su trabajo una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones. Así mismo las enfermeras/os desempeñan actividades:

1. Asistenciales.
  1. En Atención Primaria.
  2. En Atención Especializada.
  3. En los Servicios de Urgencias.
2. Docentes.
3. Administrativas.
4. Investigadoras.

## **1. FUNCIÓN ASISTENCIAL**

Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.

Las actividades asistenciales se realizan en:

Medio hospitalario: Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en:

- Atender las necesidades básicas.
- Aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

---

<sup>7</sup> Donación y trasplantes de órganos y tejidos. Funciones Propias de Enfermería. [Internet]. [Consulta 12 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/KzeS1e>

Medio extrahospitalario/ comunitario: El personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.<sup>8</sup>

## **1. FUNCIÓN DOCENTE**

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte, la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actividades:

- Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad.
- Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia.
- Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, etc.
- Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir auto educándose siguiendo el avance de la ciencia.<sup>9</sup>

## **2. FUNCIÓN ADMINISTRATIVA**

La administración comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente.

Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados. Es una actividad vinculadora que permite aprovechar la

---

<sup>8</sup> Donación y trasplantes de órganos y tejidos, op. cit.

<sup>9</sup> Ibid

capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes.

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero, pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.<sup>10</sup>

### **3. FUNCIÓN INVESTIGADORA**

En enfermería se realiza la función de investigadora mediante todas aquellas actividades que van a fomentar el que la enfermería avance mediante investigaciones, estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar (en colaboración con los otros equipos de salud). Algunos campos de investigación son:

- La comunidad sobre la cual se actúa.
- El alumno a quien se enseña.
- La materia docente en sí misma.
- Los procedimientos de enfermería y su efectividad.
- Las pruebas de nuevas técnicas.<sup>11</sup>

#### **1.2 DATOS BIOGRÁFICOS DE RAMONA MERCER**

Ramona T. Mercer inició su carrera en 1950 cuando se graduó de la escuela de Enfermería en Monte Gomery Alabama. Regresó la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, instructora en pediatría, obstetricia y enfermedades contagiosas. Después del doctorado en 1973 se fue a California y acepto el cargo de profesora, asistente del departamento de Enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California. En 1977, ascendió a

---

<sup>10</sup> Donación y trasplantes de órganos y tejidos, op. cit.

<sup>11</sup> Ibid

profesora asociada y en 1983 acepto el cargo de profesora titular hasta que se jubiló en 1987.

Actualmente es profesora de Salud Familiar en la Universidad de California, San Francisco. A lo largo de su carrera recibió numerosos premios, como el premio de Departamento de Salud en dos universidades distintas, recibió una beca para la investigación y educación de enfermeras para estudio de doctorados, recibió el premio de la Enfermera de salud materna infantil y consiguió su cuarto premio Helen Nahm en 1984. Entre sus investigaciones más destacadas están el American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics, el Distinguished Research Lectureship Award, Western Institute of Nursing y el American Nurses Foundation's.

Ramona T. Mercer ha escrito numerosos artículos y editoriales, además ha publicado 6 libros y 6 capítulos de libros, centrandó su investigación en las conductas y necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades postparto y madres con niños con discapacidades. Las investigaciones hicieron que Mercer se interesara por las relaciones familiares, el estrés preparto, el rol maternal y las madres de diferentes edades.

Desde su primera publicación en 1968 Mercer ha publicado numerosos artículos para revistas Enfermeras y no Enfermeras y continúa escribiendo para Nurseweek, es miembro actualmente de 7 organizaciones profesionales y desde 1983 hasta 1990 fue editora asociada de la Health Care for Women International, también ha trabajado como revisora de numerosas propuestas de becas y ha intervenido activamente en reuniones y talleres profesionales.<sup>12</sup>

Ramona Mercer propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol.

---

<sup>12</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. 7 ed. Modelos y teorías en enfermería. España: Ed. Elsevier. P. 609

El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal durante el cual se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo, igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.<sup>13</sup>

### 1.3 MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL DE RAMONA MERCER

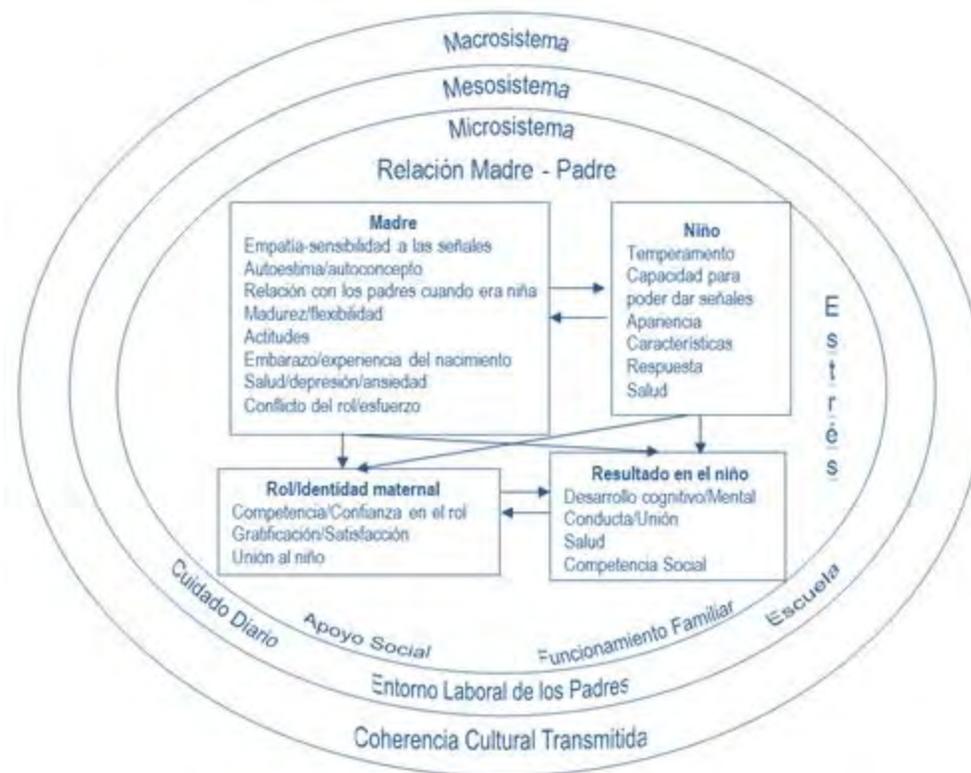


Figura 1. Modelo de adopción del rol maternal<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha, op. cit., p. 610.

<sup>14</sup> Ibid., p. 611.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

- El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre-niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.<sup>15</sup>

### **Estadios de la adquisición del rol maternal**

- **Anticipación:** el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

---

<sup>15</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha, op. cit., p. 615-616.

- **Formal:** empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- **Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- **Personal:** o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.<sup>16</sup>

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

## CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES

- I. **Adopción del rol maternal:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.
- II. **Identidad maternal:** Tener una visión interiorizada de sí misma como madre. Percepción de la experiencia del nacimiento y la percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

---

<sup>16</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha, op. cit., p. 616-617.

- III. **Autoconcepto:** Lo define como la percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad real.
- IV. **Flexibilidad:** Los roles no están fijados; por tanto, carece de importancia que persona se encarga de realizar los distintos roles. La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que crece el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo más rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias
- V. **Actitudes respecto a la crianza:** Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.
- VI. **Ansiedad:** Una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación.
- VII. **Depresión:** Padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo.
- VIII. **Tensión debida al rol:** El conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol maternal.
- IX. **Gratificación-satisfacción:** La alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.
- X. **Unión:** Un elemento de rol parental y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.
- XI. **Temperamento del niño:** Hay los temperamentos fáciles y los temperamentos difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difícil de interpretar, lo que crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- XII. **Estado de salud del niño:** Enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y del niño, y que interfieren en el proceso de unión.

- XIII. Características del niño:** Temperamento, apariencia y estado de salud.
- XIV. Señales de los lactantes:** Las señales de los lactantes son conductas que provocan una respuesta de la madre.
- XV. Familia:** Un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre, padre, feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia.
- XVI. Funcionamiento de la familia:** La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.
- XVII. Padre o compañero:** Contribuye al proceso de adopción del rol maternal como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol maternal.
- XVIII. Estrés:** Suceso de la vida percibida de modo positivo y negativo, y variables ambientales.
- XIX. Apoyo social:** La cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan.

Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

- Apoyo emocional: sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
  - Apoyo informativo: ayuda al individuo a solucionar problemas por si solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación.
  - Apoyo físico: tipo directo de ayuda.
  - Apoyo de valoración: informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.
- XX. Relación madre-padre:** Percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos.

La vinculación maternal con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja.<sup>17</sup>

### 1.3.1 METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

**PERSONA:** Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas.
3. El compañero del rol de la madre.
4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo su rol maternal.
5. El compañero íntimo de la madre o el padre.
6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.<sup>18</sup>

**CUIDADO O ENFERMERÍA:** Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además, define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.<sup>19</sup>

**SALUD:** Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona

---

<sup>17</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha, op. cit., p. 611-612.

<sup>18</sup> Ibid., p.615

<sup>19</sup> Ibid., p.615

como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.<sup>20</sup>

**ENTORNO:** Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona/rol va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.<sup>21</sup>

### 1.3.2 RELACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA TEORÍA

Ramona Mercer es una teórica que describe el Modelo de Adopción a Rol Maternal como un proceso de unión entre la madre y su binomio; y de la misma manera explica que la madre debe sentirse identificada con el rol materno y sentirse cómoda con el papel de madre.

Se eligió esta teoría ya que describe diversos conceptos, entre los cuales destacan para este PAE: el estado de salud del niño tomando en cuenta que las enfermedades dan lugar a la separación de la madre y del niño y que interfieren en el proceso de unión, las características del niño, la ansiedad, la familia, el funcionamiento de la misma, la relación de la madre y el padre, el apoyo social y el estrés; los cuales son factores que tienen influencia directa o indirecta sobre el rol maternal y la salud del niño.

Para este caso nos enfocaremos al recién nacido interrelacionando los sistemas expuestos por Ramona Mercer: el microsistema, mesosistema y el macrosistema.

- **Microsistema:** Es el entorno inmediato en donde se desarrolla el niño y también se destaca la importancia del padre en la adopción del rol ya que él minimiza la tensión en la dualidad madre-niño.

---

<sup>20</sup> Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. 7 ed. Modelos y teorías en enfermería. España: Ed. Elsevier. P. 615

<sup>21</sup> Ibid., p.615

- Mesosistema: Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad más inmediata.
- Macrosistema: Incluye las influencias sociales, políticas y culturales.

Esto da lugar a que brindemos cuidados de calidad al neonato, incluyendo la participación de la familia, principalmente de la madre; puesto que con ella se tuvo contacto directo y frecuente durante la ejecución del plan de cuidados.

En relación con la madre cabe resaltar que su papel es de suma importancia para el desarrollo y crecimiento de su hijo, puesto que ella y su pareja tendrán que realizar los cuidados de su recién nacido cuando sea llevado a casa, ya que él no puede valerse por sí mismo.

Por ello la madre debe estar preparada física y mentalmente para los cuidados en casa.

## **1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

El Proceso de Enfermería se define como el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud<sup>22</sup>

### **1.4.1 CARACTERÍSTICAS**

- Método
- Sistemático
- Humanista
- Intencionado
- Dinámico
- Flexible
- Interactivo

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de las personas, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y de método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación).

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

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo;

---

<sup>22</sup> Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra ed. Mc Graw-Hill. 1997. p.11.

al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del paciente y de la propia enfermera(o).

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

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

Es interactivo por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) pacientes(s) para acordar y lograr objetivos comunes.<sup>23</sup>

#### **1.4.2 VENTAJAS**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente, y sobre la enfermera. Profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el paciente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.<sup>24</sup>

##### **Para el Paciente:**

- Mejora la calidad en la prestación de cuidados, ya que, permite la consideración del sujeto desde una visión integral, individualidad, humana en donde la persona es un participante activo en el proceso salud-enfermedad y los cuidados son priorizados.
- Permite el establecimiento de un orden lógico y secuencial en la realización de las acciones que conforman el proceso de cuidar y posteriormente su

---

<sup>23</sup> Linares Fuentes S. Características del proceso atención enfermería. [Internet] 2016 [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/QaEe92>

<sup>24</sup> Vele Bacuilima S, Veletanga León D. Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2015” Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería [Internet]. 2015; pág. 42 [Consulta 06 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/w2ytmt>

registro permite garantizar una atención eficiente y eficaz, la misma que puede ser verificada.

- Posibilita la intervención de la persona, al ser éste el centro de todo el proceso.
- Ya no es un paciente, es una persona que participa activamente en sus cuidados.
- Mejora la comunicación y la relación enfermera-persona.
- Permite identificar a los responsables de sus cuidados lo que aumenta la seguridad.<sup>25</sup>

### **Para el Profesional de Enfermería:**

- Con el planteamiento de objetivos claros, se consigue la autonomía como profesionales, puesto que, este instrumento permite ordenar y dirigir las acciones en torno a una meta.
- Incrementa la acreditación profesional, debida al reconocimiento social apreciado por los usuarios y al uso de normas estandarizadas del desempeño profesional.
- Impulsa a la investigación porque ayuda en la determinación de diagnósticos enfermeros y promueve la búsqueda de conocimientos científicos y proporciona información.
- Desarrolla la docencia, puesto que, sirve al profesional como ayuda en la dirección de trabajos de experiencia clínica y de campo; para guiar a los estudiantes durante su formación académica.
- Favorece la participación del profesional de enfermería en servicios promotores de salud.
- El ejercicio independiente o autonomía profesional, le permite a los enfermeros la distinción de otros profesionales.
- Ayuda a que la Enfermería tenga un respaldo legal y una remuneración adecuada a la calidad del servicio que presta.

---

<sup>25</sup> Vele Bacuilima S, Veletanga León D, op. cit.

- Facilita el proceso de control-evaluación, en una auditoria; la Enfermería puede demostrar la atención brindada.
- Facilita la organización de un servicio mediante la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de enfermeros y equipos multidisciplinares.
- Genera el reconocimiento de la profesión, pues el Proceso de Atención de Enfermería, posee un carácter científico.
- Aumenta la satisfacción y autoestima profesional, al alcanzar los objetivos planteados.<sup>26</sup>

### **1.4.3 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA**

#### **1.4.3.1 FASE DE VALORACIÓN**

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de los datos.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).<sup>27</sup>

## **1. RECOGIDA DE DATOS**

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

<sup>26</sup> Vele Bacuilima S, Veletanga León D, op, cit.

<sup>27</sup> Mitjà Costa J. Proceso Atención Enfermería. Enfermería Blog ©. [Internet]; [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://enfermeriablog.com/pae/>

- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.<sup>28</sup>

### **Objetivos de la entrevista:**

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.<sup>29</sup>

## **2. VALIDACIÓN DE DATOS**

Se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior sea veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de la información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.<sup>30</sup>

## **3. ORGANIZACIÓN DE DATOS**

Es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

---

<sup>28</sup> Mitjà Costa J, op. cit.

<sup>29</sup> Ibid

<sup>30</sup> Fernández Ferrin C, et al. Proceso Enfermero. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson. 3<sup>ra</sup> ed. Barcelona. Ed. Masson; 2005. P 4.

- En el tipo de información que se recoja, puesto que cada modelo se centrara en unos aspectos específicos. Por ejemplo, el modelo biológico, dirigirá la atención a todo lo referente el funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas, mientras que un modelo enfermero lo hará hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud.
- En el tipo de problemas que se detecten, ya que todas las formas de organizar la información ponen de relieve unos aspectos y omiten otros.<sup>31</sup>

## **5. REGISTRO DE DATOS**

Consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación de enfermería, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.<sup>32</sup>

### **1.4.3.2. FASE DE DIAGNÓSTICO**

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso.<sup>33</sup>

En esta etapa podemos distinguir dos pasos: el análisis de datos y la formulación de los problemas detectados.

---

<sup>31</sup> Fernández Ferrin C, et al. Op. cit., p. 5.

<sup>32</sup> Ibid., p.5.

<sup>33</sup> Mitjà Costa J. op cit.

## 1. ANALISIS Y ELABORACIÓN DE DATOS

Se emplea para revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes de los que no lo son.

La interpretación e interrelación de las diferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen general en la que se puede encontrar:

- Problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales (Problemas de colaboración).
- Problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros).
- Recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.<sup>34</sup>

## 2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS DETECTADOS

Problemas de colaboración: pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Se trata por consiguiente de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación de tratamiento prescrito por otro profesional y con el control a este como de la evolución de la situación patológica.

### **Diagnósticos enfermeros**

**Diagnostico real:** Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad, se apoya de características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan de patrones claves o inferencias relacionadas.

---

<sup>34</sup> Mitjà Costa J. op cit.

Para escribirlos se aconseja un formato en tres partes donde el problema se une a la causa(s) mediante la fórmula <relacionado con> (R/C), y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase <manifestado por> (M/P).

**Diagnostico real:** Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya de factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Al escribirlo se antepone la frase <riesgo de> y se aconseja el formato en dos partes: Problema R/C factor de riesgo.

**Diagnóstico de salud:** Describe respuestas humanas en un individuo, familia y comunidad que presentan un buen nivel de salud pero que tienen un buen nivel de salud pero que tiene el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnósticos tiene un solo componente; la situación de salud a mejorar.<sup>35</sup>

### 1.4.3.3 FASE DE PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Fernández Ferrin C, et al. op cit. 2005. P. 7-8.

<sup>36</sup> Mitjà Costa J. op cit.

## 1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

En la etapa diagnóstica puede detectarse más de un problema que requiere de la intervención enfermera si bien no siempre es posible abordarlos todos a la vez. Es por ello identificar normas que permitan decidir que problemas abordar en primer lugar y cuales pueden esperar.

Se propone aplicar los siguientes criterios:

- Problemas que amenacen la vida de la persona.
- Problemas que para la persona o la familia sean prioritarios.
- Problemas que contribuyen o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros problemas.
- Problemas que por tener la misma causa puedan abordarse conjuntamente optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.
- Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve de acicate para abordar otros más complejos o de más larga resolución.<sup>37</sup>

## 2. ELABORACIÓN DE OBJETIVOS

Al igual que sucede en la etapa diagnóstica, también al formular objetivos hay que distinguir entre problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros, ya que los criterios serán distintos en uno u otro caso.

**Objetivos para los problemas de colaboración:** Estos problemas no depende solamente de la actuación enfermera, por lo tanto, en el momento de formular objetivos hay que prestar especial atención a no identificar resultados cuya consecución no está a nuestro alcance. Los objetivos de cuyo logro podemos hacernos responsables están relacionados siempre con la instauración de medidas necesarias para prevenir complicaciones y con la detección temprana de

---

<sup>37</sup> Fernández Ferrin C, et al, op. cit., p. 8-9.

los signos y síntomas indicadores de su existencia lo que permite informar al personal adecuado e instaurar el tratamiento lo antes posible.

**Objetivos para los diagnósticos enfermeros:** Es necesario en todos los casos marcar objetivos claros que guíen la actuación enfermera y que estén formulados en términos de conducta de la persona no de la enfermera.

- Objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo: Debe identificarse un objetivo final y uno o más objetivos intermedios.
- Objetivo final: Deriva directamente de la primera parte de la formulación del diagnóstico (problema) y describe una conducta observable de la persona.
- Objetivos intermedios: derivan directamente de la segunda parte de la formulación diagnóstica y señalan la modificación, desaparición o control de los factores del problema de los factores de riesgo.
- Objetivos para los diagnósticos de salud: Tan solo se formulará un objetivo final, en términos de conducta observable de la persona, que refleje el logro de un mejor nivel de salud y bienestar.<sup>38</sup>

### 3. DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Una vez identificados los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos entendiendo como tales:

- Intervención: modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado, y que es común en todos los casos que se presente este problema
- Actividades: conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que varían en función de la condición de la persona, del entorno en el que se encuentre, de los recursos que se disponga, etc.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Fernández Ferrin C, et al, op. cit., p. 9-10

<sup>39</sup> Ibíd, p. 11

#### **4. DOCUMENTACIÓN DEL PLAN**

En el último paso de esta etapa consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores. Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

- Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.<sup>40</sup>

##### **1.4.3.4 FASE DE EJECUCIÓN**

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

---

<sup>40</sup> Mitjà Costa J. op cit.

#### **1.4.3.5 FASE DE EVALUACIÓN**

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Mitjà Costa J. op cit.

## 2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

El presente Proceso Atención Enfermería se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” durante la segunda rotación de Pasantes de Enfermería, Generación 2016-2017; donde se identificaron las necesidades alteradas en un Recién Nacido con Neumonía Intrauterina.

El día 30 de diciembre del 2016, se realizó una valoración cefalópoda mediante la exploración física, la observación y la recolección de datos del expediente clínico con previo consentimiento de la madre del Recién Nacido, obteniendo datos objetivos y subjetivos que posteriormente de acuerdo al marco conceptual del Modelo de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer se organizaron y se obtuvieron más datos mediante la entrevista a la madre del mismo.

Por consiguiente, se analizaron y se interpretaron los datos obtenidos destacando los datos de mayor relevancia de los que no lo son; identificando problemas reales, de riesgo y de mejoría; con base a ellos se formularon los diagnósticos correspondientes, posterior a esto se establecieron las prioridades, se elaboraron objetivos y se desarrollaron intervenciones de enfermería y también se utilizaron como herramientas las interrelaciones NANDA/NIC/NOC.

Posteriormente, se realizó la ejecución del plan de enfermería, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico y con base a los cambios que tuvo el recién nacido se realizó la evaluación analizando el cumplimiento de los objetivos plasmados en cada plan de cuidados y con base a la escala Diana.

Finalmente se realizó el plan de alta con la nomenclatura **CUIDARME**

### 3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A RAMONA MERCER

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

|                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| <b>NOMBRE</b>              | LEANDRO KALETH U. M |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b> | 27/DICIEMBRE/2016   |
| <b>DIAS DE ESTANCIA</b>    | 03 DIAS             |
| <b>HOSPITALARIA</b>        |                     |
| <b>PESO</b>                | 1,790 gr            |
| <b>TALLA</b>               | 38 cm               |

#### DIAGNÓSTICOS:

- **NEUMONÍA INTRAUTERINA**
- **RECIEN NACIDO PRETÉRMINO TARDIO 35.3 SDG**
- **HIJO DE MADRE CON CERVICOVAGINITIS**

#### ❖ **MICROSISTEMA**

Recién nacido masculino de 35.3 semanas de edad gestacional, su madre tiene 30 años de edad, producto de la segunda gesta, sin antecedentes patológicos familiares, ni personales. Durante su embarazo refiere control prenatal en centro de salud, con 4 consultas y 3 USG sin alteraciones aparentes. Infección de vías urinarias, así como cervicovaginitis en el tercer trimestre del embarazo en tratamiento con Clotrimazol y Ampicilina sin remisión, inicio con actividad uterina por lo que acude a urgencias ginecobstétricas con 31.4 SDG x USG, y se decide su ingreso a la Unidad Tocoquirúrgica para administración de esquema de maduración pulmonar, con Betametasona el cual completo el día 23/12/16, continua con actividad uterina y se resuelve evento obstétrico el día 27/12/16. Parto eutócico, se recibe neonato activo, reactivo, vigoroso, se inician maniobras básicas de reanimación. Se asigna un puntaje Apgar 8/9, un Silverman a los 10 minutos de 1; a expensas de aleteo nasal, durante la reanimación presenta apnea la cual remite con la estimulación, con un peso de 1,840 gramos.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en la terapia intermedia e inicia con quejido espiratorio por lo que se le indica casco cefálico con FiO<sup>2</sup> al 60%

posteriormente se le da una puntuación Silverman Anderson 3 a expensas de quejido inconstante, aleteo nasal y retracción xifoidea discreta, por lo que se colocan puntas nasales de alto flujo al 60%, cursando ese mismo día se nota Silverman Anderson 3 a expensas de quejido inconstante, aleteo nasal y retracción xifoidea discreta, por lo que se decide su ingreso a la terapia intensiva, se colocan puntas nasales de alto flujo al 60%

En su segundo día de vida se solicita radiografía de tórax de control, en la que se observó infiltrado intersticial micro nodular bilateral, sugestivo de taquipnea transitoria del recién nacido y neumonía intrauterina, se observa incremento de dificultad respiratoria con quejido constante y con tiraje intercostal, supra esternal y retracción xifoidea, gasometría arterial presenta equilibrio ácido base hipoxémica, se decide por clínica asistir en fase III de la ventilación, iniciado en modo controlado con presión con ciclado en 45, PIP 1, PEEP 4 FiO<sup>2</sup> 45%, se mantiene con analgesia de Buprenorfina. Esquema de Ampicilina y Amikacina a dosis ponderales. Laboratorios indican bilirrubinas séricas de 12 mg/dl con criterio para fototerapia y tinte icterico Kramer 4.

En su tercer día se reporta con mejoría respiratoria en relación que no presenta polipnea, continua en fase III de ventilación, en modo PCV con parámetros medios. Gasométricamente en equilibrio ácido base, en ayuno, glucosa semicuantitativa de 97 mg/dl, balance hídrico negativo y diuresis normal.

A la exploración física se encuentra reactivo, ligera coloración icterica, **cabeza** sin hundimientos, cuero cabelludo con adecuada implantación, suturas afrontadas, fontanelas normotensas, **orejas** con adecuada implantación, flexibles, cartilago presente, **ojos** simétricos, pupilas isocóricas, reactivas a la luz, **nariz** con puente nasal adecuado, narinas y coanas permeables, **boca** con paladar duro y paladar blando íntegro, labios íntegros, mucosas orales hidratadas de color rosado, sonda orogástrica a derivación con gasto escaso. **Cuello** corto y grueso, simétrico, con arcos de movilidad conservados, si presencia de adenomegalias. **Tórax** de forma cilíndrico, apéndice xifoides evidente, campos pulmonares ventilados, con asistencia de tubo endotraqueal, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e

intensidad. **Abdomen** blando deprecible, simétrico, peristaltismo presente, no se palpan viceromegalias o tumores, cordón umbilical sin datos de infección, limpio y seco. **Genitales** masculinos, micción espontanea. **Columna vertebral** intacta, plana y recta, ano permeable. **Extremidades** integras, simétricas, con pulsos periféricos simétricos, llenado capilar de 2 segundos, adecuado tono muscular.

Se realizó una entrevista a la madre en la que se obtuvieron los siguientes datos:

La señora Lourdes los primeros días de ingreso de su hijo se sentía preocupada y triste por el estado de salud de su hijo, ya que es la primera vez que pasa por esta situación y ahora se encuentra más tranquila por la mejoría que ha visto de su hijo, menciona que su primera hija fue de término y no tuvo ningún problema al nacimiento, actualmente su hija tiene 5 años.

Desde un inicio ella se muestra interesada por la enfermedad de su hijo, pregunta a los médicos y a las enfermeras las dudas que tiene y acata las medidas que se le dicen.

#### ❖ **MESOSISTEMA**

Ella vive con su esposo y sus cuñados, para la pareja y su hija solo tienen un dormitorio y la cocina, baño, sala y comedor la comparten entre las familias, por parte de ella no tiene a familiares cercanos, hace tiempo no tiene contacto con su madre y su padre vive en El Salvador por lo que también no cuenta con su apoyo; los padres de su esposo ya fallecieron solo tiene el apoyo de sus hermanos, como pareja mantiene una relación estable y una buena comunicación, él visita a su hijo los fines de semana y también se encuentra preocupado.

En lo laboral solo el esposo trabaja como chofer de un taxi propio, sus ingresos son variables, pero económicamente se encuentran estables.

#### ❖ **MACROSISTEMA**

Menciona que en un inicio estaban preocupados por los costos que le generaría la hospitalización de su hijo en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, pero le

dieron informe de que se podían afiliar al Seguro Popular y así lo hizo y hasta el momento no se generara ningún costo.

Su religión es católica.

## ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

| Gasometría 30/12/17                       |             |                     |
|---|-------------|---------------------|
| <b>Valores de oximetría</b>               |             |                     |
| ctHb                                      | 14.2 g/dl   |                     |
| SO <sup>2</sup>                           | 88.6 %      | ↓                   |
| FO <sup>2</sup> Hb                        | 86.8 %      |                     |
| FCOHb                                     | 1.2 %       |                     |
| FHHb                                      | 11.2 %      |                     |
| FMetHb                                    | 0.8 %       |                     |
| FHbF                                      | 70 %        |                     |
| <b>Valores de electrolitos</b>            |             |                     |
| K <sup>+</sup>                            | 3.4 mmol/L  | ↓                   |
| Na <sup>+</sup>                           | 144 mmol/L  |                     |
| Ca  | 8.6 mmol/L  |                     |
| Cl  | 116 mmol/L  |                     |
| <b>Valores de metabolitos</b>             |             |                     |
| Glu                                       | 96 mg/dl    |                     |
| Lac                                       | 144 mmol/L  |                     |
| Bil                                       | 0.66 mmol/L |                     |
| <b>Valores corregidos por temperatura</b> |             |                     |
| pH  | 7.347       | ↓                   |
| PCO <sup>2</sup>                          | 37.1 mmHg   |                     |
| PO <sup>2</sup>                           | 39.5 mmHg   | ↓                   |
| <b>Estado de Oxigenación</b>              |             |                     |
| ctO <sup>2</sup> c                        | 17.3 Vol%   |                     |
| P50c                                      | 17.92 mmHg  |                     |
| <b>Estado acido base</b>                  |             |                     |
| Base (EcF)                                | -4.8        | Acidosis metabólica |
| HCO <sup>3</sup>                          | 20.3        | ↓                   |

Fecha: 29/DIC/2016

### BIOQUÍMICA

Bilirrubina 12 mg/dl ↑

Albúmina 2.92 ↓

### RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Se observó infiltrado intersticial micro nodular bilateral, así como cisuritis e imagen de "corazón peludo" sugestivo a taquipnea transitoria del recién nacido y neumonía intrauterina

Acidosis Metabólica

Laboratorios realizados en el Hospital GEA González

### 3.1 DIAGNÓSTICOS PRIORITARIOS

1. Deterioro del intercambio de gases **r/c** desequilibrio en la ventilación perfusión **m/p** aleteo nasal, respiración anormal y disnea.
2. Patrón respiratorio ineficaz **r/c** inmadurez pulmonar **m/p** uso de los músculos accesorios para respirar.
3. Motilidad gastrointestinal disfuncional **r/c** prematurez y falta de movilidad **m/p** incremento de perímetro abdominal de 2 cm.
4. Ictericia neonatal **r/c** dificultad para adaptarse a la vida extrauterina **m/p** piel amarilla y bilirrubinas de 12 mg/dl.
5. Trastorno del patrón del sueño **r/c** interrupciones (toma de signos vitales, administración de terapia, tomas de muestras de laboratorio, etc.) **m/p** cambios en el patrón normal del sueño.
6. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal **r/c** exposición al calor (fototerapia)
7. Riesgo de infección **r/c** procedimientos invasivos.
8. Riesgo de aspiración **r/c** intubación endotraqueal y alimentación por sonda orogástrica.
9. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea **r/c** edad del recién nacido y falta de movilidad libre.
10. Disposición para mejorar los conocimientos **m/p** la madre expresa interés en el aprendizaje.

### 3.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS   | INDICADORES  | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |   |
|---|--|--|---|------------------|---|
|   |  |  |   | MANTENER A:6     | AUMENTAR A:14                                     |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Deterioro del intercambio de gases<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Desequilibrio en la ventilación perfusión<br><br><b>Características definitorias:</b><br>Aleteo nasal, respiración anormal y disnea<br><br><b>DOMINIO 3:</b><br>Eliminación e intercambio<br><b>CLASE 4:</b> Función respiratoria<br><b>CÓDIGO:</b> 00030 | Estado respiratorio:<br>Ventilación<br><br><b>DOMINIO II:</b><br>Salud fisiológica<br><b>CLASE E:</b><br>Cardiopulmonar<br><b>CODIGO:</b> 0415 | a) Frecuencia respiratoria<br>b) Ritmo respiratorio<br>c) Profundidad de la respiración<br>d) Expansión torácica simétrica | 1. Gravemente comprometido<br>2. Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Sin compromiso |                  |   |
|   |  |  |   | 1                | 4   |
|   |  |  |   | 2                | 3   |
|   |  |  |   | 2                | 3   |
|   |  |  |   | 1                | 4   |
|   |  |  |   | Microsistema     | Salud del niño/<br>Actitud de la madre (reacción) |
|   |  |  |   | Mesosistema      |   |
|   |  |  |   | Macrosistema     |   |
| <b>OBJETIVO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asegurar la permeabilidad de la vía aérea mediante la eliminación de secreciones para favorecer el intercambio gaseoso.</li> </ul>  |  |  |   |                  |   |
| <b>CAMPO 2:</b> Fisiológico complejo<br><b>CLASE K:</b> Control respiratorio<br><b>CÓDIGO:</b> 3390<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Ayuda en la ventilación   |  |  |   |                  |   |

| EJECUCIÓN   | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN   |
|---|--|--|
| <p>1. Aspiración de secreciones bucales y traqueales con sistema cerrado cada que le paciente lo requiera.</p> <p>2. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</p> <p>3. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> | <p>1. Algunas patologías provocan la retención de secreciones en la vía aérea (faringe, tráquea o bronquios), debido a que los pacientes no pueden eliminarlas de forma activa por medio de la tos y expectoración. En estos casos es necesario eliminarlas de forma artificial mediante sistemas de succión o aspiración. Mediante la eliminación de secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar.</p> <p>2. Es de gran importancia valorar el estado respiratorio y de oxigenación ya que pueden observarse diversos signos y síntomas que nos den la pauta para actuar de manera rápida y oportuna ante alguna complicación. Puede observarse la respiración difícil por el uso de los músculos accesorios de la respiración y por el aleteo nasal en la inspiración. También puede existir distensión en las venas del cuello.</p> <p>La respiración difícil se acompaña con frecuencia de ruidos anormales como sibilancia por estrechamiento en la luz. Los estertores, que son sonidos breves burbujeantes, indican líquido en las vías respiratorias.</p> <p>La respiración difícil puede ser superficial y persistente o quizás existan alteraciones en el ritmo y profundidad, también puede variar el patrón de la inspiración y la espiración, con frecuencia la primera es más corta que la segunda.</p> <p>3. La falta de oxígeno y el exceso de dióxido de carbono en sangre que resulta de una ventilación inadecuada puede causar la muerte más rápido que cualquier otro problema. La muerte biológica del cerebro puede ocurrir</p> | <p>Recién nacido cursa su tercer día de vida con apoyo ventilatorio en modo PCV ya que días atrás manifiesta dificultad respiratoria, aleteo nasal respiración anormal, saturación de O<sup>2</sup> al 95%, murmullo vesicular adecuado, estertores gruesos apicales en ambos pulmones y moderadas secreciones hialinas</p> <p>El día 03 de enero se ve mejoría se decide pasar a modo SIMV y se valora extubación para la tarde con un tiempo inspiratorio de 0.43, por la tarde de este día se extuba y se procede a CPAD nasal a 1.5 litros por minuto y FiO<sup>2</sup> al 40% continua sin dificultad respiratoria, así como con saturaciones al 100% y campos pulmonares ventilados.</p> <p>El día 10 de enero se progresa a casco cefálico al 30% sin dificultad respiratoria y posterior a nebulizador indirecto manteniendo saturaciones por arriba del 95% y patrón respiratorio normal.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>4. Administrar oxígeno suplementario a través del tubo endotraqueal.</p> | <p>en 4 o 6 minutos sin oxígeno y ventilación.</p>  |  |
| <p>5. Vigilar el flujo de oxígeno.</p>                                      | <p>4. La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, para ello la cantidad de oxígeno en el gas inspirado debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.</p> |  |
| <p>6. Monitorización de los signos vitales.</p>                             | <p>5. La necesidad de la terapia con oxígeno debe estar siempre basada en un juicio clínico cuidadoso y, si fuera posible, fundamentada en la medición de los gases arteriales. El efecto directo es aumentar la presión del oxígeno alveolar, que atrae consigo disminución del trabajo respiratorio y del trabajo del miocardio, necesarios para mantener la presión arterial de oxígeno definida.</p>  |  |
| <p>6. Monitorización de los signos vitales.</p>                             | <p>6. Los signos vitales, temperatura, pulso, respiración, presión arterial y saturación de oxígeno son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.</p>   |  |

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS  | INDICADORES  | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |                |
|---|---|--|---|------------------|----------------|
|   |   |  |   | MANTENER A:6     | AUMENTAR A:14  |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Patrón respiratorio ineficaz<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Inmadurez pulmonar<br><br><b>Características definitorias:</b><br>Uso de los músculos accesorios para respirar<br><br><b>DOMINIO 3:</b><br>Eliminación e intercambio<br><b>CLASE 4:</b><br>Respuestas cardiovasculares / pulmonares<br><b>CÓDIGO:</b> 00032 | Adaptación del prematuro<br><br><b>DOMINIO I:</b><br>Salud funcional<br><b>CLASE E:</b><br>Cardiopulmonar<br><b>CODIGO:</b> 117 | a) Frecuencia respiratoria<br>b) Ritmo respiratorio<br>c) Profundidad de la respiración<br>d) Expansión torácica simétrica | 1.Gravemente comprometido<br>2.Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Sin compromiso | 1                | 4              |
|   |   |  |   | 2                | 3              |
|   |   |  |   | 2                | 3              |
|   |   |  |   | 1                | 4              |
|   |   |  |   |                  |                |
|   |   |  |   | Microsistema     | Salud del niño |
|   |   |  |   | Mesosistema      |                |
|   |   |  |   | Macrosistema     |                |
| <b>OBJETIVO:</b> Disminuir el trabajo respiratorio por medio de actividades que mejoren el estado respiratorio y de oxigenación del neonato.  |   |  |   |                  |                |
| <b>CAMPO 2:</b> Fisiológico complejo<br><b>CLASE K:</b> Control respiratorio<br><b>CÓDIGO:</b> 3350<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Monitorización respiratoria   |   |  |   |                  |                |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN  | EVALUACIÓN  |
|--|---|---|
| <p>1. Colocar al paciente de forma que minimice los esfuerzos respiratorios.</p> <p>2. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.</p> <p>3. Administración de antibióticos prescritos.</p> | <p>1. La posición del cuerpo también influye en la permeabilidad de las vías respiratorias. Los pacientes inconscientes deben colocarse en posición de semipronación (Sims), sin almohada en la cabeza y con la mandíbula extendida hacia delante y arriba. Esta posición evita que la lengua caiga hacia atrás y permite el drenaje de líquidos de la boca. Las medidas que ayudan a la expansión óptima del tórax incluyen la posición del paciente y el alivio del dolor o molestias relacionadas con la respiración.</p> <p>2. Es de gran importancia valorar el estado respiratorio y de oxigenación ya que pueden observarse diversos signos y síntomas que nos den la pauta para actuar de manera rápida y oportuna ante alguna complicación. Puede observarse la respiración difícil por el uso de los músculos accesorios de la respiración y por el aleteo nasal en la inspiración. También puede existir distensión en las venas del cuello. La respiración difícil se acompaña con frecuencia de ruidos anormales como sibilancia por estrechamiento en la luz; Los estertores, que son sonidos breves burbujeantes, indican líquido en las vías respiratorias. La respiración difícil puede ser superficial y persistente o quizás existan alteraciones en el ritmo y profundidad, también puede variar el patrón de la inspiración y la espiración, con frecuencia la primera es más corta que la segunda.</p> <p>3. Un antibiótico es una sustancia antimicrobiana que es utilizada para tratar enfermedades infecciosas y que</p> | <p>La posición de Sims mejora la respiración y mantiene saturación por arriba de 95%, el patrón respiratorio se muestra más rítmico, sin presencia de disnea y se valora la disminución de los músculos accesorios para respirar.</p> <p>Se continua con el esquema de antibióticos hasta diez días posteriores a su prescripción sin evidencia de infección y los cultivos de secreciones sin crecimiento</p> <p>Con progresión de la administración de O<sup>2</sup> suplementario el recién nacido mantiene signos vitales normales dentro de los parámetros establecido, saturaciones por encima de 95% y sin dificultad respiratoria y campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores, crepitantes o murmullo vesicular.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampicilina 180mg IV cada 12 horas. Diluido en 5 ml de SF 0.9% y pasar en una hora.</li> <li>- Amikacina 27 mg IV cada 24 horas. Diluido en 5 ml de SF 0.9% y pasar en una hora.</li> </ul> | <p>actúa inhibiendo o destruyendo el crecimiento de otros microorganismos. Los antibióticos provienen de organismo vivos como hongos, bacterias y algunas plantas, y de la síntesis artificial en laboratorios farmacológicos.</p>  |  |
| <p>4. Administración de oxígeno.</p>  | <p>4. La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, para ello la cantidad de oxígeno en el gas inspirado debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.</p> |  |

| DX. ENFERMERÍA   | RESULTADOS  | INDICADORES   | ESCALA DE VALORACIÓN   | PUNTUACIÓN DIANA |   |
|--|---|---|--|------------------|---|
|  |   |   |  | MANTENER A:19    | AUMENTAR A:24                           |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Motilidad gastrointestinal disfuncional<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Prematurez y falta de movilidad<br><br><b>Características definatorias:</b><br>Incremento del perímetro abdominal de 2 cm<br><br><b>DOMINIO 3:</b><br>Eliminación e intercambio<br><b>CLASE 2:</b> Función gastrointestinal<br><b>CÓDIGO:</b> 00197 | Función gastrointestinal<br><br><b>DOMINIO II:</b><br>Salud fisiológica<br><b>CLASE K:</b><br>Nutrición<br><b>CODIGO:</b><br>1015 | a) Tolerancia a la alimentación<br>b) Frecuencia de las deposiciones y ruidos abdominales<br>c) Distensión abdominal<br>d) Ruidos abdominales<br>e) Consistencia de las deposiciones<br>f) Residuo gástrico | 1.Gravemente comprometido<br>2. Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Sin compromiso | 3                | 4                                       |
|  |   |   |  | 3                | 4                                       |
|  |   |   |  | 2                | 4                                       |
|  |   |   |  | 4                | 4                                       |
|  |   |   |  | 4                | 4                                       |
|  | 3   | 4   |  |                  |   |
|  |   |   |  | Microsistema     | Salud del niño y adaptación a la dieta. |
|  |   |   |  | Mesosistema      |   |
|  |   |   |  | Macrosistema     |   |
| <b>OBJETIVO:</b> Disminuir la distensión abdominal para que el neonato pueda restablecer la alimentación e identificar qué factores afectan la motilidad gastrointestinal.   |   |   |  |                  |   |
| <b>CAMPO 1:</b> Fisiológico básico<br><b>CLASE B:</b> Control de la eliminación<br><b>CÓDIGO:</b> 430<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Manejo intestinal  |   |   |  |                  |   |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN  | EVALUACIÓN  |
|--|---|---|
| <p>1. Monitorizar las defecaciones forma, frecuencia, consistencia, volumen y color.</p> <p>2. Vigilar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación.</p> <p>3. Medir y registrar el perímetro abdominal cada hora.</p> <p>4. Corroborar que la sonda orogástrica</p> | <p>1. El estudio del patrón de eliminación intestinal del neonato incluye la frecuencia de defecación y la descripción de las características de la materia fecal eliminada (color, olor y consistencia); se debe tener en cuenta si contienen materias extrañas como sangre, pus o moco. Las evacuaciones negras pueden indicar presencia de sangre vieja y las rojas, sangre fresca, sin embargo, algunos alimentos y medicamentos pueden también cambiar el color de la materia fecal.</p> <p>2. Los neonatos con estreñimiento suelen presentar otros signos aparte de la eliminación de heces duras, de los cuales la enfermera(o) debe estar pendiente. Por ejemplo, en neonatos con distensión abdominal el abdomen se encuentra abultado y duro. El dolor suele observarse por la dificultad que muestra tener el neonato cuando intenta defecar.<br/>En neonatos con diarrea es importante observar las características de la materia fecal expulsada; en ocasiones puede encontrarse alimento no digerido a causa de la rapidez con que pasan por el tubo gastrointestinal.</p> <p>3. El perímetro abdominal es la medición de la distancia alrededor del abdomen en un punto específico, se utiliza para diagnosticar y monitorear lo siguiente:<br/>Acumulación de líquido en el abdomen, en su mayor parte causada por insuficiencia hepática o cardíaca.<br/>Acumulación de gases intestinales, en su mayor parte causada por bloqueo u obstrucción en los intestinos.</p> <p>4. La importancia de la fijación correcta de la sonda</p> | <p>Recién nacido con perímetro abdominal normal de 26 cm, tolerando la vía oral a través de sonda orogástrica con leche humana 14 ml cada 3 horas.</p> <p>El día 02 de enero presenta aumento del perímetro abdominal de 2 cm posterior a la toma de las 9 horas, sin presentar datos de irritación abdominal, con abdomen blando, depresible y sin dolor a la palpación, se indica suspender las siguientes dos tomas de las 12 horas y 15 horas.</p> <p>Continúa con vigilancia de la distensión abdominal regresando a la normalidad en ese lapso de horas y se reinicia la vía oral a las 18 horas. Se retira bolsa de residuo gástrico teniendo cantidad mínima aproximadamente 2ml.</p> <p>No hay presencia de estreñimiento ni de diarrea, manteniendo un código de evacuaciones normal (amarillo pastoso), en dos ocasiones.</p> <p>Posterior se continúa con vigilancia de tolerancia a la vía oral sin presentar problemas de</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>mantenga su correcta posición.</p> <p>5. Colocar la sonda orogástrica a derivación para medir el residuo gástrico.</p> <p>6. Suspender la siguiente toma de leche materna por indicación médica.</p> <p>7. Explicar a la familia la razón de que se utilice una sonda orogástrica y la suspensión de la alimentación</p> | <p>orogástrica radica en la permanencia y el cuidado de la piel de los recién nacidos, ya que, si la sonda queda en el esófago, corre riesgo de aspiración; por lo tanto, se deberá verificar su correcta ubicación.</p> <p>5. Cuando la sonda orogástrica se deja a derivación es porque se desea vaciar el contenido de estómago o intestino delgado, descomprimiéndolo ya sea de aire o material gastrobiliar.</p> <p>6. La suspensión de las tomas de alimentación siguiente se indica para que observar que haya una disminución del perímetro abdominal y así poder ligar ese aumento a la alimentación y descartar otros problemas como enterocolitis necrosante.</p> <p>7. Establecer un sistema de comunicación interpersonal con la familia fomentar y mantener una relación humana, a través del intercambio de información, que permita asegurar la calidad de los cuidados. El incluir en los cuidados a la madre y a la información sobre su estado de salud y las medidas que se realizan fomentan un entorno de confianza y positividad y disminuyen la ansiedad o el miedo.</p> | <p>distención abdominal u otros.</p> <p>La madre entiende por qué se toma la medida de suspensión de la alimentación manifestando tranquilidad.</p> |
|---|--|---|

| DX. ENFERMERÍA   | RESULTADOS  | INDICADORES   | ESCALA DE VALORACIÓN   | PUNTUACIÓN DIANA |  |
|--|---|---|--|------------------|--|
|  |   |   |  | MANTENER A:4     | AUMENTAR A:8   |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Ictericia neonatal<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Dificultad para adaptarse a la vida extrauterina<br><br><b>Características definitorias:</b><br>Piel amarilla y bilirrubinas de 12 mg/dl<br><br><b>DOMINIO 2:</b><br>Nutrición<br><b>CLASE 4:</b><br>Metabolismo<br><b>CÓDIGO:</b> 00194 | Adaptación del recién nacido<br><br><b>DOMINIO I:</b><br>Salud funcional<br><b>CLASE B:</b><br>Crecimiento y desarrollo<br><b>CODIGO:</b> 118 | a) Coloración cutánea.<br>b) Concentración de bilirrubinas. | 1.Gravemente comprometido<br>2. Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Sin compromiso | 2                | 4  |
|  |   |   |  | 2                | 4  |
|  |   |   |  | Microsistema     | Salud, apariencia, características y respuesta del niño. |
|  |   |   |  | Mesosistema      |  |
|  |   |   |  | Macrosistema     |  |
| <b>OBJETIVO:</b> Disminuir los niveles de bilirrubina sérica mediante foto-oxidación a nivel de piel, para ser excretada por la bilis, deposiciones y orina.   |   |   |  |                  |  |
| <b>CAMPO 5:</b> Familia<br><b>CLASE W:</b> Cuidados de un bebe nuevo<br><b>CÓDIGO:</b> 6924<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Fototerapia: Neonato   |   |   |  |                  |  |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN   |
|--|--|--|
| <p>1. Colocar fototerapia simple de pedestal encima del recién nacido.</p> <p>2. Colocar protección ocular y genital.</p> <p>3. Vigilar las pérdidas insensibles</p> <p>4. Vigilar cambios en la piel y temperatura.</p> | <p>1. La fototerapia es una técnica empleada en la unidad de neonatología para disminuir los niveles de bilirrubina en el recién nacido y para la cual la enfermera responsable debe de conocer los cuidados que debe prestar al recién nacido sometido a ella así como las posibles contraindicaciones y complicaciones derivadas de la misma.</p> <p>2. Durante el procedimiento que puede durar horas o días el neonato deberá utilizar protección ocular para prevenir daños progresivos de retina causados por los rayos luminosos. Como la luz puede resultar tóxica para la retina inmadura, siempre deben protegerse los ojos del neonato con parches oscuros. También deben utilizar protección genital ya que pueden tener una disminución de la calidad de vida a causa de su trastorno dermatológico primario.</p> <p>3. La fototerapia convencional puede producir un cambio agudo en el entorno térmico del neonato, lo cual puede generar un aumento en el flujo de sangre periférica y una pérdida de agua no sensible. La fototerapia puede causar evacuaciones diarreicas y aumento de pérdidas insensibles de agua, lo que aumenta el riesgo de deshidratación. La hidratación adecuada aumenta la peristalsis y la excreción de bilirrubinas</p> <p>4. La fototerapia puede tener efectos secundarios como hipotermia (temperatura corporal &lt;36.5°C quemaduras, diarrea), hipertermia (temperatura corporal &gt;37.5°C), erupción cutánea deshidratación.</p> | <p>El día 30 de enero se coloca fototerapia simple de pedestal con protección ocular y genital con presencia de bilirrubinas séricas de 12 mg/dl e incremento icterico en aumento Kramer 4 (ictericia hasta los tobillos), se mantiene así durante cinco días observando mejoría en la valoración Kramer.</p> <p>No se observa complicaciones derivadas de la fototerapia como incremento de la temperatura corporal, quemaduras y cambios en la piel.</p> <p>Las pérdidas insensibles se encuentran con balance positivo.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>5. Explicar a los padres el procedimiento de fototerapia y cuidados de la misma.</p> | <p>5. El incluir en los cuidados del neonato a los padres y a la información sobre su estado de salud y las medidas que se realizan fomentan un entorno de confianza y positividad.</p> |  |
|---|---|--|

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS  | INDICADORES                               | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |   |
|---|---|---|---|------------------|---|
|   |   |   |   | MANTENER A:4     | AUMENTAR A:8  |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Trastorno del patrón del sueño<br><b>Factor relacionado:</b><br>Interrupciones (toma de signos vitales, administración de terapia, tomas de muestras de laboratorio, etc.)<br><b>Características definitorias:</b><br>Cambios en el patrón normal del sueño<br><b>DOMINIO 4:</b><br>Actividad/Reposo<br><b>CLASE 1:</b><br>Sueño/Reposo<br><b>CÓDIGO:</b> 00198 | Estado de comodidad:<br>Entorno<br><br><b>DOMINIO V:</b><br>Salud percibida<br><b>CLASE U:</b> Salud y calidad de vida<br><b>CODIGO:</b> 2009 | a) Patrón de sueño<br>b) Calidad de sueño | 1. Grave<br>2. Sustancial<br>3. Moderado<br>4. Leve<br>5. Ninguno | 2                | 4   |
|   |   |   |   | 2                | 4   |
|   |   |   |   | Microsistema     | Factores que provocan estrés / Adaptación del niño a su entorno |
|   |   |   |   | Mesosistema      | Hospital  |
|   |   |   |   | Macrosistema     |   |
| <b>OBJETIVO:</b> Disminuir el número de interrupciones del patrón del sueño para que el patrón del sueño y su calidad aumenten permitiendo un mejor descanso para el neonato.   |   |   |   |                  |   |
| <b>CAMPO 1:</b> Fisiológico básico<br><b>CLASE F:</b> Facilitación de los cuidados<br><b>CÓDIGO:</b> 1850<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Mejorar el sueño  |   |   |   |                  |   |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN  | EVALUACIÓN   |
|--|---|--|
| <p>1. Determinar el esquema sueño/vigilia.</p> <p>2. Incluir el ciclo regular de sueño vigilia del neonato en la planificación de los cuidados.</p> <p>3. Observar y registrar el esquema y el número de horas de sueño del neonato.</p> <p>4. Brindar una mejor comodidad al neonato a través del nido.</p> | <p>1. Los períodos de vigilia y sueño ocurren en forma cíclica y regular, y el neonato duerme de 13 a 16 horas con un ciclo de 40 a 60 min. Es importante promover la comodidad, reposo y sueño para satisfacer las necesidades a fin de conservar su salud.</p> <p>2. Planificar los cuidados con base a los periodos de sueño del neonato permitirá que el neonato descanse adecuadamente evitando interrupciones en su sueño/ descanso.</p> <p>3. El registro del número de horas que se duerme el neonato nos permitirá brindar cuidados especializados e identificar factores que intervengan el proceso de sueño/descanso.</p> <p>4. La incomodidad física puede causar malestar y alteración de los procesos mentales que pueden interferir con el equilibrio de un neonato. Dolor, náuseas, exceso de calor, etc; son algunos estímulos que la persona puede considerar intolerables. El profesional de enfermería evitará la ocurrencia de muchas situaciones que provocan malestar; además, mucha incomodidad puede ser aliviada y por consiguiente, el enfermero vigilará los signos incipientes de incomodidad de su paciente y tomará cuenta de las intervenciones que pueden aliviar el malestar o impedir que aumente en detrimento de la comodidad.</p> | <p>El patrón del sueño se observa más tranquilo y se disminuyen un poco las interrupciones, aunque es difícil porque no solo interviene el personal médico y enfermero en el ciclo del sueño, si no que el personal interdisciplinario (Oftalmología, Rayos X, Inhaloterapia, Tamiz neonatal) no tiene un horario específico para que ingrese y tome los datos y muestras necesarios por lo que se continua interrumpiendo el sueño/ vigilia.</p> <p>La hora de Penumbra se respeta al máximo ya que es la hora en la que el recién nacido puede descansar tranquilamente sin interrupciones ya que no se permite que ningún personal sanitario realice valoraciones o pruebas con él.</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>5. Hacer uso de la hora de penumbra y respetarla por turno</p> | <p>5. Los recién nacidos necesitan silencio y tranquilidad durante las primeras semanas de vida, es particularmente importante para los recién nacidos prematuros o frágiles. El tener menos estimulación les ayuda a desarrollar el cuerpo y el cerebro. Al incluir una hora de penumbra diaria en cada unidad de cuidados para el recién nacido tiene como objetivo las siguientes metas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el nivel de estrés de los neonatos, lo cual ayuda a regular la presión arterial, frecuencia cardíaca, respiración, oxigenación y otros procesos importantes.</li> <li>• Permitir un mayor y mejor (más profundo) sueño, lo cual ayuda al crecimiento y ayuda a los neonatos enfermos a sanar más rápidamente.</li> <li>• Fomentar buenos patrones de sueño y de auto-control, además de posiblemente ayudar a evitar problemas de atención a largo plazo.</li> <li>• Proteger los oídos delicados de los bebés prematuros y fomentar el desarrollo saludable del cerebro y los sentidos.</li> </ul> |  |
|---|--|--|

| DX. ENFERMERÍA   | RESULTADOS   | INDICADORES                                     | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA                       |   |
|--|--|---|---|--|---|
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Exposición al calor (fototerapia)<br><br><b>DOMINIO 11:</b><br>Seguridad/ Protección<br><b>CLASE 6:</b><br>Termorregulación<br><b>CÓDIGO :</b> 00005 | Control del riesgo:<br>Hipertermia<br><br><b>DOMINIO IV:</b><br>Conocimiento y conducta de salud<br><b>CLASE T:</b><br>Control del riesgo y seguridad<br><b>CODIGO:</b> 1922 | a) Temperatura cutánea aumentada<br>Hipertermia | 1. Grave<br>2. Sustancial<br>3. Moderado<br>4. Leve<br>5. Ninguno | <b>MANTENER A:9      AUMENTAR A:10</b> |   |
|  |  |   |   | 4                                      | 5   |
|  |  |   |   | 5                                      | 5   |
|  |  |   |   | Microsistema                           | Apariencia, características, respuesta y salud del niño |
|  |  |   |   | Mesosistema                            | Hospital (uso de fototerapia)                           |
| Macrosistema   |  |   |   |  |   |
| <b>OBJETIVO:</b> Mantener la temperatura corporal del recién nacido en parámetros normales (36.6° a 37.8°) durante el tiempo de tratamiento con fototerapia.   |  |   |   |  |   |
| <b>CAMPO 2:</b> Fisiológico complejo<br><b>CLASE M:</b> Termorregulación<br><b>CÓDIGO:</b> 3900<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Regulación de la temperatura corporal  |  |   |   |  |   |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN  |
|--|--|---|
| <p>1. Observar el color y la temperatura corporal.</p> <p>2. Observar y registrar si hay signos de hipertermia.</p> <p>3. Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.</p> <p>4. Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del neonato en caso de que se altere la temperatura corporal.</p> | <p>1. Si el recién nacido presenta rubor y calor en su piel que va en aumento representan signos de que la temperatura corporal este aumentada.</p> <p>2. Identificar signos de hipertermia (taquipnea, taquicardia, hipotensión rubor, irritabilidad, llanto débil o ausente e hipotonía), permite brindar una atención de enfermería de calidad y oportuna ante situaciones que pongan en riesgo la vida del neonato.</p> <p>3. Comprobar la temperatura corporal permite tener más precisión y actuar rápidamente ante una situación de peligro y realizar intervenciones de enfermería oportunas.</p> <p>4. Si el neonato presenta alguna alteración en la temperatura se puede modificar la temperatura de la incubadora evitando que se desarrolle una hipertermia, causándole quemaduras.</p> | <p>La temperatura de neonato se mantiene en rangos normales de 36.2 a 36.9 sin sobrepasar o disminuir estos rangos.</p> <p>No se observan signos de hipertermia, ni cambios en el color de la piel.</p> |

| DX. ENFERMERÍA   | RESULTADOS  | INDICADORES  | ESCALA DE VALORACIÓN   | PUNTUACIÓN DIANA |                             |
|--|---|--|--|------------------|-----------------------------|
|  |   |  |  | MANTENER A:7     | AUMENTAR A:11               |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Riesgo de infección<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Procedimientos invasivos<br><br><b>DOMINIO 11:</b><br>Seguridad/Protección<br><b>CLASE 1:</b><br>Infección<br><b>CÓDIGO :</b> 00004 | Estado inmune<br><br><b>DOMINIO II:</b><br>Salud fisiológica<br><b>CLASE H:</b><br>Respuesta inmunológica<br><b>CODIGO:</b> 702 | a) Estado respiratorio<br>b) Temperatura corporal<br>c) Integridad cutánea | 1.Gravemente comprometido<br>2. Sustancialmente comprometido<br>3. Moderadamente comprometido<br>4. Sin compromiso |                  |                             |
|  |   |  |  | 2                | 3                           |
|  |   |  |  | 3                | 4                           |
|  |   |  |  | 2                | 4                           |
|  |   |  |  |                  |                             |
|  |   |  |  | Microsistema     | Respuesta inmunitaria       |
|  |   |  |  | Mesosistema      | Hospital (Medios invasivos) |
|  |   |  |  | Macrosistema     |                             |
| <b>OBJETIVO:</b> Reducir el riesgo de infección en el neonato mediante el uso de diferentes técnicas que contribuyan a evitar la propagación de microorganismos patógenos.   |   |  |  |                  |                             |
| <b>CAMPO 4:</b> Seguridad<br><b>CLASE V:</b> Control de riesgos<br><b>CÓDIGO:</b> 6550<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Protección contra infecciones   |   |  |  |                  |                             |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN   |
|--|--|--|
| <p>1. Administrar un agente de inmunización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampicilina 180mg IV cada 12 horas. Diluido en 5 ml de SF 0.9% y pasar en una hora.</li> <li>- Amikacina 27 mg IV cada 24 horas. Diluido en 5 ml de SF 0.9% y pasar en una hora.</li> </ul> <p>2. Inspeccionar el estado de inserción (Catéter umbilical y catéter periférico).</p> <p>3. Observar los signos y síntomas de infección.</p> <p>4. Colocar sonda orogástrica y aspirar las secreciones con técnica estéril</p> | <p>1. Un antibiótico es una sustancia antimicrobiana que es utilizada para tratar enfermedades infecciosas y que actúa inhibiendo o destruyendo el crecimiento de otros microorganismos. Los antibióticos provienen de organismo vivos como hongos, bacterias y algunas plantas, y de la síntesis artificial en laboratorios farmacológicos.</p> <p>2. Los pacientes con catéteres intravenosos deben ser evaluados diariamente en el sitio de inserción por medio de la inspección y la palpación para verificar si hay sensibilidad local u otro signos como calor, sensibilidad, eritema que nos puedan hablar de un signo infección.</p> <p>3. Debemos estar alerta antes signos y síntomas que aparezcan en el recién nacido para poder actuar rápidamente y disminuir las complicaciones que puedan aparecer. Algunos de estos son: Cambios en la temperatura corporal, problemas respiratorios, diarrea, glucemia baja, reducción en la succión, frecuencia cardíaca lenta, vómitos, etc.</p> <p>4. Manipular en forma cuidadosa el material una vez esterilizado evita la posible contaminación del mismo y la entrada de agentes patógenos al interior del neonato causándole el desarrollo de infecciones.</p> | <p>El recién nacido mantiene su estado de inmunización con la ayuda de los medicamentos prescritos y las técnicas de asepsia que se realizan para evitar la contaminación y la propagación de agentes patógenos que provoquen la infección.</p> <p>No se observan signos y síntomas que nos hablen de una posible infección.</p> <p>Los padres del recién nacido acatan las instrucciones del lavado de manos, el uso de bata y cubre bocas cuando visitan a su bebe, conforme pasan los días se aprenden el correcto lavado de manos institucional.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>5. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías intravenosas.</p>                                       | <p>5. La técnica aséptica se refiere a las prácticas que reducen la posibilidad de que los microorganismos entren en el cuerpo durante procedimientos clínicos, reduciendo así a su vez el riesgo de que el neonato se infecte. Realizar esta técnica al manejar las vías IV disminuye el riesgo de la entrada de microorganismos a través de la sangre</p> |  |
| <p>6. Enseñar a los familiares que lo visiten el correcto lavado de manos y la colocación de bata y cubre bocas.</p> | <p>6. Desarrollar una técnica adecuada para el lavado de manos es imprescindible para asegurarse de que las manos están completamente limpias junto con el uso de bata y cubre bocas se logra reducir la transmisión de infecciones cruzadas de la familia al neonato y del personal sanitario al neonato.</p>  |  |

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS   | INDICADORES   | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |   |
|---|--|---|---|------------------|---|
|   |  |   |   | MANTENER A:9     | AUMENTAR A:10   |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Riesgo de aspiración<br><br><b>Factor relacionado:</b><br>Intubación endotraqueal y alimentación por sonda orogástrica<br><br><b>DOMINIO 11:</b><br>Seguridad/ Protección<br><b>CLASE 2:</b> Lesión física<br><b>CÓDIGO :</b> 00039 | Prevenición de la aspiración.<br><br><b>DOMINIO IV:</b><br>Conocimiento y conducta de salud<br><b>CLASE T:</b> Control del riesgo y seguridad<br><b>CODIGO:</b> 1918 | a) Selección de comidas según su capacidad deglutoria.<br>b) Higiene bucal. | 1. Nunca demostrado.<br>2. Raramente demostrado.<br>3. A veces demostrado.<br>4. Frecuentemente demostrado.<br>5. Siempre demostrado. | 5                | 5   |
|   |  |   |   | 4                | 5   |
|   |  |   |   | Microsistema     | Salud, señales, apariencia y características                      |
|   |  |   |   | Mesosistema      | Hospital (cuidados de enfermería, vigilancia continua y estrecha) |
|   |  |   |   | Macrosistema     |   |
| <b>OBJETIVO:</b> Prevenir la aspiración de secreciones que puedan comprometer el estado de salud de neonato.  |  |   |   |                  |   |
| <b>CAMPO 2:</b> Fisiológico complejo<br><b>CLASE K:</b> Control respiratorio<br><b>CÓDIGO:</b> 3160<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Aspiración de vías áreas  |  |   |   |                  |   |

| EJECUCIÓN   | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN  |
|---|--|---|
| <p>1. Monitorización de signos vitales.</p> <p>2. Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>3. Aspiración de secreciones bucales y traqueales.</p> | <p>1. Los signos vitales, temperatura, pulso, respiración, presión arterial y saturación de oxígeno son parámetros a través de los cuales es posible evaluar la salud de un individuo, pues sus valores se mantienen constantes dentro de ciertos límites, en estado de normalidad.</p> <p>La valoración de los signos vitales es una de las funciones del personal de enfermería que permite detectar alteraciones potenciales o reales, modificatorias del equilibrio del individuo. Esta valoración constituye el punto de partida en la toma de decisiones objetivas que determinan un cuidado reflexivo e individualizado al paciente</p> <p>2. La auscultación es un elemento básico en la exploración del aparato respiratorio, consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo, pudiendo ser directa o indirecta. Los ruidos respiratorios se originan por el flujo de aire que pasa a través de las vías aéreas causando turbulencias, que originan las vibraciones que percibimos como ruidos. Se debe auscultar metódicamente el tórax en sus caras posterior, anterior y lateral, incluyendo el hueco axilar. El ideal es auscultar sucesivamente lugares iguales de ambos lados, lo que hace posible una comparación inmediata, útil para detectar lesiones unilaterales. Con ello se puede distinguir si es necesaria o no la aspiración de secreciones y vigilar en que estado de mejoría al finalizar el procedimiento se encuentra el neonato</p> <p>3. Algunas patologías provocan la retención de secreciones en la vía aérea (faringe, tráquea o bronquios), debido a que los pacientes no pueden eliminarlas de forma activa por medio de la tos y expectoración. En estos casos es necesario eliminarlas de forma artificial mediante sistemas de succión o</p> | <p>Mediante la aspiración de secreciones bucales y traqueales no se ha presentado algún riesgo de aspiración, el neonato se ha mantenido tranquilo; solo se le realizó aspiración de secreciones durante 4 días, en el momento que lo requería obteniendo secreciones hialinas y moderadas, en la parte bucal solo se acumulan secreciones escasas y se realiza el aseo bucal cada que requiere por lo menos dos veces por turno</p> <p>Los signos vitales se mantienen en parámetros normales.</p> <p>El ritmo, frecuencia, profundidad y esfuerzo de las respiraciones mejoran día a día, se observa un patrón respiratorio más rítmico, sin dificultad respiratoria y sin quejido espiratorio.</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>4. Administrar oxígeno mediante la utilización de ventiladores.</p> <p>5. Realizar aseo bucal cada que lo requiera.</p> <p>6. Vigilar ritmo, frecuencias, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> | <p>aspiración.<br/>Mediante la eliminación de secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar neumonía causadas por la acumulación de las mismas.</p> <p>4. La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial, para ello la cantidad de oxígeno en el gas inspirado debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.</p> <p>5. Realizar el aseo bucal del neonato permite que las secreciones que va generando el neonato y que el mismo no puede deglutir por su estado, no se acumulen y puedan llegar a causar broncoaspiración.</p> <p>6. Puede observarse la respiración difícil por el uso de los músculos accesorios de la respiración y por el aleteo nasal en la inspiración. También puede existir distensión en las venas del cuello.<br/>La respiración difícil se acompaña con frecuencia de ruidos anormales como sibilancia por estrechamiento en la luz. Los estertores, que son sonidos breves burbujeantes, indican líquido en las vías respiratorias.<br/>La respiración difícil puede ser superficial y persistente o quizás existan alteraciones en el ritmo y profundidad, también puede variar el patrón de la inspiración y la espiración, con frecuencia la primera es más corta que la segunda.</p> |  |
|---|--|--|

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS   | INDICADORES   | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |  |
|---|--|---|---|------------------|--|
|   |  |   |   | MANTENER A:13    | AUMENTAR A:15  |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea<br><b>Factor relacionado:</b><br>Edad del recién nacido y falta de movilidad libre.<br><br><b>DOMINIO 11:</b><br>Seguridad/ Protección<br><b>CLASE 2:</b> Lesión física<br><b>CÓDIGO :</b> 00047 | Consecuencias de la inmovilidad:<br>Fisiológicas<br><br><b>DOMINIO I:</b><br>Salud Funcional<br><b>CLASE C:</b><br>Movilidad<br><b>CODIGO:</b> 204 | a) Úlceras por presión<br>b) Hipoactividad intestinal<br>c) Estreñimiento | 1. Grave<br>2. Sustancial<br>3. Moderado<br>4. Leve<br>5. Ninguno | 4                | 5  |
|   |  |   |   | 4                | 5  |
|   |  |   |   | 5                | 5  |
|   |  |   |   | Microsistema     |  |
|   |  |   |   | Mesosistema      | Hospital (falta de movilidad libre por medios invasivos, papel de enfermería en el cuidado de la piel del recién nacido) |
| Macrosistema  |  |   |   |                  |  |
| <b>OBJETIVO:</b> Prevenir o minimizar el riesgo de la ruptura de la piel del recién nacido por la falta de movilidad utilizando diferentes técnicas que contribuyan a mantener la integridad de la misma.   |  |   |   |                  |  |
| <b>CAMPO 1:</b> Fisiológico básico<br><b>CLASE C:</b> Control de la inmovilidad<br><b>CÓDIGO:</b> 840<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Cambio de posición  |  |   |   |                  |  |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN  | EVALUACIÓN  |
|--|---|---|
| <p>1. Realizar cambios de posición cada 2 horas.</p> <p>2. Proporcionar un colchón firme y con ayuda de aditamentos mejorara la comodidad del neonato mediante el nido.</p> <p>3. Colocar un colchón suave hecho con algodón y cubierto con un gorro quirúrgico para brindar mayor comodidad.</p> <p>4. Realizar baño de esponja cada 3 días y colocar crema en el cuerpo del neonato.</p> <p>5. Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.</p> <p>6. Ayudar en el cuidado perianal mediante el</p> | <p>1. Para aliviar y eliminar la compresión de los puntos de apoyo es imprescindible realizar cambios posturales, manteniendo lo más correcta la alineación del cuerpo y estudiando con detenimiento la forma de reducir los efectos de la presión prolongada sobre las prominencias óseas</p> <p>2. El uso de un colchón firme sin abolladuras previene y minimiza el riesgo de ruptura de la piel. Para dar contención es necesario mantener al prematuro dentro de nidos artesanales con extremidades flexionadas semejando la posición dentro del útero materno y favoreciendo el encuentro con la línea media.</p> <p>3. Un colchón suave proporciona mayor comodidad al neonato.</p> <p>4. El baño de esponja favorece la circulación y mantiene la higiene del recién nacido permitiendo que se encuentre limpio y seco. Se deben seleccionar limpiadores con un pH neutro (pH 5.5-7.0) y pueden utilizarse emolientes para restaurar la integridad de la piel seca o formación de grietas.</p> <p>5. La extensión de la sabana es fundamental para eliminar arrugas que favorezcan sitios de presión y la humedad favorece la aparición de lesiones.</p> <p>6. El cuidado perianales es fundamental, si aparecen lesiones es de gran importancia aplicar Dexpanthenol al 5%, con la</p> | <p>El recién nacido se mantiene limpio, seco e hidratado, sin presencia lesiones en la piel , se cambian los sensores y se le brinda cuidados a su piel perianal cambiando el pañal cada que lo requiera para evitar que se acumule la humedad produciendo lesiones</p> <p>El recién nacido se encuentra cómodo en su cuna de calor radiante, se cambian las sabanas diario y su colchón suave cada que el algodón haya disminuido su abultamiento.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>cambio de pañal cada que se requiera y aplicación de tópicos si es necesario.</p> | <p>finalidad que las lesiones desaparezcan y no aumenten su tamaño</p>  |  |
| <p>7. Inspeccionar el estado de la piel.</p>   | <p>7. La inspección del estado de la piel es fundamental en los recién nacidos para poder identificar oportunamente lesiones que aparezcan e identificar los factores que favorezcan esta aparición, actuando de manera inmediata y prevenir que aparezcan úlceras por presión.</p> |  |
| <p>8. Rotación de sensores.</p>  | <p>8. Los sensores conectados al recién nacido se deben rotar cada 2 horas para que no se produzcan lesiones en la piel del mismo debido a la presión que generan.</p>  |  |

| DX. ENFERMERÍA  | RESULTADOS  | INDICADORES   | ESCALA DE VALORACIÓN  | PUNTUACIÓN DIANA |  |
|---|---|---|---|------------------|--|
|   |   |   |   | MANTENER A:12    | AUMENTAR A:15  |
| <b>Etiqueta diagnóstica:</b><br>Disposición para mejorar los conocimientos<br><br><b>Características definitorias:</b><br>La madre expresa interés en el aprendizaje<br><br><b>DOMINIO 5:</b><br>Percepción/<br>Cognición<br><b>CLASE 4:</b><br>Cognición<br><b>CÓDIGO:</b> 00161 | Conocimiento:<br>Fomento de la salud<br><br><b>DOMINIO IV:</b><br>Conocimiento y conducta de salud<br><b>CLASE:</b><br>Conocimientos sobre salud<br><b>CODIGO:</b> 1823 | a) Mejora los conocimientos.<br>b) Aclara dudas.<br>c) Búsqueda de ayuda. | 1. Ningún conocimiento<br>2. Conocimiento escaso<br>3. Conocimiento moderado<br>4. Conocimiento sustancial<br>5. Conocimiento extenso | 4                | 5  |
|   |   |   |   | 4                | 5  |
|   |   |   |   | 4                | 5  |
|   |   |   |   | Microsistema     | Actitud de la madre, confianza en sí misma y adaptación al rol |
|   |   |   |   | Mesosistema      |  |
| Macrosistema  | Cultura, nivel económico e influencia social  |   |   |                  |  |
| <b>OBJETIVO:</b> Mejorar los conocimientos sobre los cuidados que requiere su hijo mediante la capacitación de diversos temas que permitan el aprendizaje de la madre.  |   |   |   |                  |  |
| <b>CAMPO 3:</b> Conductual<br><b>CLASE S:</b> Terapia cognitiva<br><b>CÓDIGO:</b> 5922<br><b>INTERVENCIÓN:</b> Facilitar el aprendizaje   |   |   |   |                  |  |

| EJECUCIÓN  | FUNDAMENTACIÓN   | EVALUACIÓN  |
|--|--|---|
| <p>1. Ajustar la instrucción al nivel de conocimiento y comprensión de la madre del neonato.</p> <p>2. Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas y/o psicomotoras y/o afectivas del familiar.</p> <p>3. Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias de la madre y familiares.</p> <p>4. Repetir la información importante.</p> | <p>1. Como personal sanitario debemos valorar el nivel de estudios que tiene la madre para poder elegir las palabras que ella pueda entender ya que si no cuenta con un nivel de estudios alto y le decimos palabras científicas no entenderá y de nada servirá la información que le proporcionemos.</p> <p>2. La capacidad para aprender continuamente tiene mucho que ver con el aprendizaje de estrategias generales del pensamiento que nos permiten conocer, y buscar la información que necesitamos, en un momento dado, para resolver una tarea o solucionar un problema. Esto implica que tan importante es saber cuál es la información que uno tiene como saber la que le falta, en un momento dado, para resolver la tarea o solucionar el problema.</p> <p>3. La información deberá ser adecuada a la cultura en la que se desarrolla la madre para un mejor entendimiento a través de la comunicación podemos proporcionar cuidados de calidad centrados en el paciente. Las enfermeras tenemos que ser conscientes de las barreras a esta comunicación efectiva así como los nuevos retos que suponen los cuidados adaptados a la cultura del paciente que puede convertirse más que en un problema, en una oportunidad para crecer en nuestra profesión.</p> <p>4. Repetir la información importante hace que a madre pueda entender mejor la información que le proporcionamos y aclarar dudas.</p> | <p>La madre se muestra interesada en saber los cuidados que le damos a su hijo, busca ayuda de los profesionales de la salud para entenderlos mejor y aclara sus dudas preguntando a los médicos o a los enfermeros.</p> <p>Se le capacitó sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna</li> <li>• Cuidados del recién nacido en el hogar</li> <li>• Oxigenoterapia</li> <li>• Lavado de manos, uso de bata y cubre bocas</li> <li>• Prevención de caídas</li> <li>• Prevención de infecciones</li> <li>• Fototerapia</li> </ul> |

### **3.3 PLAN DE ALTA**

La responsabilidad del profesional de enfermería es proporcionar capacitación, generar confianza y seguridad al cuidador primario de acuerdo con el diagnóstico y requerimientos de cada paciente; de esta manera se favorece la calidad del cuidado en el hogar. El plan de alta consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al familiar en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta. Para este plan de alta se utilizó la nemotecnia CUIDARME.

- COMUNICACIÓN
- URGENTE
- INFORMACIÓN
- DIETA
- AMBIENTE
- RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE
- MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO
- ESPIRITUALIDAD

#### **3.3.1 COMUNICACIÓN**

Los padres del Leandro Kaleth saben que si aparece algún problema con su recién nacido deben acudir al servicio de Urgencias Pediatría del Hospital General Dr. Manuel Gea González o algún hospital cercano a su comunidad

Identifican a la familia del padre como su grupo de ayuda primario y ellos como padres, deben platicar con su familia para que no se sientan solos, la familia le debe dar apoyo emocional a los padres y principalmente a la madre por que el ser madre de nuevo va a traer consigo muchos sentimientos que pueden ser buenos o malos, por lo que es de suma importancia que la familia se encuentre a su lado.

Entre los padres debe haber unión y comunicación efectiva para que así ambos puedan responsabilizarse de su hijo y de su hija mayor y brindarles los mejores cuidados posibles.

### **3.3.2 URGENTE**

Los padres saben que deben acudir al hospital en caso de que su hijo presente:

#### 1. Color de la piel anormal

- Piel azulada. Cuando vean un color azulado en el interior o alrededor de la boca, la lengua, en manos y pies puede tratarse de cianosis por falta de oxigenación.
- Piel muy pálida o gris podría indicarnos que el recién nacido se encuentra muy frío o que tiene alguna enfermedad.

#### 2. Temperatura del Recién nacido

- Fiebre: Si la temperatura de su hijo es mayor a 38 grados tiene fiebre.
- Hipotermia: Si la piel del bebé está muy fría por debajo de los 35 grados.

#### 3. Vómitos frecuentes

- Regurgitación diferente a la normal de los bebés muy violenta y constante.

#### 4. La textura y color de las deposiciones

- Si son acuosas es diarrea y si hay presencia de moco o sangre, puede tratarse de una deshidratación. Si no presenta deposiciones de manera regular y le duele, puede tratarse de estreñimiento u otro padecimiento.

#### 5. Dificultad para respirar

- Síntomas de esta dificultad son un ritmo elevado de respiración, 60 respiraciones por minuto o pausas sin respirar de más de 20 segundos, piel azulada, ruidos al respirar y quejidos.

## 6. Cambios en el comportamiento

- Llanto frecuente: Si el bebé está irritable, llora sin control aún después de haberle dado de comer, bañado, cambiado, etc.
- Si está muy adormilado, si llora débilmente, si no se despierta para alimentarse, si no tiene tono muscular y se mueve menos de lo normal

## 7. Convulsiones

- Las convulsiones son movimientos involuntarios del cuerpo, bruscos. Generalmente se acompaña de mirada perdida y temblores.

## 9. No come o come poco

- Presenta dificultad o falta de fuerza en la succión de la leche, intolerancia y rechazo al alimento.

## 10. No orina u orina muy poco

- Los bebés generalmente orinan 5 veces al día o más.

### **3.3.3 INFORMACIÓN**

Los primeros días en casa después de que su hijo salga del hospital representan un tiempo de descanso y recuperación física y emocional. La madre necesita concentrar su energía en sí misma y en conocer a su nuevo hijo. Se debe de tratar de limitar el número de visitas para que evitemos la propagación de infecciones ya que él bebe ha estado en un hospital por mucho tiempo y el nuevo ambiente puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de nuevos padecimientos Encuentre su propio ritmo desde el primer día que regresa a casa. Permita que otros los ayuden y no tengan miedo de pedir ayuda con la limpieza, la lavandería, las comidas o el cuidado del bebé.

### **3.3.4 DIETA**

El bebé continuara con la lactancia exclusiva pero ahora a libre demanda.

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.

Tendrá que haber un proceso de relactación debido a que le bebe no ha comido del pecho de su madre solo por biberón y sonda orogástrica. La relactación es restablecer la lactancia materna después de haberla interrumpido durante un tiempo (días, semanas o incluso meses).

Al principio se administrará la cantidad completa de alimentación artificial (mejor con una jeringa o cuenta gotas que con biberón). Lo más importante es dejar que el bebé mame cuanto más mejor, al menos unas 10 o más veces en 24 horas. Se recomienda ofrecer el pecho cada dos horas y siempre que parezca que quiera. Si al principio rehúye succionar, se le dará la leche materna por boca con jeringa o por sonda También se le puede “engañar” echando leche con un cuentagotas o un vaso directamente sobre el pecho mientras está mamando. No usar chupete, no sacan nada, les cansa y quita fuerza para mamar después. Es muy importante proporcionar contacto piel con piel con el bebé el mayor tiempo que se pueda. Para ello hay que evitar el exceso de barreras de ropa entre la madre y la criatura, así como dejarle todo el tiempo que necesite en cada pecho hasta que se retire. En una semana pueden aparecer las primeras gotas de leche, si se estimula el pecho por lo menos diez veces al día. Aproximadamente, la mitad de todas las madres que relatan son capaces de amamantar exclusivamente, es decir sin suplementos de leche artificial, en un mes. Es importante transmitir que, independientemente de la cantidad de leche que se vaya produciendo y el tiempo que se necesite, lo importante es el contacto y la relación afectiva que se establece.

La frecuencia y duración de las tomas tendrán como un mínimo de 8-12 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y hay que respetárselo: habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día y dormirán

de 4 a 6 horas, y a otras y otros habrá que despertarles para las tomas, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado.

La dieta de la madre debe ser variada y equilibrada, los mitos sobre reglas dietéticas son una barrera para el amamantamiento y no tienen base científica. En muy pocos casos el lactante se ve afectado por los alimentos que come su madre. Sí hay que tener en cuenta que sus necesidades energéticas y nutritivas son más elevadas, debe ingerir 500 calorías extra cada día debido al esfuerzo metabólico que implica la producción de leche. El incremento en la ingesta de líquidos de ésta no afecta a la cantidad de leche producida, por tanto la madre beberá para satisfacer su sed. No es necesario que sea leche, puede ser zumo, infusiones, batidos, o simplemente agua

### **3.3.5 AMBIENTE**

El ambiente en su hogar debe ser cálido, respetuoso, cooperativo y amoroso. Se debe crear un ambiente seguro, retirar los objetos que sean peligrosos tanto para ella y su bebe y que supongan un riesgo de caídas, evitar superficies resbalosas. Debe tener un espacio para su bebe y poner sus objetos personales en lugares que no estén junto con la ropa de los papás.

### **3.3.6 RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE**

- Asistir a lugares públicos junto con sus familiares y amigos
- Ver televisión, escuchar música, ir a sitios donde pueda estimular a su bebe
- Acudir a clases de Estimulación temprana.

### **3.3.7 MEDICAMENTOS**

#### **Vacunas**

- BCG: protege contra la tuberculosis. Está compuesta por bacilos tuberculosos de origen bovino, que han perdido su poder para producir la enfermedad, pero tienen capacidad de generar defensas a quien los recibe.

Produce una inmunidad limitada en el tiempo, que evita la infección por el bacilo tuberculoso virulento. Se le inyecta al niño en el hombro izquierdo, subcutánea y brota aproximadamente a los 14 días como una pequeña herida de aspecto infectada. No hacer curaciones, tener cuidado al bañar y vestir al RN. Se le aplicara lo más pronto posible después de alta

- Hepatitis B: Se aplicara a los 2,4 y 6 meses después del nacimiento.
- Pentavalente acelular (DpaT+ VPI + Hib): Cuatro dosis: la primera a los 2 meses, la segunda a los 4 meses, la tercera a los 6 meses y la cuarta a los 8 meses.
- Rotavirus: Dos dosis la primera a los 2 meses y la segunda a los 4 meses.
- Neumocócica conjugada: Dos dosis, la primera a los 2 meses y la segunda a los 4 meses.
- Influenza: Dos dosis, la primera a los 6 meses y la segunda a los 7 meses y una revacunación anual hasta los 35 meses

### **3.3.8 ESPIRITUALIDAD**

Continuar asistiendo a la iglesia donde practica su religión una vez por semana o como los padres lo acostumbren

#### **4. CONCLUSIONES**

La neumonía neonatal es un proceso infeccioso e inflamatorio pulmonar que puede llevar a la muerte a un recién nacido, esta forma parte de las neumonías tempranas, se relaciona con corioamnionitis y ruptura prematura de membranas. Son causadas directa e indirectamente por la invasión de microorganismos o material extraño y por respuesta inmunitaria deficiente o inapropiada del huésped, la cual puedan dañar sus propios tejidos sanos.

Los recién nacidos que cursan con una neumonía neonatal presentan apnea, disociación térmica, dificultad respiratoria, cianosis, disminución de los reflejos primarios y una puntuación de Silverman-Anderson moderados y graves, por lo que es necesario que sean hospitalizados para su vigilancia.

La estancia prolongada en una unidad neonatal afecta el desarrollo del RN por las condiciones de estrés a las que se encuentran sometidos como los procedimientos invasivos y dolorosos y la sobre estimulación ambiental, también afecta el vínculo afectivo con sus padres, y además modifica la situación laboral de los mismos y les causa situaciones de estrés a ambos.

Por ello nuestro papel como enfermería es de suma importancia en estos casos en donde tanto la valoración del recién nacido y las intervenciones que se realizan permiten reducir el riesgo de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del mismo, así como las complicaciones inmediatas y mediatas que pueda presentar.

Por consiguiente para mejorar la estancia hospitalaria del recién nacido se tendrá que proporcionar una atmósfera general de comodidad para ayudar a que se adapte fácilmente al medio, de modo que con enfermeros responsables del cuidado debemos estar siempre a la vanguardia, actualizándonos día a día, adquiriendo conocimientos sólidos, amplia experiencia y gran capacidad resolutive a fin de garantizar una atención humanizada y de calidad, orientada a satisfacer en lo posible las demandas del recién nacido prematuro, y ser capaz de planificar un plan individualizado de cuidados para él y dar lugar a la participación de la

familia, también cabe señalar que como personal de salud es de gran relevancia enseñar a los padres medidas de prevención encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales en su bebé durante su hospitalización y posterior a ella; principalmente en temas de alimentación, higiene, reposo y sueño, psicoafectividad, en su respiración, su adaptación al medio y en la prevención de infecciones ya sean gastrointestinales, respiratorias, etc; considerando que el crecimiento y desarrollo adecuado en los bebés se centra en el establecimiento de una vinculación positiva y segura del mismo con sus padres y en el logro del funcionamiento de órganos y sistemas que relativamente se encuentran inmaduros e inexpertos al nacer.

Finalmente al culminar este Proceso Atención Enfermería podemos afirmar que se a cumplido el objetivo principal de este trabajo “ Desarrollar un proceso atención enfermería aplicado a un recién nacido bajo la perspectiva del Modelo de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para contribuir en el restablecimiento de su salud y su adaptación al medio extrauterino; incluyendo a sus padres” con la finalidad de otorgar cuidados integrales al neonato e incluir a la familia en cada uno de ellos, ya que principalmente serán los padres quienes tengan que adaptarse a su nuevo rol para poder cuidar a su hijo y darle los cuidados a su egreso del hospital, por lo que es necesario que también estén preparados para poder identificar cualquier signo de alarma en su hijo.

## 5. GLOSARIO

1. **Acicate:** Estímulo positivo que mueve a una persona a realizar una acción o a actuar de determinada manera
2. **Adenomegalia:** Agrandamiento excesivo de los ganglios linfáticos especialmente de los que se encuentran en el cuello.
3. **Apnea:** Suspensión transitoria de la respiración.
4. **Candida albicans:** Es un hongo diploide asexual (forma de levadura) y saprófito, de la familia de los Sacaromicetos. Habitualmente se encuentra en la cavidad oral, en el tracto gastrointestinal y en la vagina.
5. **Catéter periférico:** Un catéter venoso periférico es un tubo delgado y flexible que se inserta en una vena.
6. **Catéter umbilical:** Es un catéter es una sonda o tubo largo, suave y hueco.
7. **Cervicovaginitis:** Se entiende por cervicovaginitis infecciosa a la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozoario por tricomonas vaginalis
8. **Crepitantes:** Es un sonido anormal, fino y burbujeante, que se encuentra cuando se auscultan los ruidos pulmonares
9. **Dosis ponderales:** Contenido del principio activo de un medicamento que, dependiendo del peso del paciente, deberá suministrarse una sola vez.
10. **Enterocoitis necrosante:** Inflamación que causa destrucción (necrosis) de cantidades variables del intestino.
11. **Equilibrio ácido base:** Mantenimiento de un nivel normal de la concentración de iones de hidrogeno en los fluidos del organismo.
12. **Escala Kramer:** Escala visual para la determinación de las cifras de bilirrubina según la localización cutánea; al ser una progresión cefalocaudal,

la escala es cabeza y cuello 5-6mg/ dl, miembros superiores, tórax y abdomen superior 7-9mg/dl, abdomen inferior y muslos 10- 11mg/dl, piernas 12-13mg/dl y plantasdelospies $\geq$ 14mg/dl.

- 13. Estertores:** Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones.
- 14. Estreptococo grupo B:** Es un tipo de bacteria que algunas mujeres llevan en sus intestinos y la vagina
- 15. FiO<sub>2</sub>:** Fracción inspirada de oxígeno.
- 16. Fototerapia:** Tratamiento médico de algunas enfermedades que se fundamenta en la aplicación de luz natural o artificial.
- 17. Hiperbilirrinemia:** Aumento de la concentración sérica de bilirrubina
- 18. Hipoxemia:** Es una disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial por debajo de 80 mmHg.
- 19. Hístico:** Que es propio de un tejido orgánico o está relacionado con él.
- 20. Hora de penumbra:** Periodo en el que se disminuye el estés de los bebes y permite un mayor y más profundo sueño en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- 21. Ictericia fisiológica:** Es una hiperbilirrubinemia no conjugada que ocurre después del primer día postnatal y puede durar una semana.
- 22. Impactación:** Es una acumulación de heces endurecida y compactas que el paciente no puede expulsar espontáneamente.
- 23. Infiltrado intersticial micronodular:** Aumento de la densidad de la trama pulmonar dando un patrón con marcas lineales y o reticulares asociado o no a un granulado.
- 24. Listeria:** Una bacteria que se encuentra en el suelo y el agua y en algunos animales, incluyendo las aves de corral y el ganado.

- 25. Macrosistema:** Incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal
- 26. Mesosistema:** Agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- 27. Microsistema:** El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés.
- 28. Modo PCV:** Ventilación controlada a presión. La presión inspiratoria programada es constante y se establece como variable independiente, mientras que el volumen y el flujo varían de acuerdo con el nivel de presión establecido y con los cambios en la impedancia a la ventilación.
- 29. Murmullo vesicular:** Es un sonido suave y de tonalidad relativamente baja, que se ausculta en el torax de un paciente sano.
- 30. Neumonía intrauterina:** Es la infección bacteriana invasiva más frecuente después de la sepsis primaria. La neumonía de inicio temprano forma parte de una sepsis generalizada que se manifiesta en el momento del nacimiento o pocas horas después
- 31. Parto eutócico:** Es aquel que transcurre de manera normal sin necesidad de intervención médica, es decir, natural y por vía vaginal.
- 32. PEEP:** Presión positiva al final de la espiración es una técnica mecánica que a menudo se utiliza al ventilar a un paciente inconsciente. Dicha técnica

incluye el agregado de una cantidad de presión en los pulmones al final de cada respiración.

- 33. PIP:** Presión ventilatoria pico. Se debe emplear el pico espiratorio más bajo que permita mantener valores de PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub> aceptables.
- 34. Polipnea:** Incremento de la profundidad y frecuencia de la respiración.
- 35. Quejido espiratorio:** Se produce por la salida forzada de aire contra glotis contra una glotis parcialmente cerrada.
- 36. Recién nacido pretérmino tardío:** Es el que nace  $\geq 34$  semanas y antes de las 37 semanas de gestación.
- 37. SIMV:** Ventilación intermitente mandatoria sincronizada. Diseñado para pacientes que son capaces de hacer algo, pero no lo suficiente para respirar por su cuenta.
- 38. Test Apgar:** Es una prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un RN, que se realiza justo cuando acaba de nacer. Se valora a través de una puntuación determinada al minuto de nacer, a los 5 minutos y, a veces, a los 10 minutos. Se examinan el ritmo cardíaco (la frecuencia de los latidos del corazón), la respiración, el tono muscular, los reflejos, y el color de la piel del RN.
- 39. Test de Silverman- Anderson:** Evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido
- 40. Tuberculosis:** Enfermedad infecciosa, provocada por un bacilo, que se transmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en los tejidos infectados; puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones, produciendo tos seca, fiebre, expectoraciones sanguinolentas y pérdida de peso.
- 41. Viceromegalia:** Aumento de tamaños de los órganos internos que se encuentran en el hígado, bazo, riñones, estomago o páncreas.

**42. Vigilia:** Estado del que está despierto, especialmente en las horas destinadas al sueño.

**43. Vigoroso:** Tener energía, fuerza.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta-Torres, Sara M., Torres-Espina, Marco T., Colina-Araujo, José A., Colina-Chourio, José A., Utilidad diagnóstica del método de Kramer para la detección clínica de la hiperbilirrubinemia neonatal. Investigación Clínica [en línea] 2012, 53 (abril-junio): [Fecha de consulta: 18 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372937688004>
2. Aracil Santos F. Neumonía complicada. Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. [Internet] 2008;48:183-188. [Consulta 14 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/3AJZ84>
3. Bulechek G, McCloskey J. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). 4ed. ELSERVIER; 2007.
4. CALMA (2015). Manual avanzado de Lactancia Materna.
5. Catálogo de medicamentos. Medicamentos PLM [Internet]; [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.medicamentosplm.com/>
6. Colliere F. Promover la vida. 2ed. McGraw-Hill/Interamericana; 2009. Pág. 350
7. Donación y trasplantes de órganos y tejidos. Funciones Propias de Enfermería. [Internet]. [Consulta 12 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/KzeS1e>
8. F. Balboa de Paz, S. Rueda Esteban, C. Paredes Mercado, et al. Neumonías Neonatales. Acta Pediatr Esp. [Internet]. 2008; 66(10):481-486 [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/5fEiVn>
9. Fernández Fernández M. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. La enfermería como profesión y disciplina científica. [Internet]; pág. 2 [Consulta 05 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/Tuddcx>
10. Fernández Ferrin C, et al. Proceso Enfermero. De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson. 3ra. ed. Barcelona. Ed. Masson; 2005. P 3-16.
11. Flores Almonacid C, Ramiro Bravo A. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. [Internet]; Abril, 2011. [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [juntadeandalucia.es](http://juntadeandalucia.es)
12. García García M. Comunicación y relaciones interpersonales. [Internet]; 2013. [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [goo.gl/AWSXxC](https://goo.gl/AWSXxC)
13. Jarillo Quejada. Oxigenoterapia. [Internet]. 2009; [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [goo.gl/9BAmdD](https://goo.gl/9BAmdD)

14. Jeffrey Maisels M, McDonagh A F, Fototerapia para la ictericia neonatal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2008;27:100-111. Fecha de consulta: 22 de junio de 2017. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91227302>.
15. Juliana Carmen Parodi, José Lucio Meana Ibarra, José Horacio Ramos Cosimi. ICTERICIA NEONATAL: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [En línea] noviembre 2005. Núm. 151. Pág.8-16: [Fecha de consulta:18 de julio de 2017] Disponible en: [http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista151/3\\_151.htm](http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.htm)
16. Ledesma Pérez M. Fundamentos de Enfermería. Limusa: 2007.
17. Linares Fuentes S. Características del proceso atención enfermería. [Internet] 2016 [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/QaEe92>
18. Loncharich-Vera N. El cuidado enfermero. Rev enferm Herediana. [Internet] 2010;3(1):1. [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/tZ8VEj>
19. Lovezio C. Acidosis respiratoria. Libro Virtual Intramed [Internet], 2006: [Consulta 05 de marzo de 2017] Disponible en: <https://goo.gl/cXSPeY>
20. Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. 7ma ed. Modelos y teorías en enfermería. España: Ed. Elsevier.
21. Miranda Pérez R. Crecimiento y desarrollo en pediatría. [Internet]; 2011. [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [goo.g/72B59](http://goo.g/72B59).
22. Mitjà Costa J. Proceso Atención Enfermería. Enfermería Blog©. [Internet]; [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://enfermeriablog.com/pae/>
23. Moorhead S, Jonhson M, Swanson E, etal. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC). 5ed. ELSERVIER; 2013.
24. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. 3ed. ELSERVIER; 2016.
25. Osorio Martínez R, et al. Protocolo de fototerapia en el neonato. [Internet]; 2011. [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [www.chuspab.espublicaciones/protocolos.Enfermeria/documento/CI3Flae823520.pdf](http://www.chuspab.espublicaciones/protocolos.Enfermeria/documento/CI3Flae823520.pdf)
26. Oxigen Salud S.A. Manual de aspiración de secreciones. [internet]; Febrero, 2008. [Consulta 10 de marzo de 2017].Disponible en: [oxigensalud.com](http://oxigensalud.com)

27. Pérez-Rodríguez J, Dolores Elorza. Etiología y diagnóstico. An Pediatr Contin. [Internet]. 2003;1:57-66 - Vol. 1 Núm.2 [Consulta 10 de junio de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/R25Na2>
28. Perry Potter. Técnicas y procedimientos de enfermería. 7ma Ed. México: Elsevier; 2011.
29. Revista Médica Electrónica. Colocación de sonda orogástrica. Protocolo de enfermería. [Internet]; Octubre, 2014. [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [portalesmedicos.com](http://portalesmedicos.com)
30. Rosales Barrera S. Fundamentos de enfermería. 3ra ed. Manual moderno; 2009.
31. SIBEN. Guía de practica clínica de termorregulación del recién nacido. [internet]; 2010. Fecha de consulta: 22 de junio de 2017. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso\\_termoreg.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf)
32. Torrecilla Rojas J, et al. Fundamentos de enfermería. Parte II. Necesidades de oxigenación. [Internet] [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [goo.gl/nBPzZ5](http://goo.gl/nBPzZ5)
33. Torrecilla Rojas J, et al. Fundamentos de enfermería. Parte II. Necesidades de eliminación. [Internet] [Consulta 10 de marzo de 2017]. Disponible en: [goo.gl/xDUCc](http://goo.gl/xDUCc)
34. Vele Bacuilima S, Veletanga León D. Aplicación del proceso de atención de enfermería de las enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2015” Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería [Internet]. 2015; pág. 42-43 [Consulta 06 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/w2ytmt>

## **7. ANEXOS**

### **7.1 NEUMONIA INTRAUTERINA**

La neumonía neonatal es un proceso infeccioso e inflamatorio pulmonar que puede llevar a la muerte a un recién nacido. De un total estimado de 3.9 a 10.8 millones de muertes anuales en el mundo, de menores de 28 días de vida, la neumonía neonatal es la responsable de 20-38% durante las primeras 48 horas.

Los agentes causales más comunes de la neumonía neonatal son las infecciones por bacterias gramnegativas. Los patógenos encontrados en la neumonías tempranas son: *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo D3 y en raras ocasiones sífilis.

La neumonía intrauterina es parte de las neumonías tempranas, se relaciona con corioamnionitis y ruptura prematura de membranas. En la neumonía neonatal, como en otros procesos infecciosos neumónicos, las lesiones pulmonares y extrapulmonares son causadas directa e indirectamente por la invasión de microorganismos o material extraño y por respuesta inmunitaria deficiente o inapropiada del huésped, la cual puedan dañar sus propios tejidos sanos.

#### **7.1.1 CLASIFICACIÓN**

- A. Neumonía connatal: Es la infección adquirida por el recién nacido antes de nacer, producto de la colonización del líquido amniótico con la flora vaginal.
- B. Neumonía posnatal o adquirida: asociada a la infección por gérmenes intrahospitalarios después del nacimiento, muy frecuente en las unidades de cuidados especiales neonatales.

Los mecanismos de infección posibles son los siguientes:

1. Transplacentario: La infección transplacentaria por gérmenes que pasen desde la circulación materna es poco frecuente, por la función de filtro de las membranas placentarias. En estos casos, se encuentra una infiltración difusa de polimorfonucleares y microorganismos infectantes en los alvéolos.
2. En ocasiones también se identifican restos de líquido amniótico, lo que indica la posibilidad de aspiración intrauterina previa a la sepsis hematogena. Este mecanismo de infección es el más típico de las viremias maternas y de los raros casos de sepsis materna por neumococo.
3. Inhalación de líquido amniótico: Es poco frecuente. Puede aparecer prenatalmente o durante el parto.
4. Aspiración de material infectado: Puede producirse antes, durante o tras el parto. En estas situaciones se observa un patrón típicamente bronconeumónico, asociado en los casos más graves a hemorragia pulmonar o a inflamación pleural de diverso grado. Además de *Staphylococcus aureus*, puede estar causado por otros gérmenes, como *Escherichia coli*.
5. *Klebsiella*, *Enterobacter* y anaerobios. Se pueden presentar complicaciones del tipo de neumatoceles, abscesos, empiemas y pnoneumotórax.
6. Inhalación de aire contaminado: Del personal hospitalario o del material usado en la atención al niño, sobre todo causado por *Pseudomonas*. Constituyen en este caso las neumonías de origen nosocomial.
7. Vía hematogena: A partir de otro foco de infección o en el curso de una septicemia.

### 7.1.2 CAUSAS

Las causas de la neumonía neonatal son:

Connatal:

- Ruptura prematura de membrana más de 12 h
- Vaginosiis
- Fiebre intraparto
- Útero adverso
- Leucocitosis
- Líquido amniótico fétido y purulento
- Tacto genital a repeticiones
- Trabajo de parto prolongado
- Partos prematuros

Posnatal:

- Mala técnica de aspiración
- Mal lavado de mano
- Septicemia generalizada
- Contactos con fómites contaminados
- Inhalación de microorganismo por el tracto respiratorio
- Ventilación mecánica prolongada
- Medio aséptico

### **7.1.3. CUADRO CLÍNICO**

El cuadro clínico se caracteriza por:

- Apnea
- Disociación térmica
- Dificultad respiratoria
- Hipotónicos
- Cianosis
- Disminución de los reflejos primarios
- Puntuación de Silverman-Anderson moderados y graves

### **7.1.4 DIAGNÓSTICO**

La historia perinatal y la clínica con frecuencia ayudan a esclarecer el diagnóstico y su causalidad

- **DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO**

A pesar de que es posible que al inicio de las manifestaciones clínicas no se produzca una afectación radiológica pulmonar, es prácticamente seguro encontrarla al cabo de 72 horas. Por ello, no debe retrasarse la instauración del tratamiento antibiótico pertinente, si hay una sospecha clínica fundada, aunque la radiología sea rigurosamente normal.

La presencia de consolidación pulmonar indica que el alvéolo está lleno de una sustancia de densidad parecida a la del agua.

Es importante diferenciar, de ser posible, si esta consolidación corresponde a una neumonía, un edema, una hemorragia o un empiema. Si la infección se ha adquirido de forma intrauterina, ésta suele ser de tipo difusa y homogénea, asociada con frecuencia a una hiperinsuflación pulmonar. Si la infección es posnatal, el patrón más habitual es de tipo bronconeumónico, difuso o parcheado, y de límites mal delimitados. Con frecuencia se asocia un patrón de broncograma

aéreo, provocado por la radioluminiscencia de los bronquios envueltos por el área pulmonar afectada. Entre los patrones más comúnmente asociados a gérmenes causales se hallan los siguientes:

- Patrón prácticamente indistinguible de la membrana hialina con broncograma aéreo en el caso de Streptococcus del grupo.
- Consolidaciones extensas en niños afectados de displasia broncopulmonar en el caso de Cándida.
- Infiltrados intersticiales bilaterales con hiperinsuflación pulmonar asociada, producidos por una infección causada por C. trachomatis.
- Neumatoceles, abscesos, empiemas y pnoneumotórax en las infecciones causadas por S. aureus, aunque no de forma exclusiva.
- Infiltrados difusos que se extienden desde el hilio hasta la periferia en recién nacidos gravemente enfermos con un periodo de incubación de aproximadamente 3 semanas, con un cuadro afebril insidioso asociado, caracterizado por catarro y disnea, con o sin cianosis, en las infecciones por P. carinii.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes entidades:

- Patrón reticulonodular producido por la opacidad de los espacios aéreos envueltos de tejido intersticial, característico de la enfermedad de membrana hialina y, en ocasiones, como ya hemos comentado, indistinguibles de la afectación causada por el S. agalactie, salvo por los casos en que existe atelectasia en el primero e hiperinsuflación en el segundo.
- Síndrome de aspiración meconial, que cursa típicamente con un patrón difuso algodonoso, asociado a hiperinsuflación pulmonar.

- Enfisema intersticial, que presenta una afectación peribronquial y una sección del anillo de unión entre el alvéolo y el bronquiolo, y cursa típicamente sin broncograma aéreo.

- **DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO**

La realización de hemocultivos, cultivo de líquido cefalorraquídeo y urocultivo de forma sistemática ante una sospecha clínica ofrece la posibilidad de diagnosticar germen causal. Influye de forma determinante en su realización la inespecificidad de los signos iniciales infecciosos, compatibles también con una sepsis y/o una meningitis incipientes.

Los cultivos de secreciones traqueales, de puntas de catéteres centrales y tubos empleados en el tratamiento del niño pueden ser útiles. Igualmente, si disponemos de suficiente cantidad de líquido pleural, debe realizarse un cultivo.

Las técnicas serológicas serán solicitadas especialmente en el caso de sospecha por TORCH (títulos de IgM superiores a 1/32) o de *C. trachomatis* por técnicas de inmunofluorescencia de gran sensibilidad y especificidad en el caso de afectación neumónica, aunque no en el de repercusión conjuntival.

### **7.1.5 PROFILAXIS**

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de la historia obstétrica, se deberá aportar una pauta antibioterapia intraparto a la madre en casos determinados. La profilaxis instaurada intraparto se ha mostrado efectiva a la hora de evitar la sepsis precoz neonatal por *Streptococcus* del grupo B. Parece eficaz la pauta de al menos una dosis de ampicilina o penicilina, si no hubiera contraindicación materna, al menos 4 horas antes del parto. Mejora su efecto protector si se administran dos dosis.

Existe un acuerdo unánime en no administrar antibioterapia profiláctica al neonato si no hubiera datos objetivos de infección.

### 7.1.6 TRATAMIENTO

El tratamiento se realiza inicialmente de forma empírica hasta conocer los resultados de los cultivos. Ya se ha referido anteriormente la necesidad de instaurar una pauta antibiótica ante situaciones de sospecha clínica sin confirmación radiológica, pues la aparición de ésta se puede retrasar hasta las siguientes 72 horas del inicio del cuadro. La pauta es la que cubre los gérmenes habituales de la sepsis, es decir, la asociación entre una penicilina (ampicilina) y un aminoglucósido (gentamicina) como primera elección, frente al estreptococo y los gramnegativos, en los casos de inicio precoz.

En las afecciones tardías de origen nosocomial, lo ideal es pautar una combinación de antibióticos para los que sean sensibles los gérmenes más frecuentes de cada servicio. En estos casos se debería utilizar vancomicina para el estafilococo, asociado a un aminoglucósido para los gramnegativos.

El tratamiento durará unos 10-14 días, según la evolución clínica de cada caso. La dosificación se realizará según las pautas neonatológicas, en función del peso y de la edad del niño.

En los casos en que por la historia obstétrica, la clínica o el patrón radiológico se sospeche Chlamydia como origen causal, se asociará eritromicina al tratamiento. En el caso del VHS, aciclovir es el fármaco adecuado hasta su confirmación, con muy mal pronóstico a pesar del tratamiento. En el caso de Pseudomonas, la pauta más adecuada será la combinación de ticarcilina con un aminoglucósido (tobramicina), aunque ceftazidima es una alternativa terapéutica. Ribavirina es el único tratamiento disponible para el VRS, y sólo ha mostrado su efecto en menores de 6 meses para disminuir la duración del soporte respiratorio, pero no la mortalidad.

Algunos neonatos de alto riesgo (EPC <32 semanas de edad gestacional) podrían recibirla como tratamiento preventivo.

Algunos autores defienden la pauta antibiótica profiláctica contra el estafilococo en los niños con un peso <1.500 g, por ser especialmente susceptibles a este germen, pero no es una actitud aceptada por todos. En nuestra opinión, aquélla presentaría más resistencias que ventajas. Además de las medidas referidas, se debe cuidar el tratamiento de soporte del niño, con una correcta fluidoterapia y asistencia ventilatoria, asociada a una exhaustiva monitorización neonatal.

### **7.1.7 COMPLICACIONES**

Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en la neumonía neonatal son:

- Acidosis respiratoria
- Trastornos metabólicos
- Deshidratación
- Trastornos electrolíticos
- Daños neurológicos

### **7.1.8 PRONÓSTICO**

Generalmente, en los cuadros de aparición precoz las series muestran un peor pronóstico, tanto peor cuanto menor sea la edad gestacional del niño, peor su condición clínica y mayor la virulencia del germen. Así, en el caso de *Streptococcus* del grupo B, las tasas de mortalidad oscilan hasta el 70 y el 100%, y se produce el fallecimiento en las primeras 48 horas de vida desde el inicio del cuadro. En los de aparición tardía, las tasas de mortalidad son menores. En general, la mortalidad será mayor en niños prematuros, con afección pulmonar crónica e inmunodeficiencias.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup>F. Balboa de Paz, S. Rueda Esteban, C. Paredes Mercado, et al. Neumonías Neonatales. *Acta Pediatr Esp.* [Internet]. 2008 66(10):481-486 [Consulta 05 de marzo de 2017]. Disponible en:<https://goo.gl/5fEiVn>

## 7.2 EVALUACIÓN SILVERMAN-ANDRESEN

El test de Silverman permite de un modo sencillo cuantificar la intensidad del trabajo respiratorio e ir valorando la evolución clínica cuando el paciente no está sometido a presión de distensión continua o ventilación mecánica, ya que en estas situaciones el aleteo nasal y el quejido espiratorio no pueden ser valorados.<sup>43</sup>

*Tabla 1. Puntuación de Silverman para valoración de la dificultad respiratoria neonatal*

| Valor | Aleteo nasal | Quejido espiratorio                   | Retracción subcostal (xifoidea) | Retracción intercostal (dorsolateral) | Movimiento tórax-abdomen en inspiración                       |
|-------|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| 0     | Ausente      | Ausente                               | Ausente                         | Ausente                               | Aumento perímetro tórax ↑; abdomen ↑                          |
| 1     | Leve         | Por auscultación, intermitente, débil | Visible, poco intensa           | Visible, poco intensa                 | Depresión tórax ↓, Aumento abdomen ↑ (disociación leve)       |
| 2     | Intenso      | Audible sin fonendoscopio, continuo   | Acusada                         | Acusada                               | Depresión tórax ↓↓, Aumento abdomen ↑↑, (disociación marcada) |

## 7.3 ICTERICIA NEONATAL

La ictericia en el Recién Nacido (RN), la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina (Bb), cuadro benigno y autolimitado, que desaparece generalmente antes del mes de edad. Constituye uno de los fenómenos clínicos más frecuente durante el periodo neonatal y es la causa más común de reinternación en salas de cuidados de RN durante las primeras dos semanas de vida, para fototerapia y, en no pocas oportunidades, para exanguinotransfusión

- Ictericia: es un signo clínico caracterizado por la pigmentación amarilla de la piel, mucosas y fluidos corporales por aumento de la bilirrubina en sangre.

<sup>43</sup>Pérez-Rodríguez J, Dolores Elorza. Etiología y diagnóstico. An Pediatr Contin. [Internet]. 2003;1:57-66 - Vol. 1 Núm.2 [Consulta 10 de junio de 2017]. Disponible en:<https://goo.gl/R25Na2>

- **Hiperbilirrubinemia**  
 No conjugada: es la elevación de la bilirrubina sérica no conjugada a niveles superiores a 1.3–1.5 mg/dl.  
 Conjugada: es la elevación de la bilirrubina sérica mayor de 1.5 mg/dl y más del 10 % de la concentración sérica total.
- **Ictericia Fisiológica:** es la que aparece después de las 24 horas de vida y que se resuelve antes de los diez días

### **Ictericia fisiológica**

La mayoría de los RN desarrollan niveles de bilirrubina sérica no conjugada superiores a 2 mg/dl durante la primera semana de vida. Este valor crece normalmente en los RN a término hasta un promedio de 6-8 mg/dl a los tres días de vida y disminuye a menos de 1.5 mg/dl al décimo día en RN normales. Esta ictericia fisiológica, monosintomática, benigna y autolimitada, tiene unos límites tanto temporales como en valores absolutos, que se resumen en el cuadro 1.

### **Cuadro 1. Criterios de ictericia neonatal fisiológica**

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparición a partir del 2º día.</li> <li>• Cifras máximas de bilirrubina inferiores a:<br/>           13 mg/dl en RN a término alimentados con leche de fórmula.<br/>           17 mg/dl en RN a término alimentados con leche materna.<br/>           15 mg/dl en RN pretérmino alimentados con leche de fórmula.</li> <li>• Ictericia exclusivamente a expensas de bilirrubina indirecta (B. directa &lt;1.5 mg/dl).</li> <li>• El incremento diario de bilirrubina no debe ser superior a 5 mg/dl.</li> <li>• Duración inferior a:<br/>           · Una semana en RN a término.<br/>           · Dos semana en RN pretérmino.</li> </ul> |
|---|

**Factores de riesgo.** Existen factores cuya presencia incrementa el riesgo de hiperbilirrubinemia:

- Alimentación a pecho
- Mayor pérdida de peso (más de 5%)
- Sexo masculino
- Edad gestacional <35 semanas

- Diabetes materna
- Hematomas
- Raza Oriental

## **Etiología**

La principal causa de la aparición de ictericia fisiológica en el RN es la **inmadurez del sistema enzimático del hígado**, a esto se le suma: una menor vida media del glóbulo rojo, la poliglobulia, la extravasación sanguínea frecuente y la ictericia por lactancia.

Las causas más comúnmente implicadas son:

### 1) Aumento de la oferta de bilirrubina

- Mayor Producción: Un RN produce el doble de bilirrubina que un adulto, esto se explica por una mayor masa globular y también por su disminución fisiológica en la 1er. semana (por menor vida media del eritrocito fetal). Esto aumenta la oferta de bilirrubina al hígado por mayor destrucción de glóbulos rojos.
- Circulación Enterohepática: El RN reabsorbe gran parte de la bilirrubina debido a este mecanismo, esto se debe principalmente a que el intestino no ha instalado su flora, y a una mayor actividad de la enzima betaglucuronidasa.

### 2. Disminución en la eliminación de la bilirrubina

Puede suceder por alteraciones en uno o más de los siguientes pasos:

- Captación y Transporte Intracelular: Es menor en el RN y logra alcanzar los niveles del adulto al 5to. día de vida.
- Conjugación: La enzima glucuroniltransferasa presenta una disminución de su actividad (no de su concentración) durante los primeros tres días de vida, aumentando luego hasta los niveles del adulto.

- **Excreción:** En caso de producción excesiva hay una “incapacidad relativa” de eliminación.
- **Circulación Hepática:** El clampeo del cordón produce una cesación brusca de la sangre oxigenada que recibía el hígado en la vida fetal, esto podría ocasionar una insuficiencia relativa y transitoria en los 1ros. días, también puede tener importancia la persistencia del conducto venoso, con el cortocircuito que produce el cual excluye parcialmente al hígado de la circulación y, por lo tanto, su capacidad de aclaración de la bilirrubina. Esto no parece ser relevante luego del decimotercer día de vida.

### **Diagnóstico**

El plan de estudios del RN icterico se basa en un trípode:

- Interrogatorio
- Examen Clínico
- Laboratorio

**Interrogatorio:** Investigar sobre Antecedentes de: ictericia y anemia crónica familiar, drogas tomadas durante el embarazo. Antecedentes Perinatales: buscar datos correspondientes al Embarazo y el Parto (parto traumático, fórceps, ginecorragia del 3er. trimestre, inducción con oxitocina, etc).

**Examen Clínico:** La presencia de la coloración icterica de la piel puede ser el único signo clínico. Su aparición sigue, en general, una distribución céfalo-caudal.<sup>44</sup>

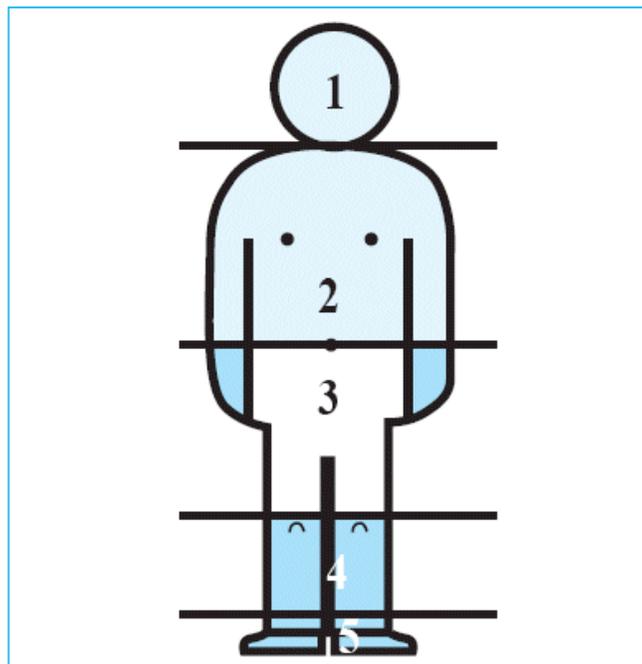
---

<sup>44</sup>Juliana Carmen Parodi, José Lucio Meana Ibarra, José Horacio Ramos Cosimi. ICTERICIA NEONATAL: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [En línea] noviembre 2005. Núm. 151. Pág.: 8-16: [Fecha de consulta: 18 de julio de 2017] Disponible en:[http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista151/3\\_151.htm](http://listas.med.unne.edu.ar/revista/revista151/3_151.htm)

## ESCALA KRAMER

La presencia de la coloración icterica de la piel puede ser el único signo clínico. Su aparición sigue, en general, una distribución céfalo-caudal. En el cuadro 2 se aprecia la relación entre la progresión de la ictericia dérmica y los niveles de Bb sérica determinados por Kramer.<sup>45</sup>

Figura # 2. Escala de Kramer modificada



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

<sup>45</sup> Acosta-Torres, Sara M., Torres-Espina, Marco T., Colina-Araujo, José A., Colina-Chourio, José A., Utilidad diagnóstica del método de Kramer para la detección clínica de la hiperbilirrubinemia neonatal. Investigación Clínica [en línea] 2012; 53 (abril-junio): [Fecha de consulta: 18 de julio de 2017]. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372937688004>>

## **7.4 LACTANCIA MATERNA**

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.

### **7.4.1 VENTAJAS Y BENEFICIOS**

#### **Para el bebé:**

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.
- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.
- La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas. Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o afectados de algún problema (S. de Down, fenilcetonuria, malformaciones, etc.)

### **Para la madre:**

- Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente (entuetos), disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia.
- Favorece la recuperación del peso y la silueta. • Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia.

### **7.4.2 EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA**

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias (subida de leche, separación temporal del bebé, inicio de la actividad laboral, ingurgitación mamaria). Lo normal es que las primeras veces salga poca cantidad, se necesita práctica para obtener una buena cantidad de leche. Es más eficaz sacarse en numerosas sesiones breves que en pocas sesiones largas. El momento más adecuado para la extracción es:

- Si sólo mama de un pecho, extraer del otro
- Si no vacía el segundo pecho
- Vaciarlo entre toma y toma
- Cuando se salta una toma después de la primera toma de la mañana
- Cuando los pechos están más llenos

### **7.4.3 ESTIMULACIÓN DEL PECHO**

1. Masajea el pecho oprimiéndolo firmemente hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos cambia hacia otra zona del pecho.

2. Frota el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continúa este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, por todo alrededor.

#### **7.4.4 EXTRACCIÓN MANUAL.**

Técnica de Marmet:

Lávate las manos y estimula el pecho previamente.

1. Coloca el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra C, a unos 3 o 4 cm del pezón (no siempre coincide con el borde de la areola). Evita que el pecho descansa sobre la mano.
2. Empuja los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Si tienes los pechos grandes o caídos, primero levántalos y después empuja los dedos hacia atrás.
3. Comprime hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos.
4. Repite rítmicamente para vaciar. Rota la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho. Utiliza ambas manos en cada pecho.
5. Evita maniobras como exprimir, deslizar y estirar. La extracción no debe causar dolor.
6. Alterna estimulación y extracción en ambos pechos.

#### **7.4.5 TIEMPO DE EXTRACCIÓN**

El procedimiento completo (estimulación y extracción) dura aproximadamente 30 minutos o hasta 2 minutos después que paren de salir gotitas de leche.

#### **7.4.6 CONSERVACIÓN DE LA LECHE**

- ✓ Temperatura ambiente (hasta 25°C): 6-8 horas
- ✓ Frigorífico: Hasta 4 días

- ✓ Congelador en interior de nevera: 2 semanas

## **Almacenamiento**

Puedes usar recipientes de boca ancha, tamaño adecuado, fáciles de cerrar y de limpiar y de uso alimentario; además de biberones y bolsas específicas para este uso.<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> CALMA (2015). Manual avanzado de Lactancia Materna.