



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



## **POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO III**

SEDE: Hospital Infantil de México Federico Gómez

### **ESTUDIO DE CASO**

Neonato con alteración de la necesidad de oxigenación por síndrome de dificultad respiratoria.

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

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

Lic. Guadalupe Laura Ayala Ruiz

ASESOR: E.E.N. Vita Espinosa Pérez

CD. MÉXICO

JUNIO 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# INDICE

---

INTRODUCCIÓN. ....	3
OBJETIVOS. ....	4
Generales. ....	4
Específicos. ....	4
FUNDAMENTACIÓN. ....	5
Antecedentes. ....	5
MARCO CONCEPTUAL. ....	9
Conceptualización. ....	9
Paradigmas. ....	11
Modelo de Henderson. ....	14
Proceso de atención de enfermería. ....	18
Factor de dependencia: Síndrome de dificultad respiratoria. ....	25
METODOLOGÍA. ....	30
Estrategia de investigación: estudio de caso. ....	30
Selección del caso y fuentes de información. ....	31
Consideraciones éticas. ....	31
PRESENTACIÓN DEL CASO. ....	33
Habitus externo. ....	33
Exploración física. ....	33
Antecedentes familiares. ....	34
Antecedentes maternos. ....	35
Antecedentes gineco obstétricos. ....	36
Antecedentes neonatales. ....	36
APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ....	37
Valoración focalizada de las 14 necesidades.(anexo 2) ....	37
Jerarquización de las necesidades ....	44
Diagnosticos de enfermería. ....	45
PLAN DE ALTA. ....	75
CONCLUSIONES. ....	79
ANEXOS. ....	80
BIBLIOGRAFÍA. ....	101

# INTRODUCCIÓN.

---

Hoy día la práctica científica de la Enfermería adopta, como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería. Ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento.

En la elaboración de este trabajo se utiliza el modelo de Virginia Henderson, el cual se basa en alcanzar la satisfacción de las 14 necesidades básicas, que ella considera fundamentales para que una persona se encuentre en un nivel de independencia total y que en caso de que se encontrará en un nivel de dependencia, la función del personal de enfermería es el de suplir o ayudar a la persona a conseguir la independencia de estas y un equilibrio biopsicosocial.

En el presente se aborda a un neonato con alteración en la necesidad de oxigenación por síndrome de dificultad respiratoria la cual es una de las patologías con una mayor incidencia debido a que su gravedad aumenta al disminuir la edad gestacional. La incidencia es mayor en varones, nacidos por cesárea y segundos gemelos así como en niños que han sufrido asfixia perinatal y otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.

A continuación, se expondrán aspectos como el marco teórico en el que se desarrolla los antecedentes históricos de enfermería, el modelo de Virginia Henderson, procesos de atención de enfermería relacionados con la necesidad y el factor de dependencia. Así como la estructuración de diagnósticos de enfermería con el formato PES(Problema+Etiología+Signos y síntomas)creando así, un análisis de la valoración focalizada de enfermería de acuerdo a las necesidades y el desarrollo de diagnósticos de enfermería, con la finalidad de proporcionar intervenciones especializadas e individualizadas, para lograr que el neonato obtenga una independencia de la necesidad alterada y tener una recuperación exitosa , así como proporcionar un plan de alta al cuidador primario para el cuidado del neonato en casa, para que esté pueda identificar signos de alarma que puedan poner en peligro la salud y vida de su hijo.

# OBJETIVOS.

---

## Generales.

- Elaborar un estudio de caso a un neonato con alteración de la necesidad de oxigenación por síndrome de dificultad respiratoria basado en el modelo de enfermería: Virginia Henderson.

## Específicos.

- Desarrollar la metodología del proceso de atención de enfermería con enfoque al modelo de Virginia Henderson.
- Estructurar intervenciones de enfermería especializadas e individualizadas al neonato con alteración de la necesidad de oxigenación por síndrome de dificultad respiratoria.
- Diseñar un plan de alta enfocado al cuidado del recién nacido y en la detección temprana de signos de alarma que pudieran comprometer la salud del neonato.

# FUNDAMENTACIÓN.

---

## Antecedentes.

Para el desarrollo del marco teórico se realizó una búsqueda electrónica en la cual se consultaron base de datos nacionales e internacionales (cuba, costa rica): Scielo.org, ELSEVIER, Redalyc, Mediagráfico, Pudmed, Artemisa y Revistas electrónicas. Estos fueron artículos de revisión, guía práctica clínica: cenetec, revistas médicas y de enfermería: UNAM, IMSS y cardiología con año de publicación del 2002 al 2016; relacionados con el proceso de atención de enfermería, el modelo conceptual de Virginia Henderson: 14 necesidades básicas y con el factor de dependencia: Síndrome de Dificultad Respiratoria.

Se consultaron un total de 27 artículos, de los cuales se utilizaron 19 para el desarrollo de este apartado, para conceptualización y paradigma (5), modelo conceptual de Virginia Henderson (4), Proceso de Atención de Enfermería (5), Síndrome de Dificultad Respiratoria (5). El análisis de sus resultados se comenta a continuación:

Orozco R, Núñez O, Figueroa O y Ochoa M. Este artículo presenta un análisis acerca de cuáles han sido los factores que han permitido la profesionalización de la Enfermería y cómo ha evolucionado de un método empírico a uno científico. Sin embargo, en nuestro país, el contexto sociocultural no ha permitido lograr una profesionalización plena, que garantice el reconocimiento científico. <sup>1</sup>

Irigibel U. Presenta un análisis de la construcción de la identidad de la enfermería y como fue el desarrollo y la adquisición de los conocimientos desde el inicio de esta profesión, así como el desarrollo y la estructura de los paradigmas de enfermería.<sup>2</sup>

Burgos M. y Paravic K. Este artículo describe a enfermería desde el concepto de profesión, con el propósito de argumentar el por qué es considerada una profesión. Por lo que expone la evolución histórica del concepto profesión en enfermería, por lo tanto, se consideran aspectos fundamentales de enfermería como son los conocimientos, metodología, nivel educacional, autonomía, ética, contribución social y compensación. Con la revisión de este artículo se concluye que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose.<sup>3</sup>

Sanabria T, Ortero C y Urbina. Realizan un estudio descriptivo y analítico acerca de los paradigmas que han influido en la formación de enfermería el de categorización, integración y transformación, se corroboró la vigencia que tienen los cuidados de enfermería en la profesión y su contribución a mejorar la salud humana desde un enfoque holístico, para proporcionar mayor satisfacción y bienestar, lo que ha facilitado el reconocimiento social de la enfermería.<sup>4</sup>

Martínez G y Olvera V. La disciplina en enfermería ha pasado por muchas etapas, la cual engloba conceptos de persona, entorno, salud y cuidado, que son elementos básicos en el trabajo profesional los cuales han tenido relación con los cambios pragmáticos. Los paradigmas en la profesión de enfermería han logrado cambios y adquisición de conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, los cuales fueron una base sólida para el desarrollo profesional y científico de enfermería.<sup>5</sup>

Cisneros G. Describe el desarrollo las teorías y modelos de enfermería, se presenta un análisis de las exponentes que influyeron en el desarrollo de enfermería como profesión, y se exponen la definición del metaparadigma de enfermería de cada uno de los modelos iniciando por Nightingale, Henderson, Orem, Johnson, Peplau, Mercer, King y Royer.<sup>6</sup>

González S. Presenta en su artículo el objetivo de implementar el proceso de atención de enfermería (PAE) en el campo laboral y es el de crear una estructura que pueda individualizar las necesidades de la persona que acude a un servicio de salud, mejorando la eficiencia , la eficacia del trabajo y favoreciendo la restauración de su salud. <sup>7</sup>

Pérez H. Este artículo de revisión se realizó con el objetivo de facilitar al personal de enfermería la comprensión de las cinco fases del proceso que son: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y Evaluación. Así como servir de guía para llevarlo a cabo en las áreas donde desarrollan sus actividades profesionales.<sup>8</sup>

Reina G. El artículo describe el Proceso de Atención de Enfermería desde su definición y la descripción de las etapas de dicho proceso, y se expone la relación de enfermería y la ciencia, el cual reconoce el Proceso de Enfermería como instrumento vital de cuidado.<sup>9</sup>

Despaigne P.C, Martínez B. E, García P.B. Refieren que el proceso de atención de enfermería, llevado a cabo bajo el rigor del método científico constituye una valiosa herramienta para el trabajo del enfermero; de ahí que dominar su esencia y particularidades fortalece la identidad profesional, las áreas de competencias de la especialidad y constituye la garantía para brindar una óptima atención al paciente.<sup>10</sup>

Ballesteros J, Cardiel L, Udaeta E, Villegas R, Fernández L, Flores G. Con el objetivo de mejorar y estandarizar los criterios de tratamiento del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria, se reunió a un grupo de expertos para elaborar una guía de práctica clínica adaptada a nuestro medio, conforme a los criterios de la medicina basada en evidencia para su difusión nacional, aplicación e impacto en un mejor pronóstico para la vida y la función de los recién nacidos pretérmino.<sup>11</sup>

J. López y A. Valls. La asociación española de pediatría define el síndrome de dificultad respiratoria como un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP) el cual la inmadurez del pulmón del pretérmino se debe al déficit de surfactante pulmonar, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros.<sup>12</sup>

Guía de práctica clínica. cenetec. Se decidió elaborar una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido sirve para unificar los criterios de diagnóstico y tratamiento, e incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad del recién nacido con SDR.<sup>13</sup>

Morales B, Reina-Rios, Cordero G, Arreal G, Flores J, Valencia C. Este artículo logra conformar un protocolo de manejo clínico, mediante la integración de algoritmos de decisiones clínicas para el manejo eficaz y seguro del síndrome de dificultad respiratoria neonatal.<sup>14</sup>

La revisión de la presente búsqueda sienta las bases para realizar, fundamentar y desarrollar el presente estudio de caso, con la última evidencia científica que se obtuvo a partir de la búsqueda electrónica.

## MARCO CONCEPTUAL.

---

### Conceptualización.

En México, la enfermería en la época prehispánica, el conocimiento del cuidado era transmitido de manera empírica y el proceso salud-enfermedad se relacionaba con un aspecto mágico-religioso. Posteriormente, en la conquista, la religión se encargaba de prestar atención a los enfermos y en los primeros hospitales coloniales, las enfermeras debían ser solteras o viudas, honestas y de edad madura.

A principios del siglo XX, se estableció la escuela de enfermería del Hospital General, con un curso formativo de tres años.<sup>1</sup> En el marco internacional la etapa profesional de enfermería se inició en el siglo XIX, por Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras y desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en su libro *Notas de Enfermería* se adjudicaba el responsabilizarse de la salud de la persona o individuo y situarlo “lo mejor posible”, y permitir que la naturaleza actué. Esta descripción sirvió para aclarar el concepto de salud y ambiente, dos conceptos que son eje central en enfermería. Posteriormente se atribuyó el único rol de las enfermeras que era proporcionar el cuidado.

En América Latina la formación universitaria en enfermería comenzó a vincularse a las universidades en la década de los treinta del siglo XX. La American Nursing Association (ANA) amplió y actualizó su definición como la práctica, la promoción y optimización de la salud y sus habilidades, así como prevenir la enfermedad y el daño, aliviar el sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas, y tiene como prioridad el cuidado de los individuos, familias, comunidades y población en general.

Fue hasta en 1952 que Peplau desarrolla la primera teoría del ejercicio profesional de enfermería, con esto surgió la necesidad de contar con teorías y modelos conceptuales de autores como; King, Roy, Rogers, King, Orem, Henderson y Newman. Con estos antecedentes la enfermería logro obtener un cuerpo de conocimientos y establecer el desarrollo del conocimiento científico, a base de teorías y modelos que sustentan su trabajo.

La ciencia según el diccionario Oxford, es un conjunto de conocimientos organizados sistemáticamente en algún tema y por medio de los cuales el conocimiento se desarrolla. La Enfermería es una ciencia reconocida ya que posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, que se encuentra en constante actualización través de la investigación científica; esto se encuentra sustentado con un método científico y sistematizado.

Hoy día la práctica científica de la Enfermería adopta como referencia teórica, un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería. Ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento.

La base de conocimientos de la ciencia de enfermería es la investigación como el proceso principal, ya que permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que esta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.

La investigación científica es un conjunto de acciones planificadas que permite solucionar problemas de una forma total o parcial, declinar teorías o modelos existentes, establecer y aprobar nuevas teorías. Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se

obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías. Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se establece el campo de la disciplina científica de la enfermería. El cuidado es la entidad de la profesión de enfermería y constituye su objeto de estudio, ya que es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.<sup>3</sup>

## **Paradigmas.**

Kuhn define los paradigmas como "las realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica".<sup>2</sup>

La investigación en enfermería inicio en los 60's, la cual presentaba falta de sistemas teóricos sólidos para el ejercicio profesional. Con este antecedente el área de la ciencia de enfermería comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Es importante mencionar que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

Se plantean 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

## **Paradigma de la categorización.**

Se presentó a finales del siglo XIX y principios del siglo XX presenta una visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

### *Orientación centrada en la salud pública.*

Se presenta en el siglo XVIII y XIX está enfocada en mejorar la salubridad del entorno y de controlar las enfermedades infecciosas en el ambiente hospitalario y comunitario. De acuerdo con esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

### *Orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.*

Surge en el siglo XIX. Este paradigma tiene bases que representan a F. Nightingale, ya que se caracteriza por mantener el control del medio ambiente así como la importancia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

## **Paradigma de la integración.**

En este paradigma se observa a la persona como un ser biopsicosocial se convierte en el centro de la práctica de enfermería. Con la evolución del pensamiento, surge el reconocimiento y la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería, también se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

En este paradigma se debe conocer todo el conjunto de circunstancias que generan un proceso de enfermedad para así poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería. <sup>4</sup>

### **Paradigma de la transformación.**

Surge en 1975 al siglo XX, se considera ser el paradigma más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”

Para King " Las enfermeras proporcionan un servicio especial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos y les proporcionan cuidados cuando están enfermos." <sup>4</sup>

A mediados del siglo XIX para *Florence Nightingale* "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico". <sup>4</sup>

Este paradigma plantea que los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico y científico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica, para así poder brindar mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional. <sup>5</sup>

## Modelo de Henderson.

Virginia Henderson nació el 19 de marzo de 1897 en Kansas City, Estados Unidos. Ingresó a la *Army School of nursing* de Washington D.C. en 1918, se graduó en 1921, ocho años después obtuvo el grado de Máster en la Universidad de Columbia y de 1948 a 1953 realizó la revisión de la 5a edición del *textbook of the principles and practice of nursing* de Berta Harmer publicado en 1939.

En el año 1955 redacta su propia definición de Enfermería, da a conocer los componentes básicos de los cuidados (14 necesidades). En la primera edición de su libro "Principios básicos de Enfermería" en 1971, refiriendo en forma sencilla las necesidades fundamentales de cada persona comunes a todos los individuos y a todas las edades. El 30 de noviembre de 1996 fallece de muerte natural a la edad de 99 años.

Metaparadigma según Virginia Henderson.

La función del metaparadigma, según Fawcett, es la identificación del campo de estudio y estructura del conocimiento lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo de una perspectiva neutral.<sup>6</sup>

**Cuidado:** Lo define como brindar asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma, por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia.

**Persona:** Para Henderson es un ser biológico, psicológico y social, el cual busca su independencia y la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

**Salud:** Es la capacidad de actuar de una forma independiente y permanecer en satisfacción total de sus necesidades básicas.

**Entorno:** Henderson no definió explícitamente este concepto sin embargo hace mención en que los factores externos pueden actuar de forma negativa o positiva en su persona.

**Postulados:**

Teniendo como referencia que para Virginia Henderson la persona sana o enfermo es un todo completo, que se compone de catorce necesidades fundamentales y el papel principal de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia.

Los principales conceptos que se utilizan como bases para sustentar el modelo de Henderson son los que a continuación se presentan.

***Necesidad fundamental:*** Proceso vital que es esencial para el ser humano, para mantenerse vivo y obtener su bienestar, logrando su integridad para así promover su crecimiento y desarrollo adecuado.

***Independencia:*** La persona alcanza la satisfacción óptima en sus necesidades básicas de acuerdo con su etapa de desarrollo.

***Dependencia:*** Presenta un nivel insuficiente de para poder alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas tomando en consideración la etapa de desarrollo en que se encuentre la persona.

***Manifestación:*** Son los signos que se pueden observar en la persona, que nos permiten identificar si se encuentra en estado de dependencia o independencia.

***Fuente de dificultad:*** Son aquellas barreras que impiden que la persona pueda lograr satisfacer sus necesidades, y se puede identificar por falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

**Fuerza:** Es la falta de la capacidad física o psíquicas que impiden llevar a cabo determinadas acciones.

**Voluntad:** Falta de compromiso en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

**Conocimientos:** Es la falta de información esencial acerca de la salud, situación de la enfermedad, la persona y sobre los recursos disponibles.<sup>15</sup>

El papel de la enfermería es el suplir la autonomía de la persona, ayudando a lograr su independencia, y que logre utilizar sus recursos internos y externos para poder desarrollar su fuerza, conocimiento y voluntad.

**Función de sustituta:** La enfermera compensa lo que le falta a la persona cuando esta se encuentra con su estado de salud alterado. por lo que realiza actividades que la persona no puede hacer por si misma.

**Función de ayudante:** La enfermera ayuda a la persona para que logre recuperar su independencia y la apoya en las necesidades que no puede cubrir por si sola.

**Función de acompañante.** La enfermera fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

**Cuidados básicos.** Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo con las necesidades de cada persona.

**Necesidades básicas:** Son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Por lo que cada necesidad tiene componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.<sup>16</sup>

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Beber y comer adecuadamente.
- 3.- Eliminar por todas las vías.
- 4.- Moverse y mantener una adecuada postura.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir prendas de vestir adecuadas, así como ponerse y quitarse la ropa.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- Mantener la higiene, aseo personal y proteger sus tegumentos.
- 9.- Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
- 10.-Comunicarse para así poder expresar emociones y temores.
- 11.-Profesar su religión, creencias y valores.
- 12.-Realizar actividades que genere sentimiento de realización.
- 13.-Participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender para obtener un desarrollo y salud adecuada.<sup>17</sup>

## **Proceso de atención de enfermería.**

El proceso de atención de enfermería(PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, que nos permite a los profesionales de Enfermería brindar y aplicar cuidados específicos de acuerdo con las necesidades alteradas, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Este método científico se compone de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.<sup>7</sup>

### **Valoración.**

Esta primera etapa se caracteriza por ser un proceso organizado y sistemático de la obtención de datos sobre el estado de salud del paciente. <sup>16</sup>

Para la elaboración la primera etapa del PAE se debe considerar lo siguiente:

- Recolectar los datos de distintas fuentes, como son la familia, profesionales de la salud, registros clínicos, entrevistas y exploración física.
- La obtención de datos será directamente al paciente e indirectamente que será por parte de los familiares.
- Registrar la información en un instrumento de valoración de acuerdo con el modelo de enfermería elegido (14 necesidades básicas de V. Henderson),
- Realizar la valoración del estado de salud del paciente y registrar los datos objetivos y subjetivos. Para esto se deberá de realizar la entrevista, utilizando técnicas de valoración de forma directa o indirecta.

Se pueden encontrar dos tipos de datos, estos pueden ser subjetivos los cuales no se pueden medir, son referidos por el paciente, los describe y nos verbaliza sus sentimientos. Los objetivos son los datos que se pueden medir por una escala y/o instrumento.

Para elaborar una valoración adecuada esta debe de ser de forma sistematizada y se debe de considerar los siguientes criterios:

**Valoración cefalocaudal:** El orden de valoración se comienza por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades inferiores.

**Valoración por aparatos y sistemas:** Se valora el aspecto general y los signos vitales, y posteriormente cada sistema o aparato de manera independiente.<sup>8</sup>

Se debe utilizar el método clínico a través de las cuatro técnicas básicas para realizar una exploración clínica son: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

**Inspección:** Es una técnica que se efectúa a través de la vista (observación) y/o con el apoyo de alguno instrumento. Esta nos permite valorar como son las características del cuerpo en su superficie externa, y gracias a esta técnica recolectamos datos como son el aspecto, simetría, color, forma, tamaño y movilidad.

**Palpación:** Técnica que consiste en la apreciación manual de la sensibilidad, la temperatura, la consistencia, la forma, el tamaño, la situación y los movimientos de la región explorada, gracias a la sensibilidad táctil, térmica, vibratoria y sentidos de presión de las manos.

**Percusión:** Técnica que consiste en golpear la superficie externa del cuerpo con las manos o por medio de un instrumento especial llamado martillo percutor. Nos permite valorar fenómenos acústicos, generalmente ruidos (resonante, timpánico, mate) así como los reflejos osteotendinosos.

**Auscultación:** Consiste en la valoración a través del sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, por la entrada y salida del aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito

en el tubo digestivo. Esta técnica se puede realizar de manera inmediata mediata en la cual solo interviene el oído ya que el fenómeno acústico puede ser audible sin la ayuda de algún instrumento. La auscultación mediata se realiza con el apoyo de un instrumento de transmisión de ruidos.<sup>18</sup>

### **Diagnostico.**

En esta etapa se emite un juicio clínico sobre la respuesta del paciente, frente a los problemas de salud reales o de riesgo que se presente. Se analizan los datos objetivos y subjetivos e identifican los problemas de salud, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, en los que se pueden identificar tres tipos de diagnósticos como son los reales, potenciales y de bienestar.

*Real:* Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo.

*Riesgo:* Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

*Bienestar:* El paciente presenta un estado de salud o función adecuado y debe tener el deseo de obtener un nivel mayor de bienestar.

## **Componentes de un diagnóstico:**

*Problema:* En este apartado se realiza una descripción clara del problema de salud ya sea real o de riesgo.

*Etiología* (relacionado con r/c): Son los factores o causas que ocasionan el problema o contribuyen a su desarrollo.

*Signos y síntomas* (manifestado por (m/p): Son los signos y síntomas que se observan en la respuesta humana. En estos pueden incluir datos objetivos y/o subjetivos.

## **Formulación de los diagnósticos.**

Diagnóstico real:

**Problema + Etiología (r/c) + Signos y síntomas (m/p).**

Diagnóstico de riesgo:

**Problema + etiología(r/c)**

Diagnóstico de bienestar:

**Problema + signos y síntomas(m/p).<sup>9</sup>**

## **Planeación.**

Consiste en planear y brindar cuidados una vez conocido el diagnóstico de enfermería. En este momento se establece la determinación de las prioridades, se formulan los objetivos donde se enuncia como expectativa primordial que el paciente obtenga la atención que precisa, a través de las interrelaciones y actividades de enfermería, organizadas en el plan de cuidado.

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

Para ello, es necesario establecer primero una serie de objetivos, que nos ayuden a guiar y dar forma al plan de atención de enfermería.

Para la elaboración de la planificación debe de estructurarse en tres fases:

- 1) Priorizar los problemas de salud y los cuidados que se pretenden ejecutar, identificando correctamente cuales son más urgentes.
- 2) Establecer los objetivos que se pretenden conseguir, con la ejecución de los cuidados de enfermería.
- 3) Plantear las intervenciones y actividades de enfermería que se van a realizar dirigidas favorecer el estado de salud o prevenir posibles daños. <sup>7</sup>

Los cuidados se otorgan través de intervenciones de intervenciones de enfermería que a continuación se describen.

***Intervenciones independientes:*** Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo con su formación profesional , por lo que dichas actividades no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

***Intervenciones interdependientes:*** Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

**Intervenciones dependientes:** Son las actividades que realiza el profesional de enfermería con prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con el ámbito de competencia; como la administración de medicamentos.<sup>19</sup>

### **Ejecución.**

En esta etapa se lleva a la práctica y se aplica el plan de cuidados elaborado en el paciente. Durante esta etapa es necesario buscar las fuentes adecuadas para que sustenten científicamente los cuidados que se aplicaran, se debe documentar todas las intervenciones y actividades que se lleven a cabo. Las aplicaciones de estas pueden estar dirigidas a medidas preventivas, terapéuticas, de vigilancia y control o de promoción del bienestar.<sup>8,20</sup>

### **Evaluación.**

En esta etapa final del PAE el profesional de enfermería, tiene que comparar los resultados que se obtuvieron con el plan de cuidados que se aplica y así se obtiene la evolución del paciente y en base a esta poder hacer modificaciones y/o cambios en el plan de cuidados ya establecido. Al evaluar el grado de independencia-dependencia a través del “*Grafico continuum independencia- dependencia*”<sup>21</sup>(fig.1) del progreso de la persona, familia y comunidad valoramos la efectividad del tratamiento de enfermería, por lo que es necesario la evaluación de los objetivos, con el propósito de decir si el objetivo se logró, por lo que se puede presentar de forma total, parcial o nula. y el grado en el que se han alcanzado los resultados.

<sup>8,10,16</sup>

Se evalúa el grado de dependencia obtenido, después de haber aplicado el plan de cuidados de enfermería.

	1	2	3	4	5	6	
INDEPENDENCIA	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeóstasis física y psicológica.	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén.	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido, aunque sea ligeramente.	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.	DEPENDENCIA

**Figura 1. Grafico continuum independencia - dependencia.**

## **Factor de dependencia: Síndrome de dificultad respiratoria.**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso.<sup>11</sup>

### **Etiología.**

Los siguientes antecedentes incrementan la incidencia de SDR:

- Prematuros <34 semanas de gestación.
- Hipotermia.
- Asfixia perinatal.
- Fetopatía diabética.
- No haber recibido esteroides prenatales.
- Embarazos gemelares.

### **Fisiopatología.**

La pérdida de la función tenso - activa produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional (CRF), que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido por lo que tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse, lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso.

Se produce cianosis por hipoxemia secundaria a las alteraciones de la ventilación/perfusión y se retiene CO<sub>2</sub> por hipoventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta, que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un corto circuito derecha izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia.

En el pulmón aparecen micro atelectasias difusas, edema, congestión vascular y lesión del epitelio respiratorio, más evidente en los bronquiolos terminales. El edema alveolar, rico en proteínas, inactiva el surfactante precisando elevadas presiones para la apertura de los alvéolos colapsados, que son superiores a 25-30 cm de H<sub>2</sub>O para los alvéolos de menor radio. Cuando el paciente es sometido a ventilación asistida puede aparecer sobre distensión y rotura de los alvéolos de mayor radio, dando lugar a un enfisema intersticial y a un acúmulo de aire extra pulmonar.

El tratamiento con surfactante exógeno disminuye la tensión superficial, y por ello, la presión de apertura necesaria para iniciar la inspiración. Por otra parte, dificulta el colapso alveolar espiratorio al retrasar su vaciamiento, por lo que mantiene la capacidad residual funcional. Ambas acciones favorecen el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación y la ventilación, es decir, el intercambio gaseoso pulmonar.<sup>12</sup>

### **Cuadro clínico.**

La dificultad respiratoria, se presenta al nacer o dentro de las primeras 4 a 6 horas de vida extrauterina, con la presencia de incremento de la frecuencia respiratoria, para tratar de compensar la disminución en volumen corriente, aleteo nasal por disminución de la resistencia de las vías aéreas superiores, quejido espiratorio como intento de producir una presión positiva al final de la espiración al exhalar contra una glotis cerrada, retracciones porque el RN utiliza los músculos accesorios de la respiración para ayudar a superar el aumento de la presión requerida y tratar de

proporcionar un adecuado volumen pulmonar y, cianosis secundaria a la alteración en oxigenación en la cual hay más de 5 g/dL de hemoglobina desoxigenada.

Se auscultan ruidos respiratorios disminuidos en ambos hemitórax, con frecuencia hay alteraciones hemodinámicas (llenado capilar prolongado e hipotensión arterial) y la gravedad es mayor cuando se asocia con asfixia, hipotermia y acidosis.

### **Diagnóstico.**

Gasometría. La presencia de un pulmón con vías aéreas relativamente bien perfundidas, pero mal ventiladas resulta en una alteración de la Ventilación/Perfusión con hipoxemia e hipercapnia, acompañados de acidosis respiratoria y metabólico.<sup>22</sup>

Radiografía de tórax anteroposterior la cual puede mostrar, desde una discreta opacidad hasta un aspecto retículo/granular difuso, bilateral con imagen de vidrio esmerilado y disminución de la expansión pulmonar.

El SDR se clasifica en 4 grados radiológicos:

GRADO I: Infiltrado reticulogranular fino y homogéneo como vidrio esmerilado.

GRADO II: Similar al anterior, pero más denso y con broncograma aéreo más visible.

GRADO III: Opacificación alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.

GRADO IV: pulmón blanco. Ausencia casi total del aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardiaca.

### **Tratamiento.**

Está encaminado fundamentalmente a conseguir una buena función pulmonar y un adecuado intercambio gaseoso, evitando complicaciones como el enfisema intersticial, el neumotórax.

Surfactante exógeno:

La administración traqueal de surfactante exógeno es el tratamiento mejor evaluado en el cuidado neonatal. Produce una rápida mejoría de la oxigenación y de la función pulmonar, aumentando la CRF y la distensibilidad pulmonar, lo que supone una disminución de las necesidades de O<sub>2</sub> y del soporte ventilatorio, con menores tasas de enfisema intersticial y neumotórax. Además, aumenta la supervivencia y la calidad de vida, dado que no se incrementan las alteraciones neurológicas a largo plazo. El surfactante más utilizado es el natural, si bien se sigue investigando en los productos sintéticos.<sup>13</sup>

Para la administración del surfactante exógeno, actualmente se consideran dos modalidades:

- 1) Profiláctico; se administra antes de los primeros 15 min de vida, usualmente aplicado en la sala de partos.
- 2) Rescate; dividiéndose este último en rescate temprano en el cual la administración es antes de las 2 primeras h de vida, y tardío su administración se realiza después de las 2 primeras h de vida.<sup>14</sup>

Oxigenoterapia.

El oxígeno suplementario, deberá ser el mínimo y necesario para mantener los niveles de oxígeno en sangre adecuadas. Debe incrementarse la FiO<sub>2</sub> para mantener la pO<sub>2</sub> entre 50 y 60 mmHg, evitando cifras más elevadas para disminuir el riesgo de lesión pulmonar y retinopatía de la prematuridad. Puede aplicarse mediante diversos dispositivos (carpa, mascarilla o piezas nasales), pero será previamente humedecido y calentado.

El uso de CPAP puede aplicarse precozmente para evitar el colapso pulmonar, ya que favorece la síntesis de surfactante y puede modificar el curso del SDR. También permite una extubación rápida después de la instilación traqueal de surfactante, o después de un periodo prolongado de ventilación mecánica disminuye el fracaso de la extubación. Se aplica de forma no invasiva mediante cánulas, preferentemente binasales.<sup>13</sup>

El objetivo es tratar a todos los recién nacidos con riesgo de SDR tan pronto como sea posible, antes de tener la confirmación radiológica. En neonatos con signos y síntomas de SDR, se recomienda la administración temprana de surfactante, el uso de ventilación mecánica menor a una hora, seguido de entubación a presión positiva continua ya sea CPAP nasal o VPPIN (ventilación con presión positiva intermitente nasal), disminuye la necesidad de asistencia respiratoria mecánica

Por lo que se recomienda Iniciar con presión continua de las vías aéreas en todo recién nacido con dificultad respiratoria para su estabilización y administración de surfactante selectivo al desarrollar SDR.<sup>14</sup>

## **METODOLOGÍA.**

---

### **Estrategia de investigación: Estudio de Caso.**

Como primera etapa para poder desarrollar este trabajo y así poder brindar un cuidado especializado al neonato en estudio, se solicitó autorización al padre como cuidador principal y se otorgó al padre un consentimiento informado (Anexo 1), el cual se apaga a los principios éticos fundamentales del profesional de enfermería y a su autonomía del padre para retirar del estudio de caso a su hija, en el momento que lo decida.

Previa autorización, se procedió a la aplicación del instrumento de valoración de enfermería con enfoque a las 14 necesidades de Virginia Henderson, la cual fue realizada por los alumnos de posgrado enfermería del neonato en el primer semestre de la generación 2017-2018.

Como segunda etapa se realizó búsqueda y recolección de información científica electrónica en artículos relacionados con el modelo de Virginia Henderson, proceso de atención de enfermería y factor de dependencia: síndrome de dificultad respiratoria. Se continuó con la metodología del proceso de atención de enfermería, con la valoración focalizada de las 14 necesidades, durante una semana 27 de nov al 1 dic 2017, recolectando información de fuentes directas: paciente y cuidador principal y fuentes indirectas como el expediente clínico.

En la tercera etapa se obtuvieron los datos objetivos y subjetivos para así poder elaborar 14 diagnósticos de enfermería, jerarquizar las necesidades y proporcionar de acuerdo con la búsqueda científica de Enfermería Basadas en Evidencia (EBE) las intervenciones de enfermería adecuadas (anexo 6). Posteriormente se evaluó el logro total, parcial o nulo de los objetivos, planteados en cada diagnóstico.

Por último, se proporciona un plan de alta de enfermería individualizado en el cual se proporciona información a la madre, para el cuidado de su hija en su domicilio. e identificación de signos de alarma.

### **Selección del caso y fuentes de información.**

La selección del paciente fue el 27 de noviembre, se eligió por primer contacto con el paciente en el servicio de unidad de terapia intermedia neonatal en un Hospital de tercer nivel.

La recolección de datos se llevó a través de fuentes directas como la valoración de enfermería durante su estancia en la unidad de terapia intermedia neonatal del 27 de noviembre al 1 de diciembre con un horario de 7 am a 14 pm. Se realizó entrevista al padre del recién nacido y como fuentes indirectas el expediente clínico, estudios de laboratorio y equipo de salud multidisciplinario de la unidad.

### **Consideraciones éticas.**

La ética de la enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan las conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo. Dentro de sus deberes fundamentales con los pacientes está el de preservar la vida humana, ya que la reflexión ética se basa en el respeto a dos principios fundamentales: la vida y la autodeterminación de la persona.

Los profesionales de la salud, a través de su ejercicio profesional, deben tener presentes, los siguientes principios:

*Principio de beneficencia:* Expone la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el profesional de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

*Principio de la no maleficencia:* Se debe de evitar hacer daño, evitar la negligencia durante la práctica profesional. Así como se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

*Principio de la justicia:* Se debe de tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar y atender al más necesitado, así como hacer uso adecuado de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

*Principio de autonomía:* Este principio describe la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones, con el objetivo de que al brindar la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.<sup>23</sup> Este principio se ve modificado en pacientes neonatales, ya que debido a la imposibilidad de tomar decisiones este principio, pasa a ser en la responsabilidad de sus padres o tutores.

Consentimiento informado.

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.<sup>24</sup> Para poder desarrollar el presente estudio de caso, se tuvo que obtener el consentimiento informado autorizado por el padre, el cual se explicó el objetivo de la realización y el propósito de fines académicos que tiene la elaboración del estudio de caso, así como la confidencialidad de datos personales.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO.**

---

### **Habitus externo.**

27-nov-2017.

Recién nacido del sexo femenino con 35.6 SDG se encuentra en la unidad de terapia intermedia neonatal, en cuna radiante modo manual en fase II de ventilación con cámara CPAP Nasal, se observa un recién nacido con limpieza corporal y de su entorno ,se encuentra en posición desorganizada en decúbito lateral izquierda con, con nido de contención no adecuado para la talla, bajo sueño fisiológico, con tejido adiposo disminuido, presencia de lanugo , tegumentos hidratados de coloración rosácea simetría corporal de órganos pares, sin facies de dolor, sin la presencia de movimientos anormales, con acceso umbilical arterial y venoso cubierto con apósito transparente en sitio de inserción, con pañal cubriendo genitales, oxímetro en miembro pélvico izquierdo.

### **VALORACIÓN GENERALIZADA.**

#### **Exploración física.**

Neonato se encuentra activa, reactiva a estímulos, cráneo normocéfalo, fontanela anterior normotensa, fontanela posterior puntiforme, adecuada implantación de cabello, pabellones auriculares bien implantados e íntegros, ojos simétricos, narinas con fosas nasales permeables, cavidad oral con mucosas rosadas e hidratadas, labio y paladar íntegros.

Cuello cilíndrico corto con pliegues cutáneos sin adenopatías, clavículas estables y sin crepitos.

Tórax cilíndrico - simétrico, movimientos torácicos simétricos y aumentados en ritmo. Campos pulmonares bien ventilados con murmullo vesicular bilateral, con retracción xifoidea discreta.

Precordio normodinámico; se encuentra con ruidos cardíacos rítmicos adecuado tono e intensidad sin ruidos agregados.

Tórax posterior se palpa columna vertebral íntegra sin aperturas o masas visibles o palpables.

Abdomen globoso blando y depresible no doloroso a la palpación, no se palpan masas o viseromegalias, con peristalsis presente. Muñón umbilical con catéter umbilical venoso/arterial sin datos de sangrado.

Genitales externos de acuerdo con edad y sexo, sin malformaciones aparentes, con esfínter anal permeable.

Extremidades íntegras y simétricas, maniobra de ortolani y barlow negativa. Llenado capilar de 2 segundos, pulsos distales de adecuada amplitud.

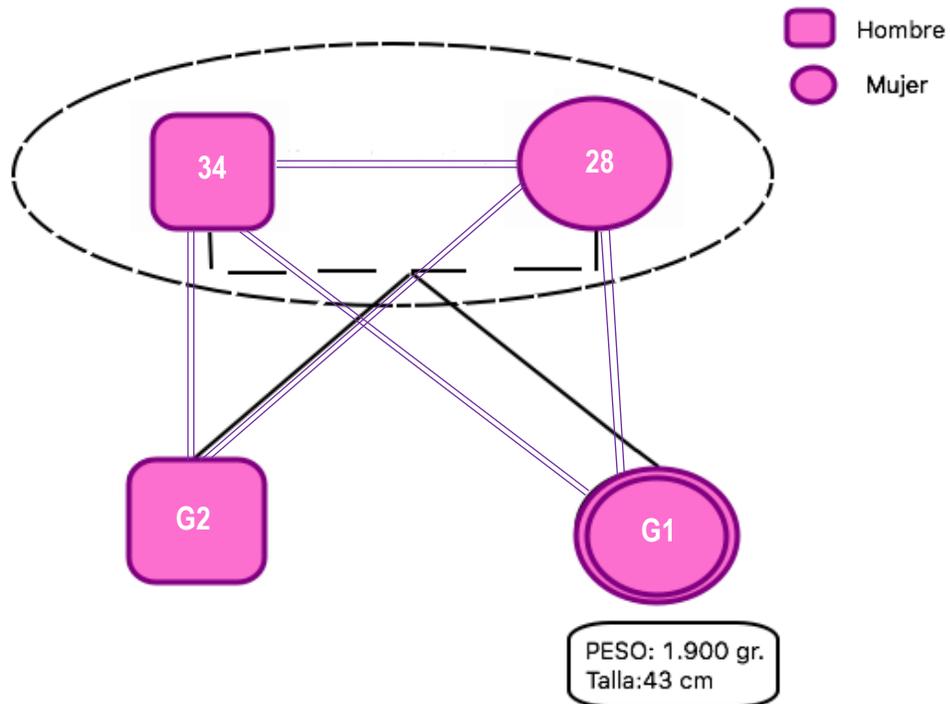
Sin movimientos anormales, con reflejo de moro presente, reflejo de succión, aprensión disminuidos, reflejo de babinski presente.

### **Antecedentes familiares.**

Abuela materna con diabetes mellitus.

Padre vivo de 34 años, alcoholismo ocasional, tabaquismo a razón de dos cigarrillos al día, toxicomanías negadas, diabetes mellitus en tratamiento, desconoce grupo y Rh.

## Familiograma.



## Antecedentes maternos.

Madre de 28 años, ocupación comerciante, estado civil unión libre, escolaridad secundaria completa, alcoholismo tabaquismo, toxicomanías negadas, transfusiones negadas, grupo y Rh O+.

Se aplicó toxoide tetánico 1 dosis, Con realización de pruebas de VIH Y VDRL no reactivo, refiere ingesta de micronutrientes desde 2 meses previos al embarazo.

Habita en casa propia con 1 habitación donde cohabitan 2 personas, cuentan con todos los servicios de urbanización, convivencia con animales negadas, baño y cambio de ropa interior y exterior diario, alimentación adecuada en cantidad y calidad.

## **Antecedentes gineco obstétricos.**

Refiere menarca a los 13 años, ciclos menstruales regulares 30x5, inicio de vida sexual a los 17 años, ETS negados, refiere autoexploración de mamas a razón de cada mes, Papanicolaou negativo en el presente año.

G1 P 0 C 1 A0, Refiere control prenatal regular, realizo 8 USG, aparentemente sin alteraciones , refiere cervicovaginitis en el 2do trimestre de la gestación, tratada con óvulos no especificados, aparentemente remitida, niega infecciones de vías urinarias, hemorragias, con antecedente de fertilización in vitro, acude el 25 de noviembre 2017 a valoración por amenaza de parto pretérmino de embarazo gemelar de 32,5 SDG por FUM , se ingresa a la unidad hospitalaria , para útero inhibición, con antecedente de aplicación de esquema de maduración pulmonar con dexametasona los días 21 y 22 de noviembre del 2017, sin embargo persiste con trabajo de parto en fase latente, por lo que se decide interrupción del embarazo.

## **Antecedentes neonatales.**

EL 26 de noviembre del 2017 por vía abdominal se obtiene producto 1 vivo del sexo femenino con líquido amniótico claro, presenta esfuerzo respiratorio irregular, acrocianosis, frecuencia cardiaca mayor a 100 lpm ,gesticulación y ligera flexión, se coloca bajo cuna radiante, se realizan pasos iniciales de reanimación, se aspiran secreciones, se administra un ciclo de ventilación presión positiva, posteriormente presentando esfuerzo respiratorio regular, flexión generalizada, ,acrocianosis, frecuencia cardiaca mayor a 100 lpm, gesticulación se otorga un Apgar de 6/8 , capurro 35.5 SDG, Peso 1900 g, talla 43, Silverman Anderson 3 a expensas de retracción xifoidea, aleteo nasal y tiraje intercostal discretos.se toma gasometría de cordón para descartar probable asfixia la cual reporta PH 7.27 HCO3 25 DB 2.1, Se decide traslado a la unidad de terapia intermedia neonatal, para manejo de condiciones ventilatorias, paciente grave.

# APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

---

**Primera valoración focalizada de las 14 necesidades (anexo 2)  
lunes 27- noviembre 2017.**

	<b>PESO(gr)</b>	<b>TALLA (cm)</b>	<b>PC(cm)</b>
<b>Lunes</b>	1900	43	31
<b>Martes</b>	1910		
<b>Miércoles</b>	1870		
<b>Jueves</b>	1880		
<b>Viernes</b>	1870		

## **1. OXIGENACIÓN.**

Tórax cilíndrico / simétrico, con movimientos torácicos simétricos y aumentados en ritmo, coloración tegumentaria rosácea con frecuencia respiratoria de 68 rpm a la auscultación campos pulmonares con murmullo vesicular bilateral.

Presenta datos de dificultad respiratoria se valora Silverman Anderson 2 con tiraje intercostal marcado, se encuentra en fase II de ventilación con CPAP PEEP 5 Flujo 8 FIO2 60% satO2 entre 91 -96%.

Presenta precordio normodinamico a la auscultación se encuentra con ruidos cardiacos rítmicos adecuado tono e intensidad sin ruidos agregados, presenta taquicardia con frecuencia cardiaca de 169 lpm, TA 55/28 (37) con llenado capilar de 2 segundos, pulsos distales presentes de adecuada amplitud.

Presenta gasometría de pH 7.42 pco2 33.9 HC03 22.2 BEb -1

Hb 17.30 Hto.51.29

## **2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.**

Neonato con fontanela anterior normotensas, cabello brillante y bien implantado, piel turgente y mucosas orales con adecuada hidratación de tegumentos. Boca íntegra sin alteraciones, con reflejo de succión débil.

Se encuentra en ayuno con soluciones parenterales calculadas (80 ml/kg: 6.6 ml/hr) glucosada 10% 51ml gluconato de calcio 1.2 ml sulfato de magnesio .3 ml con glicemia capilar de 93 mg/dl. con abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación.

## **3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

Con abdomen simétrico, globoso blando y sin dolor a la palpación, no se palpan masas o viseromegalias, con peristalsis presente, la ubicación del hígado a 2cm debajo del borde costal, con perímetro abdominal (PA) 27cm.

Con sonda orogastrica a derivación con gasto de 2 ml de contenido gástrico.

Con uresis espontanea con gasto urinario de 1.1 ml/kg/hora en 7 horas, color amarillo claro, olor suigéneris.

Ano permeable con evacuación meconial espontanea 1 vez durante el turno con un total de 10gr.

ingresos 51.58 ml, egresos 25 ml, balance positivo en 7 horas de 26.58 ml.

## **4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.**

Neonato con perímetro cefálico de 31 cm, sin presencia de convulsiones o movimientos anormales. Se encuentra con cpap nasal, reactivo a estímulos táctiles, Posición desorganizada: extremidades flácidas, semiflexión, por lo que se requiere de nido de contención para mantener en posición fetal.

Columna vertebral íntegra sin aperturas o masas visibles o palpables, maniobra de ortolani y barlow negativa.

## **5. NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO.**

Neonato con aproximadamente 6 hrs de sueño, no se despierta con facilidad bajo estímulos del ambiente hospitalario, no presenta problemas para conciliar el sueño. sin embargo, se encuentra en área con iluminación artificial permanente, y se encuentra expuesto a ruidos ocasionado por aparatos biomédicos.

## **6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.**

Neonato que encuentra en cuna radiante con pañal, con ropa de cama limpia, la cual se cambia diariamente, presenta temperatura corporal de 36.3°C.

## **7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.**

Neonato se encuentra en cuna radiante en modo manual con hipotermia con temperatura corporal axilar de 36.3°C.

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS.**

Neonato con piel hidratada, integra, de textura suave de coloración rosácea, con presencia de lanugo.

No se realiza baño, se mantiene con limpieza en cavidades, se realiza cambio de ropa de cuna. Muñón umbilical con acceso venoso y arterial sin datos de infección y/o sangrado.

Extremidades inferiores con presencia de equimosis en ambos talones.

## 9. EVITAR PELIGROS.

EL Neonato cuenta con tamiz metabólico resultados pendientes por recabar.

### ***Barrera primaria:***

Con Valoración de la escala NSRAS (Anexo 3) 16 pts. mediano riesgo.

### ***Medios invasivos:***

Sonda orogastrica 5 fr FI 27-11-17

Umbilical venoso 5 fr FI: 26-11-17 (permeable)

Umbilical arterial 2.5 fr FI 26-11-17(sellado)

Se encuentra con sitio de inserción sin datos de infección y sangrado.

### ***Valoración del dolor:***

Se valora el dolor a través de la escala PIPP obteniendo una puntuación de 1 pts.=ausencia de dolor.

### ***Riesgo de caída:***

Se valora con la escala de macdems se obtiene una puntuación de 3= alto riesgo.

### ***Riesgo de infección.***

Leu 13.20 Bandas 0 Procalcitonina 18.070 ng/ml

## 10.NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Neonato recibe visita de su papa, con una duración de 1 hora, refiere que la madre se encuentra hospitalizada. Durante su visita se observa que mantiene contacto visual, y verbal, sin embargo, evita el contacto físico y se observa temeroso al realizar contacto físico con el neonato.

Tipo de familia nuclear, el padre refiere una buena relación con su esposa y miembros de su familia.

### **11.NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES.**

Padres de religión católica, sus creencias no interfieren en el cuidado y tratamiento del neonato, el padre refiere practicar la oración para mejorar el estado de salud de sus hijos.

### **12.NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.**

Neonato no recibe lactancia materna o sucedáneos de la leche ya que se encuentra en ayuno, la técnica mama canguro no se lleva acabo debido a la ausencia de la madre en los horarios de vista.

Recibe visita familiar solamente del padre debido a que la madre se encuentra hospitalizada.

### **13.NECESIDAD DE RECREARSE.**

El neonato no presenta signos de estrés se encuentra organizado y se realizan ejercicios de succión no nutritiva por parte del personal de enfermería, durante la visita del padre se observan ausencia de estímulos táctiles hacia su hija.

### **14.NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR.**

Neonato que se encuentra expuesto a exposición constante de luz artificial y ruidos de alarmas, se realiza valoración de los reflejos primitivos: succión débil, signo de prensión débil, signo de moro débil, se valora con la escala amiel tison con puntuación de 30pts.

## **Valoración subsecuente.**

### **NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.**

Neonato con fontanelas normotensas, tegumentos y mucosas orales con adecuada hidratación de tegumentos. Boca íntegra sin alteraciones, inicia alimentación vía enteral por succión y presenta reflejo de succión débil, no coordinada, sello labial incompleto, fatiga, polipnea 72 rpm y saturación 83%.

Se encuentra tolerando vía oral a (46 ml/kg/día), con apoyo de soluciones parenterales calculadas (43.7ml/kg: 3.3 ml/hr) glucosada 10% 25ml gluconato de calcio 1.2 ml sulfato de magnesio .3 ml con glicemia capilar de 97 mg/dl. con abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación, (PA) pre 26.3 y post 27cm.

Se encuentra con vitamina D 400 UI, floratil 10 mg, y con procinético a base de cisaprida 380 mcg c/8hrs, ya que inicia con alimentación enteral y se pretende mejorar el vaciamiento gástrico.

### **NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.**

Neonato que encuentra en cuna radiante se mantiene en confort, eutermico (37 °C), con gorro, pañal, y con ropa de cama limpia, la cual se cambia diariamente,

## ANÁLISIS DE LABORATORIO Y GABINETE.

27-noviembre-2017.

Gasometría arterial.

En equilibrio acido base; se decide pasar a fase I de ventilación: cámara cefálica.

PH	7.42
PCO2	33.9
HCO3	22.2 mmol/L
SO2%	98

Biometría hemática-reactivos.

Sin datos de sangrado, no presenta alteraciones hematológicas con reactantes en fase aguda negativa para proceso infeccioso.

Hb	17.2 g/dl
Hct	51.2 %
Plaquetas	233mil
Leucocitos	8800 x10e3/uL
Neutrófilos	3100 x10e3/uL
Linfocitos	3900 x10e3/uL
Monocitos	1100 x10e3/uL
Eosinofilos.	700 x10e3/uL
Bandas	0
Procalcitonina	.32

Perfil hepático.

Sin criterios para fototerapia según su edad y tiempo de vida.

Bilirrubina Totales	4.22
BD	.20
BI	4.02

## JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 POSGRADO DE ENFERMERÍA NEONATAL  
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Nombre: R.F.A RN PRODUCTO 1	Servicio: UTIN
Edad: 1 Días de vida	Dx médico: RNPT 35.5 SDG + peso bajo al nacimiento+ síndrome de dificultad respiratoria
	Fecha: 27-noviembre-2017

Necesidad	Estado		Causa de la dificultad			Interacciona con la necesidad principal	
	Indepen.	Depend.	F. F	F.C	F. V	Si	No
Oxigenación y circulación		x	x			X	
Alimentación e hidratación		x	x			x	
Eliminación	x						
Moverse y mantener posturas adecuadas		x	x			x	
Sueño descanso	x						
Vestirse y desvestirse		x					
Termorregulación		x	x				
Higiene corporal e integridad de la piel		x	x				
Evitar peligros		x	x				
Comunicación		x					
Valores y creencias	x						
Trabajar y realizarse		x	x				
Recreación		x					
Aprendizaje		x					

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
Interacción padre- hijo: estímulo, verbal. El padre se preocupa por el estado actual de su hija.	La madre se encuentra hospitalizada. Los padres presentan dificultades para la visita, ya que al gemelo 2, lo trasladan a la UCIN.

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

### *Necesidad de oxigenación:*

1. Alteración del patrón respiratorio **r/c** Fatiga de músculos respiratorios **m/p** Silverman 2 (retracción xifoidea marcada) frecuencia respiratoria 68 rpm. taquicardia 169 lpm.

### *Necesidad de alimentación e hidratación:*

valoración subsecuente.

2. Alteración de la alimentación **r/c** reflejos de succión/deglución/respiración no coordinados **m/p** succión débil, sello labial deficiente, fatiga, polipnea 70.

### *Necesidad de eliminación:*

3. Riesgo de distensión abdominal **r/c** alimentación con sucedáneos de la leche materna.

### *Necesidad de moverse y mantener una buena postura:*

4. Tono muscular insuficiente **r/c** inmadurez neuromuscular **m/p** extremidades en semiflexión

### *Necesidad descanso y sueño:*

5. Riesgo de alteración del descanso y sueño **r/c** sobre-estimulación auditiva (alarmas de monitores y luz artificial) y táctil.

*Necesidad de vestirse y desvestirse:*

Valoración subsecuente:

6. Vestido adecuado acorde a edad y estado de salud **m/p** confort y eutermia.

*Necesidad de mantener la temperatura corporal:*

7. Alteración en los mecanismos termorreguladores **r/c** pérdida de calor por radiación, convección y conducción. **m/p** temperatura corporal 36.3°C

*Necesidad de higiene y protección de tegumentos:*

8. Lesión dérmica de talón **r/c** punción capilar **m/p** equimosis de talones.

*Necesidad de evitar peligros:*

9. Riesgo de infección **r/c** medios invasivos (acceso venoso /arterial umbilical y sonda orogastrica).

*Necesidad de comunicación:*

10. Temor del padre **r/c** hospitalización de su hija) **m/p** aprensión e inquietud.

*Necesidad de creencias y valores:*

11. Riesgo de alteración de la resiliencia **r/c** proceso de enfermedad y hospitalización de sus hijos.

*Necesidad de trabajar y realizarse:*

12. Proceso de lactancia materna alterado r/c proceso interrumpido por enfermedad m/p lactancia materna no exclusiva, madre hospitalizada.

*Necesidad de recrearse:*

13. Interrupción del apego **r/c** hospitalización del binomio **m/p** ausencia del contacto parental.

*Necesidad de aprender y descubrir:*

14. Riesgo de alteración en el neurodesarrollo **r/c** exposición a ruidos de alarmas de monitores y luz artificial.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ  
ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>OXIGENACIÓN</b>		Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia: 4
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza (x)		Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
<b>Dx de enfermería:</b> Alteración del patrón respiratorio <b>r/c</b> Fatiga de músculos respiratorios <b>m/p</b> Silverman 2 (retracción xifoidea marcada) frecuencia respiratoria 68 rpm. taquicardia 169 lpm.			
<b>Objetivo:</b> Mejorar el patrón respiratorio del neonato a través de intervenciones de enfermería como son oxigenoterapia, posición corporal, control térmico, durante su estancia hospitalaria en el servicio de UTIN.			
Intervención: <b>Cuidado de la vía aérea.</b>		Dependiente ( )	Independiente(X ) Interdependiente( )
Actividades:		Fundamentación.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización de signos vitales.</li> <li>- Auscultar campos pulmonares.</li> <li>- Monitorización de la oximetría de pulso.</li> <li>- Vigilar patrón respiratorio y datos de dificultad respiratoria</li> <li>- Colocar al neonato en prono</li> <li>- Evitar la obstrucción de la vía aérea. (rossier).</li> </ul>		<p>El manejo de la vía aérea, entendido como la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una ventilación adecuada y segura a pacientes que lo necesitan. El resultado final dependerá de las características del paciente en particular, la disponibilidad de equipos, y la destreza y habilidades del operador, pudiendo determinar morbilidad y mortalidad.<sup>25</sup>La monitoria neonatal permanente de los signos vitales del recién favorece la identificación temprana de alteraciones y de eventos potencialmente catastróficos, facilita una intervención oportuna y adecuada al tiempo que permite la evaluación de la respuesta a dichas intervenciones.<sup>26</sup>Colocar a los recién nacidos con el rostro hacia abajo(prono)por tiempo corto mejoró ligeramente su oxigenación y los recién nacidos en la posición prona experimentaron menos episodios de mala oxigenación.<sup>27</sup></p>	

<p>Intervención: <b>Control térmico (independiente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantener la temperatura corporal de 36.5 a 37.5 °C.</li> <li>– Mantener ambiente térmico neutro.</li> </ul>	<p>El recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia.<sup>28</sup></p>
<p>Intervención: <b>Oxigenoterapia. (Interdependiente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vigilancia del funcionamiento del CPAP.</li> <li>– Mantener temperatura de unidad térmica en 37°C-38°.</li> <li>– Colocar sonda orogastrica 8 fr.</li> <li>– Mantener saturaciones de oxígeno en niveles de 86% a 95%.</li> <li>– Administración de micronebulizaciones(budesonide) si fuera necesario.</li> <li>– Vigilar la colocación y fijación del cpap nasal.</li> <li>– Vigilar datos de lesión tisular en septum nasal.</li> </ul>	<p>El CPAP puede aumentar la capacidad funcional residual con objeto de optimizar la oxigenación, disminuir la resistencia de las vías respiratorias y el trabajo respiratorio, estabilizar la pared torácica y mejorar la sincronía toraco-abdominal, mejorar la función diafragmática y disminuir la resistencia de las vías aéreas superiores.<sup>29</sup></p> <p>Se requiere una vigilancia cuidadosa para minimizar la toxicidad pulmonar o las consecuencias de la hipoxemia o de la hiperoxia. Las dos complicaciones principales de exceso de O2 son la lesión pulmonar y la retinopatía del prematuro.<sup>30</sup></p> <p>Unidad térmica es un dispositivo que permite humidificar y calentar los gases administrados, antes de llegar a la vía área.<sup>31</sup></p> <p>Distensión abdominal: se coloca sonda orogastrica para liberar el exceso de aire antes de cada toma.<sup>32</sup></p>

<p>– Aspirar por razón necesaria la cavidad nasal o bucal.</p>	<p>El uso profiláctico de CPAP reduce la necesidad de ventilación mecánica y la administración de surfactante y también reduce la incidencia de displasia broncopulmonar y la muerte.<sup>33</sup></p>
--	--

**Evaluación.**

Nivel de dependencia 3: Mejora el patrón respiratorio FR 57 rpm, disminuye a Silverman 1 se decide cambio a fase I con cámara cefálica al 45%. Durante los primeros días en fase I presento 2 episodios de broncoespasmo en los que presento Silverman 2 con tiraje Intercostal/retracción xifoidea y frecuencia respiratoria de hasta 69 x' se administra micro nebulización con budesonide se aumenta el FIO2 60% ,se coloca en posición de prono con lo que mejora el patrón respiratorio con disminución de la frecuencia respiratoria de 58x' y Silverman de 1 con retracción xifoidea discreta, se mantiene estable y se al finalizar la semana disminuye FIO2 a 30%, manteniendo saturación 89 y 95%, con plan terapéutico de cambiar a oxígeno indirecto.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ  
ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN</b>		Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia: 4
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza (x)		Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Alteración de la alimentación <b>r/c</b> reflejos de succión/deglución/respiración no coordinados <b>m/p</b> succión débil, sello labial deficiente, fatiga, polipnea 72.			
Objetivo: El neonato mejorará la coordinación de succión-deglución-respiración, mediante ejercicios de succión y apoyo en la alimentación enteral durante su estancia hospitalaria en el servicio de la UTIN.			
Intervención: <b>Estimulación nutritiva</b>		<b>Independiente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluar el patrón de succión.</li> <li>– Realizar ejercicios de succión no nutritiva</li> <li>– Uso de guates estériles.</li> <li>– Realizar estimulación peri bucal.</li> <li>– Realizar estimulación intrabucal. <sup>36</sup></li> </ul>		<p>En el patrón anormal no respira o lo hace cada cinco a 20 succiones, lo que lo lleva a jadear, se fatiga, no toma todo, tose, escupe, presenta cianosis y bradicardia. La estimulación motor-oral temprana es favorable para mantener y desarrollar el reflejo de succión. Además de mejorar la calidad de vida para el neonato hospitalizado, tiene como objetivo el desarrollo del sistema sensorial, propioceptivo y cognitivo, como una manera de evitar complicaciones en las futuras etapas de la niñez. <sup>34</sup> La estimulación de cavidad oral en el recién nacido coordina la función respiratoria con la actividad deglutoria. <sup>35</sup></p>	
<b>Alimentación forzada: sonda orogastrica. (independiente).</b>		<p>Por lo que la triada succión- deglución-respiración se debe de mantener en una relación de 1/1/1 y alimentarse por vía oral es un trabajo aeróbico, por lo que debe contar con una reserva respiratoria aceptable para tolerarlo con eficiencia y cumplir con las demandas de oxígeno. <sup>35</sup></p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluar el estado clínico respiratorio del recién nacido para la forma e inicio de la alimentación.</li> <li>– Colocar al neonato en decúbito ventral</li> <li>– Uso de barreras de protección en la instalación y en la alimentación.</li> <li>– Colocación gentil de sonda orogastrica de acuerdo a protocolo de instalación.</li> <li>– Verificar su ubicación, aspirando gentil el contenido gástrico.</li> <li>– Administrar la alimentación por gravedad.</li> <li>– Permanecer con el neonato durante la alimentación.</li> <li>– Posición en decúbito lateral derecho al finalizar.</li> </ul>	<p>Alimentación con succión cuando la frecuencia respiratoria &lt;60 rpm y Silverman &lt; 2. Alimentación con sonda orogastrica: frecuencia respiratoria entre 60 y 80 rpm, Silverman &lt; 2 y que durante la succión presente cianosis, aumento de Silverman, baja en la saturación de O<sub>2</sub>, la cual se recupera al suspender la succión.<sup>36</sup></p> <p>Alimentación forzada es el método ideal para neonatos que tienen reflejos de succión y deglución inmaduros o condiciones clínica que evitan la alimentación por succión.<sup>37</sup> Para evitar lesión de la mucosa gástrica el calibre recomendado de las sondas para alimentar es siempre el menor 5 fr- 8 fr.</p> <p>Mantener la jeringa a una altura no superior a 15 cm sobre el neonato.<sup>38</sup></p> <p>Debido al riesgo de posicionamiento de la punta de la sonda por arriba de la unión gastroesofágica el método para medición debe de ser NEMU (Nose, Earlobe, Mid-Umbilicus) que es la distancia medida de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja al punto medio entre el apéndice xifoideo y la cicatriz umbilical. La ausencia de retorno de secreción en la aspiración de la sonda es un método simple y sensible, por lo que debe ser visto como indicador del posicionamiento inadecuado.<sup>39</sup></p> <p>La posición en decúbito lateral derecho incrementa el vaciamiento gástrico.<sup>38</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 3: Debido al incremento del trabajo respiratorio se utiliza técnica mixta complementando toma de alimentación por sonda orogastrica. Se realizaron ejercicios de succión no nutritiva 15 minutos antes de cada toma, con lo que presento mayor fuerza en el reflejo de succión, y una mejor coordinación.</p>	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**  
**ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>ELIMINACIÓN</b>	Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia: 1	
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza ( )	Falta de conocimiento ( X )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Riesgo de distensión abdominal r/c alimentación con sucedáneos de la leche materna.			
Objetivo: Mantener en adecuado patrón de eliminación en el neonato, mediante el la vigilancia y manejo nutricional.			
Intervención: <b>Cuidado intestinal.</b>	Dependiente ( )	Independiente( X )	Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar signos de estreñimiento.</li> <li>- Auscultar y vigilar los ruidos peristálticos.</li> <li>- Vigilar condiciones abdominales.</li> <li>- Medir perímetro abdominal pre-post pradiar.</li> <li>- Evaluar las defecaciones: frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.</li> <li>- Informar y registrar si hay disminución de los ruidos intestinales.</li> </ul>	<p>Frecuencia normal de las evacuaciones en recién nacidos de 0 a 3 meses va a depender en su tipo de alimentación:</p> <p>Leche humana las evacuaciones por semana son de 5 – 40 y por día de 2 a 9.</p> <p>Formula láctea las evacuaciones por semana son de 5- 28 y por día 2 evacuaciones.<sup>40</sup></p> <p>La obstrucción intestinal por meconio abarca un amplio espectro de enfermedades incluyendo íleo meconial, íleo funcional transitorio y síndrome de tapón de meconio.</p>		

<p><b>Manejo de la nutrición. (interdependiente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la ingesta de leche humana.</li> <li>- Fomentar la extracción de leche materna.</li> </ul>	<p>Como resultado se puede observar un asa estrecha en la zona distal y un asa distendida en la zona proximal al sitio de la obstrucción por meconio.<sup>41</sup></p> <p>El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm<sup>3</sup> y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.<sup>42</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 1: Presento de 1 a dos evacuaciones meconiales durante el turno matutino, no presentó aumento del perímetro abdominal o disminución de la peristalsis, sin embargo, no fue posible la ingesta de leche humana, debido a que la madre se encontraba hospitalizada. El día 1 de noviembre acudió a visita y se le informo de la extracción de la leche y los beneficios mostrando interés y se resolvieron dudas acerca de la lactancia.</p>	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**  
**ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.</b>	Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia: 4
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza ( X )	Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Postura desorganizada <b>r/c</b> pobre tono muscular <b>m/p</b> extremidades en semiflexión		
Objetivo: El neonato recibirá estimulación temprana, a través de ejercicios para aumentar el tono muscular de las extremidades durante su estancia en la UTIN en el turno matutino.		
Intervención: <b>Cuidado postural.</b>	Dependiente ( ) Independiente( X ) Interdependiente( )	
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer el desarrollo de la postura: posición fetal.</li> <li>- Aplicación de nidos de contención.</li> <li>- Facilitar los movimientos de flexión de las extremidades hacia la línea media, como la interacción mano-boca</li> </ul>	<p>El buen posicionamiento del recién nacido pretérmino evita la aparición de lesiones y deformaciones del aparato músculo-esquelético. Debido a su inmadurez neurológica y escaso tono muscular, el prematuro no es capaz de adoptar ni de mantener una postura fisiológica lo que puede conllevar una serie de repercusiones.</p>	

**Manejo ambiental. (Independiente)**

- Mantener confort.
- Agrupar las actividades de cuidados que se brindan al neonato.
  
- Crear un ambiente seguro para el paciente.

El decúbito lateral permite mantener la alineación de los miembros en la línea media, facilitar el auto consuelo con movimientos como el mano-mano o el mano-boca y ayudar a la flexión del tronco y la pelvis, además, mejora la digestión del prematuro.

Para la correcta colocación del prematuro en decúbito lateral se debe prestar especial atención en mantener los brazos y las piernas flexionadas, tratando de mantener las manos cerca de la cara, ambos pies en contacto y la espalda flexionada <sup>(30)</sup><sup>43</sup>

Seguridad ambiental óptima, desde la ubicación de su unidad alejada de puertas y fuentes sonoras y lumínicas, y con lo necesario para su atención individualizada en cuanto a equipo y material.<sup>44</sup>

**Evaluación.**

Nivel de dependencia 4: Durante el turno matutino el neonato se mantiene posiciones en decúbito lateral y alterna a prono para la mejora del patrón respiratorio.

Necesidad: <b>DESCANSO Y SUEÑO.</b>	Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia:3
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza ( X )	Falta de conocimiento ( ) Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Riesgo de alteración del descanso y sueño <b>r/c</b> sobre-estimulación auditiva (alarmas de monitores y luz artificial) y táctil.		
Objetivo: Disminuir el potencial de riesgo de sufrir alteraciones del neurodesarrollo durante su estancia en el servicio UTIN , a través de intervenciones especializadas de enfermería como el aislamiento auditivo, y la implementación de penumbra y manipulación mínima.		
Intervención: <b>Cuidado ambiental.</b>	Dependiente ( )	Independiente( X ) Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de nidos de contención.</li> <li>- Modificar los límites de alarma y volumen de los monitores que rodean al neonato.</li> <li>- Brindar manipulación mínima.</li> <li>- Minimizar la exposición directa y constante en el neonato.</li> <li>- Agrupar las actividades de cuidados que se brindan al neonato.</li> </ul>	<p>El retraso del desarrollo psicomotor y la retinopatía fueron las complicaciones más importantes que presentaron los recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y los recién nacidos prematuros de muy bajo a los dos años.<sup>45</sup></p> <p>El ruido puede causar apnea, hipoxemia, alternancia en la saturación de oxígeno y mayor consumo de oxígeno secundario a las elevadas frecuencias del corazón y respiratorias y puede, por lo tanto, reducir la cantidad de calorías disponibles para el crecimiento.<sup>46</sup></p> <p>Los niveles de ruido en la UCIN varían de 7 dB a 120 dB y a menudo exceden el nivel máximo aceptable de 45 dB recomendado por la American Academy of Pediatrics. La deficiencia auditiva se diagnostica en el 2% al 10% de los lactantes prematuros versus el 0,1% de la población pediátrica en general.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permitir ciclos de sueños continuos de al menos 2 horas.</li>   <li>- Realizar la maniobra de luz/oscuridad en recién nacidos</li> </ul>	<p>Todos los estímulos (internos o externos) deben presentarse adecuadamente en frecuencia, duración, intensidad, etc. porque tan nocivo es, para los sistemas funcionales, la hiper-estimulación, la estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o su ausencia. Especialmente en el caso de los recién nacidos prematuros.</p> <p>Los ciclos de luz/oscuridad a recién nacidos pretérmino durante su estancia intrahospitalaria se obtiene una mejor ganancia de peso, así como mayor duración de los periodos de sueño durante las 24 h del día.<sup>47</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 2: Se modificó el ambiente que rodea al neonato para favorecer el descanso- sueño como la modificación de las alarmas de los monitores que rodeaban al paciente, así como se agruparon los cuidados e intervenciones hacia el neonato brindando una manipulación mínima.</p>	

Necesidad: <b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE.</b>		Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza (X)		Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: vestido adecuado acorde a edad y estado de salud <b>m/p</b> confort y eutermía.			
Objetivo: Proporcionar al neonato el tipo y la calidad de la ropa de acuerdo con su estado de salud cuidando su integridad durante su estancia en la UTIN.			
Intervención: <b>Cuidado personal</b>		Dependiente ( )	Independiente( X) Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>		<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilizar dispositivos como cuna radiante o incubadora para la regulación de la temperatura corporal.</li> <li>– Cubrir genitales, con pañal adecuado a su edad.</li> <li>– Utilizar gorro para cubrir la cabeza.</li> <li>– Utilizar frazadas de preferencia de material algodón.</li> <li>– Explicar a los padres el tipo de vestimenta que usa su hija.</li> </ul>		<p>En patologías que afectan el aparato respiratorio es necesario mantener al neonato con tórax descubierto, para así poder vigilar su patrón respiratorio y detectar a tiempo datos de dificultad respiratoria.</p> <p>El tipo de tela debe ser de algodón, ya que la dejan transpirar, absorben el sudor y no provocan alergias (los tejidos sintéticos pueden irritarla).<sup>48</sup></p>	
<b>Evaluación.</b>			
Nivel de dependencia: 3: El neonato se encuentra eutermico con gorro y pañal cubriendo sus genitales y cuidando su integridad. Las sabanas con las que se encuentra cubierta su cuna es de tipo algodón.			

Necesidad: <b>TERMORREGULACIÓN</b>	Rol enfermería: Sustituta	Nivel de dependencia:5
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza (x)	Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Alteración en los mecanismos termorreguladores <b>r/c</b> perdida de calor por radiación, convección y conducción. <b>m/p</b> temperatura corporal 36.3°C		
Objetivo: El neonato aumentara su temperatura corporal gradualmente hasta alcanzar niveles normales durante el turno matutino, a través de intervenciones especializadas de enfermería: regulación térmica		
Intervención: <b>Regulación térmica</b>	Dependiente ( )	Independiente (x) Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la temperatura del ambiente entre 24 y 26 °C.</li> <li>- Colocar cuna radiante en modo servo control.</li> <li>- Fijar temperatura de cuna a 36.5.</li> <li>- Realizar medición de la temperatura corporal cada 15-30 minutos hasta alcanzar temperatura deseada.</li> <li>- En modalidad de CPAP usar el calefactor en 37°.</li> <li>- vigilancia y control estrecho por existir el riesgo de producir hipertermia.</li> <li>- Posponer el baño hasta lograr una estabilidad térmica y respiratoria.</li> </ul>	<p>La temperatura normal está en el rango de 36.6 y 37.5 °C, la OMS define niveles de hipotermia en leve 36 -36.4, moderada 32 -35.9 y severa &lt;32°C.</p> <p>Para temperatura cutánea o de piel: cuadrante superior derecho. Los sensores tienen que estar bien adheridos a la piel, y no recostando al niño sobre el sensor.</p> <p>Para el recalentamiento del neonato se recomienda que no exceda de .5°C por hora ya que el rápido recalentamiento puede desencadenar vasodilatación y resultar en una caída de la presión arterial.<sup>49</sup></p>	

**Monitorización. (independiente)**

- Temperatura.
- Frecuencia cardiaca y ritmo.
- Tensión arterial.
- Frecuencia y esfuerzo respiratorio.
- Saturación de oxígeno.
- Glicemia capilar.

Cuando la edad gestacional es menor, la postura es más deflexionada y presenta menor tono muscular. Los recién nacidos pretérmino tienen menor cantidad de depósitos de grasa parda y menor habilidad de generar calor por este mecanismo, así como una disminución de reservas de glucógeno y glucosa.

Con soporte respiratorio (ventilación mecánica,), la temperatura de los gases inspirados debe ser de 37°C. 39°C para llegar a nivel del pulmón a 37°C.<sup>26</sup>

**Evaluación.**

Nivel de dependencia 3: Tras una hora de modificar la temperatura de la cuna radiante, el neonato alcanza una temperatura de 36.6°C a las 13 horas el neonato mantiene una temperatura de 37 °C.



Necesidad: <b>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS</b>		Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia: 4
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza (X)		Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Lesión dérmica de talón <b>r/c</b> punción capilar <b>m/p</b> equimosis de talones.			
Objetivo: La enfermera estudiante de la especialidad del neonato realizara la punción capilar en el neonato en el sitio correcto de punción, rotando el área de punción y apoyándose del dispositivo disparador de lancetas.			
Intervención: <b>Cuidados de la piel.</b>		Dependiente ( )	Independiente(x) Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>		<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar factores de riesgo de presentar hipoglicemia.</li> <li>- Favorecer el proceso de cicatrización/absorción del hematoma y evitar realizar toma de glicemia capilar de manera rutinaria.</li> <li>- Utilizar pluma disparadora para la toma de glicemia capilar.</li> <li>- Aplicar presión en el sitio de punción, una vez finalizada la extracción con gasa estéril toalla alcoholada, para evitar la formación de un hematoma.</li> <li>- No realizar presión o tracción en el talón</li> </ul>		<p>Las recomendaciones de Blumenfeld para realizar la punción del talón son:</p> <p>No debe exceder de 2.4 mm de profundidad. No debe hacerse en la curvatura posterior del talón.</p> <p>No debe hacerse en sitios previamente puncionados, pues se consideran potencialmente infectados.<sup>50</sup></p> <p>Las complicaciones por mala técnica en la antisepsia son Infección en tejidos circundantes: celulitis y abscesos.</p> <p>La osteomielitis y pericondritis puede aparecer como resultado de utilizar elementos punzantes inadecuados.<sup>51</sup></p>	

<p><b>Control de infecciones. (independiente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos antes y después de realizar el procedimiento.</li> <li>- Realizar antisepsia de la zona, para disminuir el recuento bacteriano, el ingreso de microorganismos durante el procedimiento y el riesgo de infección.</li> </ul>	<p>La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.<sup>30</sup></p> <p>El alcohol al 70% es un bactericida de acción rápida, llegando a eliminar el 90% de las bacterias de la piel en 2min si se permite secar al aire; el frotado con algodón destruye un máximo del 75%.<sup>52</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia: 3: Debido a que el neonato mantiene un aporte hídrico y nutricional vía parenteral es necesario la punción capilar al menos una vez durante el turno, siempre realizando previamente el lavado de manos y antisepsia en la zona de punción. Se realizó punción con pluma disparadora en el nivel 1, para disminuir el dolor y la profundidad de inserción de la lanceta, se roto sitios de punción para evitó puncionar en sitios lesionados.</p>	



Necesidad: <b>EVITAR PELIGROS.</b>	Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza ( X )	Falta de conocimiento ( )
Falta de voluntad ( )		
Dx de enfermería: Riesgo de infección <b>r/c</b> medios invasivos (acceso venoso /arterial umbilical y sonda orogastrica).		
Objetivo: Disminuir el riesgo de infección del neonato a través de medidas preventivas del personal de salud para el manejo de accesos venosos centrales como son la higiene de manos en los 5 momentos en el servicio de UTIN.		
<b>Intervención: Control de infecciones.</b>	Dependiente ( )	Independiente( )
	Interdependiente( X)	
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavarse las manos de acuerdo a los "5 momentos".</li> <li>- Poner en práctica las precauciones universales.</li> <li>- Aplicar los principios de asepsia y antisepsia.</li> <li>- Limpiar lúmenes de líneas intravenosas con alcohol al 70%.</li> <li>- Garantizar una manipulación aséptica de las vías intravenosas.</li> </ul>	<p>La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.<sup>27</sup></p> <p>Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.<sup>28</sup></p> <p>Asepsia es un término que agrupa todos los procesos y las conductas necesarias para llevar a cabo la manipulación médica libre de agentes patógenos.</p> <p>Eliminación o inhibición de microorganismos mediante el empleo de agentes químicos (antisépticos), que por su baja toxicidad pueden aplicarse en tejidos vivos, piel, mucosas.</p>	

<p><b>Vigilancia. (Independiente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Observar sitio de inserción de líneas vasculares: secreción, enrojecimiento. induración, cambios de coloración en la piel.</li> </ul>	<p>La asepsia y la antisepsia son un conjunto de procedimientos y protocolos encaminados a la prevención de las infecciones.</p> <p>Los alcoholes actúan destruyendo la membrana celular, por reducción de su tensión superficial, y desnaturalizando las proteínas. Los alcoholes poseen una acción rápida y de amplio espectro, actuando sobre bacterias gramnegativas y grampositivas, incluyendo mico bacterias, hongos y virus (virus de hepatitis B y VIH), pero no son esporicidas este efecto es reversible.<sup>53</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 3: El neonato no presenta datos de respuesta inflamatoria .El personal de enfermería conoce y maneja los principios de asepsia - antisepsia, se realizó la higiene de manos en los “5 momentos”, así como el uso de las precauciones estándares, sin embargo, por falta de insumos se dificulta que se lleve una adecuado manejo e instalación de soluciones parenterales.</p>	

Necesidad: <b>COMUNICACIÓN.</b>	Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza ( )	Falta de conocimiento ( X )
Falta de voluntad ( )		
Dx de enfermería: Temor del padre <b>r/c</b> hospitalización de su hija <b>m/p</b> aprensión e inquietud.		
Objetivo: El padre del neonato manifestara seguridad y confianza al compartir sus sentimientos con enfermeras y médicos del servicio UTIN.		
Intervención: <b>Contención de crisis.</b>	Dependiente ( ) Independiente() Interdependiente(x)	
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar a los padres las normas y rutinas del hospital acerca de: horas de visita</li> <li>- Apoyarse en el personal médico para que puedan reforzar y ampliar a los padre explicaciones del estado de salud.</li> <li>- Proporcionar seguridad y bienestar, animar a compartir preocupaciones y sentimientos.</li> </ul>	<p>Las características ambientales y la complejidad de la UCIN, se convierte para los padres en un mundo ajeno, complejo, estresante y algunas veces desalentador, ya que el recién nacido para su recuperación, necesita estar conectado a diferentes equipos, monitores, ventiladores, entre otros, sin embargo, estos avances tecnológicos impiden el acercamiento, expresar amor y afectividad al recién nacido, convirtiéndose en una situación difícil, que disminuye la capacidad de adaptación de los padres.<sup>54</sup></p>	

- Utilizar la empatía hacia los padres.
- Corregir cualquier información o creencia errónea del neonato.

Ofrecer apoyo emocional y fomentar el compartir sentimientos puede ayudar a aclarar y expresar miedos, permite al profesional de enfermería obtener información real y mayor confianza.<sup>55</sup>

**Evaluación.**

Nivel de dependencia 2: El padre ingresa al servicio de la UTIN con temor, ya que su segundo bebé(producto 2) se trasladó a la UCIN y no estaba informado acerca del estado de salud este bebe, por lo que presenta miedo y aprensión con el cuidado de su hija que se encontraba aún en la UTIN(producto 1). Se le explica las normas acerca de las visitas e informes de los médicos ,refería dudas acerca los dispositivos biomédicos, por lo que se le explico el funcionamiento del monitor, alarmas y la función de la cuna radiante y el por qué solo se encuentra cubierta con pañal.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ  
 ENFERMERÍA DEL NEONATO



Necesidad: <b>CREENCIAS Y VALORES.</b>	Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia :1
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza ( ) Falta de conocimiento ( ) Falta de voluntad ( X )		
Dx de enfermería: Riesgo de alteración de la resiliencia r/c proceso de enfermedad y hospitalización de sus hijos.		
Objetivo: Que el padre mantenga su apoyo en la religión católica para afrontar los problemas de salud de sus hijos.		
Intervención: <b>Soporte emocional.</b>		Dependiente ( ) Independiente( X ) Interdependiente( )
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar si las creencias que profesan de los padres interfieren con el cuidado y tratamiento del neonato.</li> <li>– Fomentar el uso y participación de alguna práctica religiosa que no perjudique la salud del neonato.</li> <li>– Respetar las creencias y prácticas que profesen los padres.</li> </ul>	<p>Participación religiosa: la religiosidad se ha relacionado con una mayor calidad de vida relacionada con salud.</p> <p>La espiritualidad y religión son aspectos fundamentales para la gran mayoría de la población. Su evaluación y atención permite otorgar una atención completa e integral, respetando las creencias y autonomía del paciente, y obteniendo además múltiples beneficios clínicos.<sup>56</sup></p>	
<b>Evaluación.</b>		
Nivel de dependencia 3: Los padres refieren sentir apoyo y consuelo con la religión católica, por lo que esperan la mejoría de estado de salud de su hija.		

Necesidad: <b>TRABAJAR Y REALIZARSE</b>		Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia:3
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza (X) Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Proceso de lactancia materna alterado <b>r/c</b> proceso interrumpido por enfermedad <b>m/p</b> lactancia materna no exclusiva, madre hospitalizada.			
Objetivo: Que el neonato reciba alimentación enteral a base de leche humana durante su estancia en la UTIN, a través de técnicas de alimentación adecuadas.			
Intervención: <b>Alimentación con alimentador.</b>		Dependiente ( ) Independiente(X) Interdependiente( )	
<b>Actividades.</b>		<b>Fundamentación.</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar al neonato inclinado en un ángulo de cuarenta a cuarenta y cinco grados.</li> <li>- Brindar la alimentación utilizando el dedo para estimular y fortalecer el reflejo de succión y apoyándose con la administración de la leche humana a través de una sonda orogastrica de 5 fr. por la comisura labial.</li> <li>- Monitorizar y evaluar el reflejo de succión.</li> <li>- Evaluar datos de dificultad respiratoria: polipnea, fatiga y disminución de la saturación de O2.</li> </ul>		<p>En pretérminos estables es al menos tan eficaz como el cuidado convencional, aumenta la tasa de lactancia materna y la ganancia ponderal y disminuye el riesgo de infección.</p> <p>La administración por boca con sistemas alternativos al biberón ha demostrado mejorar las tasas de alimentación al pecho en el momento del alta hospitalaria. Además, los pretérmino alimentados con biberón tienen menos estabilidad fisiológica durante las</p>	

<p><b>Educación. (Independiente).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al padre los beneficios de la leche humana y la importancia de la extracción de esta.</li> <li>- Informar a la madre en cuanto se proporcione su alta, sobre los beneficios fisiológicos para ella y su bebe de la lactancia materna.</li> <li>- Fomentar la técnica mama canguro.</li> </ul>	<p>tomas, con mayor riesgo de saturación La administración por boca con sistemas alternativos al biberón ha demostrado mejorar las tasas de alimentación al pecho en el momento del alta hospitalaria. Además, los pretérmino alimentados con biberón tienen menos estabilidad fisiológica durante las tomas, con mayor riesgo de saturación y bradicardia.<sup>57</sup></p> <p>Hay pruebas consistentes de que la leche de la propia madre, independientemente del tiempo de gestación y del peso, es el mejor alimento que podemos administrar. Entre las ventajas mejor probadas respecto a la alimentación artificial están la disminución del riesgo de infección y de enterocolitis necrosante, así como un mejor neurodesarrollo.<sup>49</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 3: Se brindó la alimentación enteral por esta técnica, la cual se adaptó adecuadamente, y fue útil para fortalecer el reflejo de succión, sin embargo debido a las alteraciones que presento en el patrón respiratorio durante su alimentación se requirió la técnica mixta complementado con sonda orogastrica. No fue posible la alimentación de la leche humana, debido a que la madre aún se encontraba hospitalizada, el viernes 1 de diciembre la madre se presentó a la visita y se le brindo la información acerca de los beneficios de la leche humana y la importancia de la extracción y de la existencia del banco de leche.</p>	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**  
**ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>RECREARSE</b>		Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza ( ) Falta de conocimiento ( X )		Falta de voluntad ( )	
Dx de enfermería: Interrupción del apego <b>r/c</b> hospitalización del binomio <b>m/p</b> ausencia del contacto parental.			
Objetivo: Favorecer el vínculo padre-hijo mediante el contacto piel a piel durante el horario de visita que es de 11-12 hrs del servicio de UTIN.			
Intervención: <b>Enseñanza.</b>		Dependiente ( ) Independiente( X ) Interdependiente( )	
<b>Actividades:</b>		<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a los padres sobre los beneficios fisiológicos para su bebe de la estimulación táctil.</li> <li>- Fomentar el contacto piel a piel con el neonato.</li> <li>- Educar a los padres acerca de ejercicios de estimulación temprana para que los realice en el horario de visita.</li> </ul>		<p>El tacto es el primer sentido que desarrollamos, nos permite conectarnos en la vida desde la etapa intrauterina hasta la vejez. El tacto es una de las formas más avanzadas de comunicación y una de las más poderosas, se realiza en la piel, que es el órgano más grande del cuerpo y el con mayor superficie expuesta, por lo que, a través del masaje se puede realizar un estímulo importante a través de ella.<sup>58</sup></p> <p>Un efecto importante que se ha registrado frente a la estimulación táctil es la disminución en forma evidente de</p>	

- Supervisar la realización de estos ejercicios y corregir técnica.
- Evaluar el grado de conocimientos adquiridos del padre.

las llamadas hormonas del stress como es el cortisol y un aumento de las serotoninas.

La estimulación fluctuante a destiempo y la hiperestimulación son tan nocivas como la hipo estimulación y que por tanto para un buen desarrollo, los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuado.

59

**Evaluación.**

Nivel de dependencia 3: Se le proporciona información al papá sobre la importancia de brindar estímulos táctiles como caricias, se le enseñó al padre la realización de ejercicios de succión, así como los beneficios que obtendrá su hija, por lo que se le propuso cada visita le realizara estos ejercicios, el padre se observó motivado y con actitud positiva para realizar estos ejercicios.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**  
**ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Necesidad: <b>APRENDER Y DESCUBRIR.</b>	Rol enfermería: Sustituta.	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza (X)	Falta de conocimiento ( ) Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería: Riesgo de alteración en el neurodesarrollo <b>r/c</b> exposición a ruidos de alarmas de monitores y luz artificial.		
Objetivo: Disminuir el riesgo de retraso en el neurodesarrollo en el neonato aplicando intervenciones especializadas durante su estancia en la unidad de terapia intensiva neonatal.		
Intervención: <b>Cuidado ambiental.</b>	Dependiente (X) Independiente ( ) Interdependiente ( )	
<b>Actividades:</b>	<b>Fundamentación</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar los movimientos de flexión de las extremidades hacia la línea media, como la interacción mano-boca.</li> <li>- Utilizar dispositivos de contención: nido</li> <li>- Proporcionar un ambiente limpio y seguro para el neonato.</li> <li>- Modificar el ambiente de la UCIN, sobre todo disminución de ruidos y luces: aislamiento visual, utilizando lentes de protección de luz. aislamiento auditivo, utilizando dispositivos auditivos que disminuyan el ruido del medio hospitalario.</li> <li>- Modificar las alarmas de los monitores.</li> </ul>	<p>El neonato prematuro tiene una extrema sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva irreversible. El progresivo crecimiento del nivel de ruido en las UCIN es un fenómeno que se observa a nivel mundial desde hace varias décadas.</p> <p>La disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer el contacto piel a piel.</li> </ul> <p><b>Control del estrés. (independiente).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir el estrés y el dolor, realizando tratamiento no farmacológico: succión no nutritiva.</li> <li>- Manipulación mínima.</li> </ul>	<p>motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la presión arterial y aumenta la ganancia de peso.</p> <p>El trastorno en el desarrollo motor y muscular normal trae secuelas a corto y largo plazo y puede ser prevenible mediante una adecuada posición corporal.</p> <p>Para la correcta colocación del prematuro en decúbito lateral se debe prestar especial atención en mantener los brazos y las piernas flexionadas, tratando de mantener las manos cerca de la cara, ambos pies en contacto y la espalda flexionada.<sup>60</sup></p>
<p><b>Evaluación.</b></p>	
<p>Nivel de dependencia 3: Se adecuó un nido de contención de acuerdo con su talla, así como se modificaron y agruparon las intervenciones de enfermería para brindar manipulación mínima con un lapso mínimo de 2 hrs, se modificaron las alarmas de los monitores de su alrededor para favorecer su sueño y evitar signos de estrés. Se utilizó algodón para cubrir el pabellón auricular y favorecer aislamiento auditivo. Así como se utilizó antifaz para utilizar aislamiento visual, ya que se mantiene con luz artificial / natural en la UTIN , y se solicitó interconsulta a rehabilitación.</p>	

## PLAN DE ALTA.

---

El plan de alta es considerado una herramienta de gran utilidad, planificando la educación sanitaria con el único fin de incorporar al paciente en su recuperación y bienestar al egreso hospitalario. Es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.

Se proporcionó su plan de alta individualizado, se brindó información y la entrega de folletos de:

Beneficios de lactancia materna.<sup>61</sup>(anexo 7)

- La leche materna el mejor alimento y el más nutritivo para los bebés.
- Leche materna exclusiva: proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Amamantar tiene beneficios para la salud de la madre y del niño, protegiéndoles de enfermedades.
- Amamantar a libre demanda, cada vez que él bebé lo pida.
- Contiene todos los nutrientes que él bebé necesita para crecer y desarrollarse sano, fuerte e inteligente.
- Contiene anticuerpos especiales que protegen al bebé contra infecciones respiratorias como: gripe, asma, infecciones gastrointestinales: diarreas, alergias y otras enfermedades.
- Es de fácil digestión y evita el estreñimiento.

Signos de alarma.

#### Datos de deshidratación.<sup>62</sup>

- Orina de color amarillo oscuro.
- Disminuye su orina: menor a 6 pañales húmedos (normalmente mojan su pañal después de cada comida).
- Ojos hundidos.
- Irritable/decaído.
- Boca y lengua seca y saliva espesa
- Fontanela “mollera” hundida
- Fiebre: Por arriba de 38°C

#### Datos Gastrointestinales.<sup>63, 64</sup>(anexo 8)

- Rechazo al alimento.
- Succión débil.
- Regurgitación.
- Vómitos en proyectil/después de cada toma de leche.
- Vomito biliar “color amarillo-verdoso”.
- Abdomen duro y tacto presenta llanto.
- Ausencia de evacuaciones.
- Evacuaciones normales: leche humana 2-9 por día y formula hasta 2 al día.
- Evacuaciones totalmente líquidas /moco/sangre.

#### Dificultad respiratoria.<sup>65</sup>(anexo 9).

- Respiraciones rápidas (más de 60 por minuto).

- Aleteo nasal.
- Tiraje intercostal.
- Coloración azul de los de manos/pies y alrededor de la boca.

Masaje vimala.<sup>66</sup> (Anexo 10)

Masaje en piernas y manos:

Los movimientos de comprensión y torsión, así como los rodamientos mejoran el tono muscular de las extremidades, así como ayudan a la relajación de estas.

De forma instintiva el neonato cerrara y tensara sus piernas o manos, esto lo hace para proteger sus órganos vitales. Por lo que se recomienda iniciar por las piernas y pies para crear un ambiente de confianza entre el neonato y el cuidador para que así acepte gradualmente el masaje.

Masaje en la cara.

Se recomienda este masaje para liberar la tensión de la cara debido a la succión, a el llanto y a su interacción con el medio que lo rodea y que puede generar estrés y/o tensión.<sup>63</sup>

Inicio de su esquema de vacunación: BCG y hepatitis B.<sup>67</sup>

El inicio del esquema de vacunación no se aplica a los bebés con peso menor de 2 kilogramos al nacer, una vez rebasado este peso se pueden vacunar.<sup>68</sup>

Los infantes son aptos para vacunarse al momento del alta cuando se encuentran clínicamente estables y con bajo riesgo de apneas.<sup>69</sup>

Vacuna BCG

- Previene la tuberculosis meníngea (infección del cerebro) y muerte.
- Es una vacuna que es inyectada en el brazo derecho.
- esta vacuna provoca como reacción en la piel una roncha que con los días forma pus, costra y deja una pequeña cicatriz. por lo que no debe de aplicar nada, sólo lave con agua y jabón.

#### Vacuna anti-hepatitis B

- Esta vacuna protege contra la hepatitis B. Esta infección se trasmite por las mamás infectadas a los hijos sin saberlo, por lo que se la debe aplicar para evitar que su hijo enferme.

## CONCLUSIONES.

---

- La formación académica de posgrado de enfermería en el neonato nos da la facultad de brindar cuidado especializado e individualizado al recién nacido a través de intervenciones de enfermería basadas en evidencia, las cuales nos permiten responder a las demandas de atención de enfermería especializada que requieren nuestra población más vulnerable; los neonatos.
- Se contó con el apoyo del personal de enfermería, médico y de inhala terapia de la unidad de cuidados de terapia intermedia del Hospital, y de la colaboración de su equipo de trabajo multidisciplinario para la realización y del logro de los objetivos del estudio de caso y de la aplicación de la metodología del proceso de atención de enfermera.
- Como punto de vista aún falta que surja el empoderamiento de enfermería, con esto me refiero a que al menos durante mi estancia como estudiante de este hospital de tercer nivel, no se toma como participe al profesional de enfermería de forma directa en el equipo multidisciplinario en la visita médica, con respecto a los cuidados de enfermería que se implementaron en el neonato, así como la respuesta que se presenta durante la ejecución de estas.

## ANEXOS.

---

### ANEXO 1.

Universidad Nacional Autónoma de México.  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de estudios de posgrado  
Especialidad de Enfermería del Neonato.



Declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo(a) \_\_\_\_\_ que se encuentra hospitalizado en el servicio de: \_\_\_\_\_ participe en el estudio de caso titulado;

\_\_\_\_\_

Así mismo declaro que el objeto del estudio es únicamente con fines de aprendizaje y que consiste \_\_\_\_\_ en:

\_\_\_\_\_

También expreso que me fueron explicados ampliamente los procedimientos de enfermería que se realizaran, así como los beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento y que los procedimientos que se realizan en el(ella) serán siempre protegiendo su integridad. Estos procedimientos son:

\_\_\_\_\_

Es de mi conocimiento que tengo la libertad de retirar a mi hijo(a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio.

Nombre:

~~Nombre y firma del padre o tutor.~~

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ  
ENFERMERÍA DEL NEONATO**



**INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL NEONATO CON EL MODELO DE VIRGINIA  
HENDERSON**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad gestacional (CAPURRO): \_\_\_\_\_ Peso al nacimiento: \_\_\_\_\_ Talla al nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Vía de nacimiento: \_\_\_\_\_ Semanas Gestación Corregidas: \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ DX Médico: \_\_\_\_\_  
Fecha de valoración: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MATERNOS:**

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_  
Idioma/dialecto: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_  
Toxicomanías: \_\_\_\_\_ Enfermedades: \_\_\_\_\_

Antecedentes Heredo-familiares:

Composición

Familiar:

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

Gestas: \_\_\_\_\_ Paras: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Control prenatal: SI ( ) NO ( )

#USG: \_\_\_\_\_ Número de consultas: \_\_\_\_\_ Vacunas: \_\_\_\_\_ Multivitamínicos: \_\_\_\_\_

Complicaciones durante la gestación:

**FACTORES DE RIESGO PERINATAL:**

**FACTORES DE RIESGO NEONATAL:**

Apgar: \_\_\_\_\_ Silverman: \_\_\_\_\_ Clasificación del neonato con Jurado García:

**SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRÍA**

FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ PB: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_ PIE: \_\_\_\_\_ Talla actual: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_

**1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Test de silverman: \_\_\_\_\_ pts Alterado; Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_ Llenado capilar: \_\_\_\_\_ seg  
SatO2: \_\_\_\_\_ %

Patron Respiratorio: Bradipnea ( ) Eupnea ( ) Taquipnea ( )

Coloración: Acrocianosis ( ) Cianosis ( ) Reticular ( ) Palidez ( ) Rosado ( )

Terroso ( ) Fase de ventilacion: Ninguna ( )

Fase I ( ): O2 indirecto ( ) Puntas nasales ( ) Casco Cefalico ( ) Mascarilla ( ) Lt/min: \_\_\_\_\_

Fase II ( ): Cpap ( ) Modalidad: \_\_\_\_\_

Fase III ( ):Tubo endotraqueal ( ) Modalidad: \_\_\_\_\_

Ruidos adventicios: No ( ) Estertores ( ) Sibilancias ( ) Estridor ( ) Murmullo vesicular ( )

Otro: \_\_\_\_\_

Presencia de secreciones: Si ( ) No ( ) Sitio: Apical ( ) Basal ( ) Ambos ( )

Coloracion Secreciones: Hialinas ( ) Blanquecinas ( ) Amarillas ( ) Verdosas ( ) Hematicas ( )

Caracteristicas de secreciones: Abundantes ( ) Espesas ( ) Liquidas ( ) Escasas ( )

Patron circulatorio: Taquicardia ( ) Regular ( ) Bradicardia ( )

Caracteristicas del pulso: Normal ( ) Salton ( ) Debil ( )

Presencia de pulsos: Carotideo ( ) Femoral ( ) Yugular ( ) Braqueal ( ) Temporal ( )

Altracion del pulso: Ninguna ( ) Arritmia ( ) Soplos ( )

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

## 2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Estado de Hidratación: Hidratado ( ) Deshidratado ( ) Vitalidad: Vigoroso ( ) Adinámico ( )

Piel turgente: SI ( ) NO ( ) Mucosa oral hidratada: SI ( ) NO ( )

Características del cabello: brillante ( ) opaco ( ) Presencia de Alopecia: SI ( ) NO ( )

Fontanelas: normotensas ( ) Abombadas ( ) hundidas ( )

Boca: Integra ( ) Con alteración ( ) Paladar: Integro ( ) Hendido ( )

Reflejo de succión: patrón inmaduro ( ) patrón transicional ( ) patrón maduro ( )

Reflejo de deglución: SI ( ) NO ( )

Coordinación succión-deglución-respiración: SI ( ) NO ( )

Presencia de trastornos digestivos: Nausea ( ) Vómito ( ) Regurgitación ( )

Ayuno: SI ( ) NO ( ) Días de ayuno: \_\_\_\_\_

Tipo de alimentación: Enteral SI ( ) No ( ) De que tipo: seno materno ( ) fórmula ( )  
\_\_\_\_\_

Uso de Fortificadores: SI ( ) No ( ) Uso de dispositivos: SOG ( ) SNG ( ) Gastrostomía ( ) Otro:  
\_\_\_\_\_

Parenteral SI ( ) No ( )

No. de veces de alimentación al día: \_\_\_\_\_ Horarios: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_ PA pre y post prandial: \_\_\_\_\_ Glicemia capilar: \_\_\_\_\_

Lactancia materna exclusiva: SI ( ) NO ( )

Uso de vitaminas o suplementos: SI ( ) NO ( ) Cuales: \_\_\_\_\_

Se muestra satisfecho después de la alimentación: SI ( ) NO ( )

Uso de medicamentos: SI ( ) NO ( ) Cuales: \_\_\_\_\_

Ingreso de líquidos vía oral: \_\_\_\_\_ Parenterales: \_\_\_\_\_

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

## 3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Abdomen: Simétrico SI ( ) No ( ) Abdomen: Plano ( ) Globoso ( ) Excavado ( )

Se observa red venosa: ( ) Asas intestinales ( ) Masa/Tumoración ( ) Localización: \_\_\_\_\_  
Ruidos Intestinales: Presente ( ) Ausentes ( ) Aumentada ( ) Disminuida ( ) Frecuencia \_\_\_\_\_  
A la palpación: Blando ( ) Depresible ( ) Dolor a la palpación: Si ( ) No ( )  
Perímetro abdominal actual: \_\_\_\_\_

A la percusión es sonido es Timpánico: \_\_\_\_\_ Mate : \_\_\_\_\_

Ubicación del Hígado: Borde inferior 2cm debajo del borde costal ( ) Otra ubicación: \_\_\_\_\_

A la palpación: Bordes romos ( ) Bordes irregulares ( ) Masas ( ) Dolor ( ) Ictericia: Si ( ) No ( )

Kramer \_\_\_\_\_

Patrón urinario

Eliminación espontánea: Si ( ) No ( )

Gasto urinario por hora \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas totales? \_\_\_\_\_

Color: Amarillo claro \_\_\_\_\_ Concentrada \_\_\_\_\_ Coluria \_\_\_\_\_ Hematuria \_\_\_\_\_

Olor: Suigeneris ( ) Amoniacó ( ) Fétido ( ) Dulce ( )

Labstix

\_\_\_\_\_

Presencia de globo vesical Si ( ) No ( ) Presencia de Sonda vesical: Si ( ) No ( )

EGO Si ( ) No ( ) Resultado:

\_\_\_\_\_

Patrón Intestinal

Ano esta permeable: Si ( ) No ( ) Eliminación intestinal: Frecuencia \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_

Color: Amarillo ( ) Verde ( ) Hematoquexia ( ) Melena ( ) Otro \_\_\_\_\_

Consistencia: Grumoso \_\_\_\_\_ Pastoso \_\_\_\_\_ Meconio \_\_\_\_\_ Líquida \_\_\_\_\_ Dura \_\_\_\_\_

Perdidas insensibles \_\_\_\_\_ Emesis : \_\_\_\_\_ Drenaje : \_\_\_\_\_

Sonda orogastrica: \_\_\_\_\_ Estomas : \_\_\_\_\_

Balance hídrico: Ingresos: \_\_\_\_\_ Egresos: \_\_\_\_\_ Total en 8 horas: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ Movimientos: Simétricos ( ) Asimétrico ( )

Posición: Supino ( ) Prono ( ) Cubito lateral ( ) Libre ( ) Forzada ( )

Sistema neuromuscular: Flexión ( ) Extensión ( ) Elasticidad ( )

Las articulaciones se mueven: Espontáneamente ( ) Espasticidad ( )

Fuerza: Normal ( ) Disminuida ( )  
Actividad: Activo ( ) Hipoactivo ( ) Reactivo ( ) Hiperactivo ( )  
Tono muscular: Hipotónico ( ) Normotónico ( ) Hipertónico ( )  
Características de los brazos: movimientos bilaterales ( ) Debilidad muscular ( ) Ausencia de miembros ( ) Fractura de clavícula ( )  
Características de la columna vertebral: Integra( ) Recta( ) Simétrica ( ) Contínua ( )  
Alteración: Con curvatura( ) Espina bífida ( ) Mielomeningocele ( ) Masa palpable ( )  
Posición: Recta ( ) Lordosis ( ) cifosis ( ) Escoliosis ( )  
Movimiento: Flexión ( ) Extensión ( ) Rotación ( )  
Características de la cadera:  
Ortolani: Positivo ( ) Negativo ( )  
Barlow: Positivo ( ) Negativo ( )  
Características de extremidades pélvicas: Simétricas ( ) Acortadas ( ) Con movimientos ( ) Ausencia de movimientos ( ) Pie equino varo ( )  
Alineación corporal: Si ( ) No ( )  
Dispositivos que dificulten el movimiento: CPAP ( ) Ventilación mecánica ( ) Casco cefálico ( )  
Acceso venoso periférico ( ) Onfalocclisis ( ) Otros:\_\_\_\_\_

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

---

---

## 5. NECESIDAD DESCANSO Y SUEÑO

Horas de sueño \_\_\_\_\_  
Sueño Profundo: Si ( ) No ( )  
Se despierta con estímulos suaves si ( ) no ( )  
Tarda en conciliar el sueño si ( ) no ( )  
Manipulación Mínima: Si ( ) No ( )  
Ruido: Si ( ) No ( ) Causado por: Monitores ( ) Personal ( ) Timbres/alarmas ( ) Puertas ( ) Otros ( )  
Iluminación: Natural ( ) Artificial ( ) Ambas ( )  
Hora de Penumbra: Si ( ) No ( ) Horarios: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
Factores que interfieren en el descanso del recién nacido: Irritabilidad: ( )  
Inquietud ( ) Estrés ( ) Dolor: Si ( ) No ( ) Fascies de dolor: \_\_\_\_\_  
Medicamentos: \_\_\_\_\_  
Tipo de colchón: Agua ( ) Antireflujo ( ) Convencional ( ) Gel ( )

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

**6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE; USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.**

Viste de acuerdo a su edad: Si ( ) No ( )  
Viste de acuerdo a su condición de salud: Si ( ) No ( )  
La ropa de cama está limpia y seca: Si ( ) No ( )  
Frecuencia del cambio de ropa: \_\_\_\_\_  
Utiliza prendas de vestir: Si ( ) No ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el tipo de tela de la ropa? Algodón ( ) Manta ( ) Franela ( ) Poliéster ( )  
¿Las creencias de los padres interfieren en el proceso de vestido?  
Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.**

Temperatura Axilar ( ) Rectal ( )  
Estado General  
Eutermico ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Fiebre ( )  
Coloración: Pálida ( ) Rubicunda ( )  
Lugar donde se encuentra en neonato:  
Incubadora ( ) Cuna radiante ( ) Bacinete/ Cuna abierta ( )  
Humedad de incubadora: \_\_\_\_\_  
Control de la temperatura de la cuna: Servocontrol ( ) Manual ( )  
Temperatura ambiental: \_\_\_\_\_  
Temperatura de la cuna radiante: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE TEGUMENTOS**

**ESTADO DE LA PIEL:**

Hidratada ( ) Integra ( ) Descamación ( ) Gelatinosa ( ) Delgada ( ) Gruesa ( ) Apergaminada ( )

Coloración: Rosada ( ) Pálida ( ) Cianótica ( ) Marmórea ( ) Terrosa ( )

Presencia de: Vértex caseoso ( ) Lanugo ( ) Millium ( ) Eritema tóxico ( ) Mancha mongólica ( )

Hematomas ( ) Petequias ( ) Otro ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Lesiones: Si ( ) No ( ) Localización: \_\_\_\_\_ Tipo de lesión \_\_\_\_\_

Textura: Suave ( ) Lisa ( )

Turgencia: conservada ( ) Disminuida ( ) Aumentada ( )

Mucosas: Hidratadas ( ) Deshidratadas ( ) Integras ( ) Rosas ( ) Pálidas ( ) limpias ( ) sucias ( )

Otro: \_\_\_\_\_

Accesos venosos: Si ( ) No ( ) Características: permeable ( ) Flebitis ( ) Extravasación ( )

Induración ( ) Sitio de inserción: Limpio ( ) Sucio ( )

Se realiza baño: Si ( ) No ( )

Tipo: Inmersión ( ) Esponja ( ) Solo aseo ( ) Uso de jabón: Si ( ) No ( ) Tipo de jabón: \_\_\_\_\_

Frecuencia de baño/aseo: \_\_\_\_\_

Muñón umbilical: Limpio ( ) Sucio ( ) Con sangrado ( ) Momificado ( )

Presenta datos de infección: Si ( ) No ( ) Eritema periumbilical ( ) Secreción purulenta ( ) Olor fétido ( )

Aseo del cordón umbilical: Frecuencia \_\_\_\_\_ con agua ( ) con alcohol ( ) Otro: \_\_\_\_\_

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

**9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

Glasgow modificado: ( ) puntuación.

Esquema de vacunación: BCG ( ) Hepatitis ( )

Tamiz metabólico: SI ( ) NO ( )

Resultados: \_\_\_\_\_

Tamiz auditivo: SI ( ) NO ( )

Resultados: \_\_\_\_\_

Escala del dolor: NIPS ( ) pts. Grave ( ) moderado ( ) leve ( )

Riesgo de caídas. Macdems ( ) pts. alto riesgo ( ) mediano riesgo ( ) bajo riesgo ( )

Piel: NSRAS ( )pts      alto riesgo( )    mediano riesgo( )    bajo riesgo( )

Fototerapia: SI ( ) NO ( )      Protección ocular/genital ( )

Dispositivos invasivos:

Catéter periférico: ( ) Sitio:\_\_\_\_\_ Fecha de instalación.:\_\_\_\_\_

Catéter central: Yugular( ) femoral( )      Picc( ) Fecha de instalación.:\_\_\_\_\_

Catéter umbilical: venoso( ) arterial( ) Fecha de instalación.:\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Sonda vesical: ( ) Fecha de instalación.:\_\_\_\_\_

Estudios de laboratorios (valores alterados):

Leucocitos: \_\_\_Neutrófilos: \_\_\_Linfocitos: \_\_\_Monocitos: \_\_\_Eosinofilos: \_\_\_Basofilos:\_\_\_

Hemocultivo: \_\_\_\_\_PCR:\_\_\_\_\_

Cultivo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ secreciones:

Urocultivo:

Estudios \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ gabinete:

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

\_\_\_\_\_

## 10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Estado de conciencia del recién nacido: Sueño profundo ( ) Sueño ligero ( ) Somnoliento ( )

Despierto/alerta ( ) Despierto/activo ( ) Irritable ( )

Apertura ocular al estímulo: Si ( ) No ( )

Alteración del sentido: Auditivo ( ) Visual ( ) verbal ( )

Llora: Si ( ) No ( ) Momentos/ Causas del llanto: \_\_\_\_\_

Visita de familiar: Madre ( ) Padre ( ) Otro:\_\_\_\_\_ Tiempo de visita: \_\_\_\_\_

Relación del binomio madre/padre- neonato: Contacto visual ( ) Contacto táctil/caricias ( ) Contacto verbal/le habla al bebé ( )

Cuidador: ¿Entiende el estado de salud de su bebé? Si ( ) No ( )

Tipo de familia: Nuclear ( ) Extensa ( ) Monoparental ( ) Homoparental ( ) Ensamblada ( )

¿Cómo es la relación entre los miembros de su familia?:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### 11. NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Religión que profesa: Católica ( ) Cristiana ( ) Testigo de Jehová ( ) Judío ( )

Mormón ( ) Otro especifique: \_\_\_\_\_

Prácticas religiosas habituales: \_\_\_\_\_

Asiste a algún templo religioso: Si ( ) No ( )

Con qué frecuencia asiste \_\_\_\_\_

Utiliza algún amuleto: Si ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_

Culto a una imagen o ícono religioso: \_\_\_\_\_

Realiza algún ritual religioso: \_\_\_\_\_

Creencias familiares: \_\_\_\_\_

¿Qué opina el cuidador acerca del estado de salud de su neonato?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## 12 .NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Práctica lactancia materna exclusiva: Si ( ) No ( ) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Cuántas veces en el turno: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Técnica de alimentación: Succión ( ) Forzada: ( ) \_\_\_\_\_

Presenta coordinación succión-deglución-respiración: Si ( ) No ( )

Realiza técnica de mamá canguro: Si ( ) No ( )

Cuánto tiempo por turno: \_\_\_\_\_ (NO) Porque: \_\_\_\_\_

El neonato recibe visita familiar: Si ( ) No ( )

Factores que limitan el vínculo padres e hijo:

Madre Hospitalizada: ( ) Empleo: ( ) Restricción de visita ( ) Familia- Hijos ( )

Interactúa el cuidador primario con el neonato: Si ( ) No ( )

¿Cómo? \_\_\_\_\_

Fue un embarazo planeado: Si ( ) No ( )

Fue un embarazo deseado: Si ( ) No ( )

El sexo del neonato es deseado: Si ( ) No ( )

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

\_\_\_\_\_

## 13. NECESIDAD DE RECREARSE

¿Edad Gestacional? (Si fue prematuro colocar edad corregida)

En neonato presenta signos de estrés:

Facies de dolor ( ) Extensión de extremidades ( ) Irritabilidad ( )

Alteración en signos vitales ( )

En qué actitud se encuentra el neonato: Organizado ( ) Desorganizado ( )

Se realiza estimulación temprana: Si ( ) No ( )

Masaje corporal ( ) succión no efectiva ( ) ejercicios en extremidades ( )

Estimulación vestibular ( ) musicoterapia ( ) arrullar al bebe ( )

Mecer con una cobija ( )

Tiempo que se le dedica a la estimulación: \_\_\_\_\_

Frecuencia que se le dedica a la estimulación: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## 14. NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LAS NECESIDAD

Valoración de los reflejos

- Succión:
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Deglución
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Búsqueda
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Prensión
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Moro
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Babinski
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Tónico-cervical
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Ascensión
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------
- Marcha
 

Presente ( )	Ausente ( )	Débil ( )	No valorable ( )
--------------	-------------	-----------	------------------

Valoración de Ballard

- ✓ Puntuación total \_\_\_\_\_
- ✓ Nivel de madurez \_\_\_\_\_ SDG

Observaciones

---



---



---

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)				
Condición física General	1. Edad gestacional ≤ 28 semanas.	2. > 28 semanas, pero ≤ 33 semanas.	3. > 33 semanas, pero ≤ 38 semanas.	4. > 38 semanas hasta postérmino.
Estado mental	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	3. Ligeramente limitado.  Letárgico.	4. Sin limitaciones.  Alerta y activo.
Movilidad	1. Completamente inmóvil.  No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	2. Muy limitada.  Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Ligeramente limitada.  Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones.  Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
Actividad	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.

Nutrición	1. Muy deficiente.  En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada.  Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	3. Adecuada.  Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente.  Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
Humedad	1. Piel constantemente húmeda.  La piel está mojada/húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda.  La piel está húmeda con frecuencia, pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda.  La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda.  La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

### ANEXO 3.

Neonatal Skin Risk Assessment Scale. Autoras: Huffines and Logdson.

< 13 pts Alto riesgo.

>13 pts sin riesgo.

ANEXO 4.

Escala PIPP (Prematura Infant Pain Profile)				
INDICADOR	0	1	2	3
Gestación.	>36 semanas	32 a <36	28 a <32	<28 semanas
Comportamiento (15 seg)	Despierto y activo Ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo Ojos abiertos sin movimientos faciales.	Dormido y activo Ojos cerrados con movimientos faciales.	Dormido e inactivo Ojos cerrados sin movimientos faciales.
Aumento FC(30 seg)	0-4 lpm	5-14 lpm	15 -25 lpm	>25 lpm
Disminución Sat O2. (30 seg)	0- 2,4%	2,5%- 4,9%	5-7,4%	>7,5%
Entrecejo Fruncido. (30 seg)	0-3 seg	3-12 seg	>12 -21 seg	>21 seg
Ojos Apretados. (30 seg)	0-3 seg	3-12 seg	>12 -21 seg	>21 seg
Surco Nasolabial. (30 seg)	0-3 seg	3-12 seg	>12 -21 seg	>21 seg

< 6 ausencia de dolor

7-12 moderado

>12 severo.

Escala Macdems.		
Edad.	Recién nacido	2
	Lactante menor	2

	Lactante mayor	3	ANAEXO 5.
	Escolar	3	
Antecedentes de caídas previas.	Si	1	0 -1 Bajo riesgo. 2-3 Mediano riesgo 4-6 Alto riesgo
	No	0	
Antecedentes.	Hiperactividad	1	
	Problemas neuromusculares.	1	
	Síndrome convulsivo	1	
	Daño orgánico cerebral.	1	
	Otros	0	
	Sin antecedentes.	0	
Compromiso de conciencia.	Si	1	
	No	0	

ANEXO 6.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
**SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ**  
**ENFERMERÍA DEL NEONATO**



Fecha:	Necesidad Alterada:	Rol enfermería:	Nivel de dependencia:
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza ( )	Falta de conocimiento ( )	Falta de voluntad ( )
Dx de enfermería:			
Objetivo:			
Intervención:	Dependiente( )	Independiente( )	Interdependiente( )
Actividades:	Fundamentación		
Evaluación:			

## LACTANCIA MATERNA.

Amamantar tiene beneficios para la salud de la madre y del niño, protegiéndolos de enfermedades

disminuye el riesgo de cáncer ovárico en la mamá



Contiene anticuerpos especiales que protegen de enfermedades como gripe, neumonía, diarreas, alergias y otras enfermedades.

Amamantar sin restricciones, cada vez que el bebé lo pida.

Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita que no tiene la fórmula.

Es de fácil digestión y evita el estreñimiento.

tú bebe crece y se desarrolla sano, fuerte e inteligente.

ANEXO 8.

**Succión débil.**<sup>15,16</sup>

Dificultad en el agarre del pezón.

**Agarre Correcto**

Nariz tocando el pecho

Agarre de toda la areola

Mentón pegado al pecho

Labio evertido

**SIGNOS DE ALARMA**

Irritabilidad- apariencia de hambre después de alimentarse

Difícil de despertar (adormilado), a pesar de generar estímulos.

**“SIGNOS DE ALARMA”**

Fontanela “mollera”: hundida

El vomito es la expulsión violenta por la boca.

Temperatura normal: 36.5 °C- 37.5°C

vomito color: rojo (Sangre) color amarillo o verde

**FIEBRE!!!**  
Mayor de 38 °C

## TÚ BEBÉ PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA <sup>17,18</sup>

Si los orificios de la nariz se abren al respirar, pueden indicar que una persona tiene problemas para respirar.

Fosas nasales normales Fosas nasales dilatadas



Si el pecho parece hundirse debajo del cuello y/o debajo del esternón con cada respiración

Si se oye un sonido de silbido agudo o musical con cada respiración

Si se puede observar un color azulado alrededor de la boca, dentro de los labios o en las uñas de los dedos

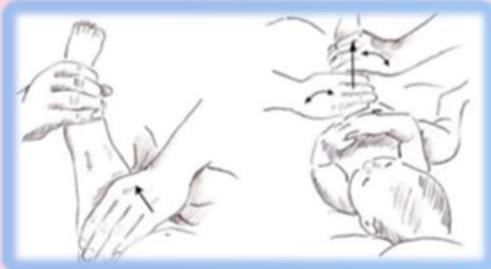


Si tu bebé tiene reparaciones (elevaciones del pecho) rápidas más de 60 por minuto.

# MASAJE PARA SU BEBÉ

¿Duración?  
El tiempo  
que su bebé  
tolere.

Suave compresión y torsión de piernas  
(empezando por muslos hasta tobillos)



Masaje suave en cejas

Suave compresión y torsión de manos.



Pequeña compresión y  
Rotamiento "molinillo" de cada  
dedo.



Masaje en circulo en mejillas



Rotamiento "molinillo" suave de  
dedos



Trace sonrisas en labio superior e inferior

## BIBLIOGRAFÍA.

---

1. Orozco O, Olvera S, Ortiz O, Moreno J. Factores asociados a la profesionalización de Enfermería en México. Revista Conamed [internet] 2015 diciembre [citado 12 nov 2017]; 20(4sup): p.1-2. Disponible: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/243/459>
2. Irigibiel U. Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. Index Enferm [Internet] 2010 diciembre [citado 12 nov 2017]; 19(4): p. 274,278. Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300009)
3. Burgos M, Paravic T. Enfermería como profesión. Revista Cubana de Enfermería. [internet] 2009 enero [citado 12 nov 2017]; 25(1-2): p. 2,5. Disponible:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010)
4. Sanabria T. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev. Cubana Educ Med Super[internet]. 2002[citado 12 nov 2017]; 16(4): p. 3 pantallas.
5. Martínez G, Olvera V, El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc[Internet]. 2011[citado 12 nov 2017]; 19(2):p. 105108. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeraimss/eim-2011/eim112h.pdf>
6. Cisneros G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Centro Provincial de Información Ciencias médicas de Artemisa. [Online].; 2005 [cited 2017 NOVIEMBRE 1. Disponible: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
7. González S. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Med Secur Trab (Internet). 2011 enero- marzo [citado 12 nov 2017]; 57(222): p. 15,22. Disponible<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1340/41741.pdf?sequence=1>.
8. Pérez H. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002 Agosto [citado 12 nov 2017]; 10(2): p. 62-66. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
9. Reina G. El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. UMBral científico [Internet]. 2010 diciembre [citado 12 nov 2017];(17): p. 18-23. Disponible: <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/PAE.pdf>

---

10. Despaigne P.C, Martínez B. E, García P.B. El proceso de atención de enfermería como método científico. Revista 16 de Abril. [internet] 2015 [citado el 20 octubre 2017]; 54(259): 91- 96.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15259j.pdf>

11. Ballesteros O, Cardiel M, Udaeta M, Villegas S, Fernández C, Flores N. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Rev Mex Pediatr [internet]2011[citado 2-11-17]; 78(Supl. 1); S3-S25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2011/sps111a.pdf>

12. J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler. Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neonatología[Internet]2008. [citado 2- 11- 17] p.306- 308. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>

13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Guía de referencia rápida GPC [Internet][citado 2- 11- 17] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/stati/cs/guiasclinicas/137GRR.pdf>

14. Morales B, Reina-Rios, Cordero G, Arreal G, Flores J, Valencia C, et al. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatol Reprod Hum [Internet]2015[citado 25 octubre 2017];29(4):168-79. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-protocolo-clinico-atencion-el-recien-S0187533716000078>

15. Material complementario/Enfermería comunitaria Fes Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 15. Available from: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>.

16. Fundación index. [Online].; 2010 [cited 2017 octubre 5. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>.

17. Henderson V. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 1961 [cited 2017 noviembre 19]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1340/41741.pdf?sequence=1>.

18. Llanio N. Perdomo G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica[Internet.]Tomo 1. La Habana:Ciencias Médicas;2003[consulta 20 octubre 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/2224261/Propedeutica-clinica-y-semiologia-medica-tomo-1>

19. Molina G.Perez C. Agama S. Soto Arreola. Eficacia de las intervenciones de enfermería dependientes en expedientes de queja médica de la

---

CONAMED.Revista CONAMED, [internet] 2015[citado 20 octubre 2017];20[1]:S21- S26. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/cons151d.pdf>

20. Universidad Nacional Autónoma de México. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre 20]. Available from: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/PAE.pdf>

21. Alvarado P, Cruz M. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enferm Univ*[Internet]. 2013[citado 8 diciembre 2017]; 10:105-11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-proceso-atencion-enfermeria-una-adolescente-S1665706313726368#bib0025>

22. Angulo E, García Insuficiencia respiratoria neonatal. *PAC Neonatología* 4. [Internet]2016[citado 4 dic 2017]libro 2; p 22- 23. Disponible: [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC\\_Neonato\\_4\\_L2\\_edited.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf)

23. Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev cubana Oftalmol* [Internet]. 2015 Jun [citado 2018 Ene 21]; 28( 2 ): 228- 233. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es).

24. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, [internet]2010[citado 28 dic 2017]:60. Disponible:[http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

25. Coloma O, Álvarez A. Manejo avanzado de la vía aérea. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2011;22(3):270-9. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-avanzado-via-aerea-S0716864011704266>

26. López RMC. Monitoria Neonatal. *Actual. Enferm.* 2006 AGOSTO; 9(1): p. 16-23. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-91/enfermeria9106-monitoreo/>

27. Balaguer A, Escribano J, Roqué M. Posición de los neonatos que reciben ventilación mecánica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD003668/posicion-de-los-neonatos-que-reciben-ventilacion-mecanica>

28. Quiroga A , Chattas G, Castañeda A, Ramírez Montes M, Iglesias A, Plasencia J, et al. Guía de practica clínica de termorregulación en el recién

---

nacido. SIBEN. [Internet]2010. [citado 28- 10- 2017] p:2- 6. Disponible en : [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso\\_termoreg.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/consenso_termoreg.pdf)

29. Angulo E, García Insuficiencia respiratoria neonatal. PAC Neonatología 4. [Internet]2016[citado 4 dic 2017]libro 2; p 92- 93. Disponible: [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC\\_Neonato\\_4\\_L2\\_edited.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf)

30. Villamayor R. “Oxigenoterapia en neonato” un problema aun no resuelto. *Pediatr.* Diciembre 2016 ;43(3):p. 237 – 245.Disponible: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v43n3/1683-9803-ped-43-03-00237.pdf>

31. Carapia CA.CPAP,instalacion, mantenimiento y cuidados.En: Dr. Cardona PJcoordinador. Programa de apoyo ventilatorio: modalidad cpap nasal.2da ed.Mexico:intersistemas;2016.p 37-41.

32. Carapia CA.Programacion de actividades de enfermería.En: Dr. Cardona PJ,coordinador. Programa de apoyo ventilatorio: modalidad cpap nasal. 2da ed.Mexico:intersistemas;2016.p 43-45.

33. Balaguer A, Escribano J, Roqué M. Posición de los neonatos que reciben ventilación mecánica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

34. Guido-Campuzano M, Ibarra-Reyes M, Mateos-Ortiz Mendoza-Vásquez. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. [Internet]2012[fecha de consulta 14 nov 2017]26(3):201- 206.Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a6.pdf>

35. Alba lactancia materna .org[internet]2013-2017[fecha de consulta 10-nov-17]. disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/>

36. Guía de referencia rápida: Diagnóstico y Tratamiento de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, México: Instituto Mexicano del Seguro Social;[Internet][citado 26-10-2017] disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-044-08/RR.pdf>

37. Angulo C. García E. Alimentación en el recién nacido. PAC Neonatología–4 .México.[internet]2016[citado 14 nov 2017]Libro 4 p. 34. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC\\_Neonato\\_4\\_L4\\_edited.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf)

---

38. Mari S. Alimentación enteral en neonatos. Revista de enfermería. [internet] 002 [citado 14 nov 2017] 008; p. 13. Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Alimentación%20enteral%20en%20neonatos.pdf>

39. Barbosa D, Dias E, Moraes L, Kakuda S, Medeiros B, Valentim C. Procedimientos de medición y verificación de posicionamiento de la sonda gástrica en recién nacidos:: revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem .2017;25:e2908. p. 5,8- 10. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2908.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2908.pdf)

40. De la Torre Mondragón L, Hernández Vez G. Estreñimiento funcional en pediatría. Acta Pediatr Mex 2014; 35:411- 422. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm145h.pdf>

42. Domínguez-Morales J, Orozco-Chávez EG, Arce- García IE. Manejo médico conservador del íleo meconial en recién nacido prematuro extremo. Rev. Esp Med Quir 2014; 19:507- 511. disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq144q.pdf>

42. García I. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediatr Mex [internet] 2011; 32(4):223- 230. disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/viewFile/494/493>

43. Rodríguez A. Cuidados centrados en el desarrollo del neonato prematuro: intervenciones dirigidas a optimizar el microambiente. [internet] 2015 [citado el 30 noviembre]. 7- 10. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/158346/1/TFGnegro.pdf>

44. Rivera V, Lara M, Herrera R, Salazar U, Castro G, Maldonado G. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol (Mex) [Internet] 2010 [citado 8 dic 2017] 10(3): 159- 162, 2011. disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113i.pdf>

45. Fernández Sierra, C, Matzumura Kasano, J, Gutiérrez Crespo, H, Zamudio Eslava, L, Melgarejo García, G. Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. Horizonte Médico [Internet]. 2017; 17(2):6- 13. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371651249002>

46. Spittle A, Orton J, Anderson P, Boyd R, Doyle L. Programas de intervención temprana del desarrollo después del alta hospitalaria para la prevención de trastornos motores y cognitivos en lactantes prematuros. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2012 [citado 11- nov 2017]. Disponible en: <http://>

---

[www.cochrane.org/es/CD005495/programas-de-intervencion-temprana-del-desarrollo-despues-del-alta-hospitalaria-para-la-prevencion](http://www.cochrane.org/es/CD005495/programas-de-intervencion-temprana-del-desarrollo-despues-del-alta-hospitalaria-para-la-prevencion).

47. Castellanos M, Vázquez Ruiz M, Madahi Palmaa, Ubaldoa L, Cervantes G, Rojas-Granados A., Escobar C. Desarrollo de los ritmos biológicos en el recién nacido. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]2013[fecha de consulta: 10 nov 2017]56(3):32- 33.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>

48. Guía de práctica clínica IMSS-362-10. Manejo del recién nacido prematuro sano en la sala de prematuros. [citado el 28 de noviembre] disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/362\\_GPC\\_ManejoRNprematuroensala/GRR\\_NacidoSanoPrematuros.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/362_GPC_ManejoRNprematuroensala/GRR_NacidoSanoPrematuros.pdf)

49. Module two - temperature. En: Karlsen K, The S.T.A.B.L.E Program, 6 th edición, Salt lake city, learner manual, 2013.p 61-91.

50. Vela M, Ibarra Fernández C, Belmont L. Fundamentos teórico-prácticos para la toma correcta de la muestra de sangre del talón para el tamiz neonatal. Acta Pediatr

Mex. 2012 noviembre- diciembre; 33(6): p. 274. Disponible: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=37707>

51. Chattás G. Extracciones de sangre: Punción capilar de talón. Enfermería neonatal. [internet][citado 12- nov- 17]25- 26.disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/EXTRACCIONES%20DE%20SANGRE.pdf>

52. Hernández N, Celorrio P, Lapresta M, Solano B. Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización. Enferm Infecc Microbiol Clin.[Internet]2014[citado 5 dic 2017];32(10):684.disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-fundamentos-antisepsia-desinfeccion-esterilizacion-S0213005X14001839>

53. Marques R, Ashley Neumann y Padoveze. Eficacia y efectividad del alcohol en la desinfección de materiales semicríticos: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [internet].2015[citado 2 noviembre 2017];23(4):741-52. disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169-rlae-23-04-00741.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00741.pdf)

54. Acosta, M. y Cabrera, N. (2016). Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. Revista UNIMAR, [citado 8 diciembre 2017]34(1), 193- 199.disponible en: [www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/1144/pdf](http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/download/1144/pdf)

55. Mata-Mendez, Salazar-Barajas. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.[internet]2009[citado 5 diciembre

---

del 2017]; 17 (1): 45- 54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>

56. Fonseca Canteros Marcelo. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Dic 30] ; 68( 3 ): 258- 264. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262016000300012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>.

57. Bustos Lozano. Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP:Neonatología[Internet]2008[citado el 5 diciembre del 2017] Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_1.pdf)

58. Márquez Doren Francisca, Poupin Bertoni Lauren, Lucchini Raies Camila. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm [Internet]. 2007 nov [citado 2017 Nov 13]; 16(57): 42- 46. Disponible en: [http://scielo.iiiii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200009&lng=es](http://scielo.iiiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200009&lng=es).

59. Atehortúa AS. La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales, [internet]2005[citado 10 nov 2017]: p 9. Disponible en:<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/150/1/EstimulacionNeonatoHospitalizado.pdf>

60. Egan F, Quiroga y Chattas G. cuidado para el neurodesarrollo. Revista de enfermería(4).[internet][citado 4 diciembre 2017] Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidadopara-el-neurodesarrollo.pdf>

61. Organización mundial de la salud. Lactancia materna. OMS 2018.[citado 7 enero 17].Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/)

62. Irene Botas Soto, Alejandro Ferreiro Marín, Bertha Soria Garibay. Deshidratación en niños. An Med (Mex)[Internet] 2011[citado: 17-10-17]19.10; 56 (3):146- 155.disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc113f.pdf>

63. Américo Durán Gutiérrez, Érika Alimentación difícil en el paciente neonato, el enfoque estomatológico. Revista Odontológica mexicana [internet]2012[citado:18- 10- 2017];16 (4): 285- 293. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2012/uo124i.pdf>

64. Mario Enrique Rendón Macías, Guillermo Jacobo Serrano Meneses. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Bol Med Hosp Infant Mex[Internet] 2011[citado: 19- 10- 2017];68(4):319- 327.

---

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2011/hi114j.pdf>

65. López HG, Valls ISA . Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. [Internet]2008. [citado 23-10-2017]305- 308. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>

66. Vimala S. Capítulo 8: Vamos a comenzar.Masaje infantil: guía práctica para el padre y la madre. 2º ed.barcelona:Medici;2002. p 85-145

67. Instituto mexicano del seguro social. Programa de salud del recién nacido[internet][citado 5 dic 2017]Disponible en: [http://www.imss.gob.mx/site/all/statics/salud/guias\\_salud/ninios/guianinos\\_reciennacido.pdf](http://www.imss.gob.mx/site/all/statics/salud/guias_salud/ninios/guianinos_reciennacido.pdf)

68. Vacuna contra la tuberculosis[internet].secretaria de salud.[citado 4-may-2017]disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/vacuna-bcg-contra-la-tuberculosis>

69. Arreola Ramírez G,et al.Estado de la vacunación en prematuros menores de 1500 g nacidos entre 2004 y 2007 en una institución de tercer nivel de atención.Perinatol Reprod Hum. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.03.00>