



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



ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE: HOSPITAL INFANTIL FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO:

**NEONATO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN
POR RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL A VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA
HUMANA**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO
DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**P R E S E N T A
LIC. ENF. GARRIDO NOYOLA CLAUDIA IVETTE**

ASESOR: E.E.N. ESPINOSA PÉREZ VITA

CUIDAD DE MÉXICO, 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.

ÍNDICE

I. Introducción.....	4
II. Objetivos.....	5
III. Fundamentación	
3.1. Antecedentes.....	6
IV. Marco conceptual	
4.1 Conceptualización.....	11
4.2 Paradigmas enfermeros.....	14
4.3 Modelo de Henderson.....	15
4.4 Proceso de Atención de Enfermería.....	22
V. Metodología	
5.1 Estrategia de Investigación: Estudio de caso.....	33
5.2 Selección del caso y fuentes de información.....	34
5.3 Consideraciones éticas.....	35
5.4 Factor de dependencia.....	39
VI. Presentación del caso	
6.1 Descripción del caso.....	48
6.3 Antecedentes de la persona.....	48
VII. Aplicación del Proceso de Enfermería	
7.1 Valoración.....	50
7.1.1 Valoración focalizada.....	52
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	56
7.1.3 Jerarquización de problemas.....	57
7.2 Diagnósticos de Enfermería.....	58
7.3 Plan de cuidados.....	60
8. Plan de Alta.....	104
9. Conclusiones.....	106
10. Sugerencias.....	107
11. Anexos.....	108

AGRADECIMIENTO

A la vida... por permitirme disfrutar de ella en todos los aspectos, dándome la oportunidad de cumplir cada uno de mis propósitos y deseos.

A mi familia: mi mamá, mi papá y mi hermano... quienes son lo mas valioso que tengo, quienes siempre están conmigo, apoyándome incondicionalmente. ¡Los amo!

A mis profesoras: Vita, Angy y Lupita... Toda mi admiración para ustedes, excelentes personas y profesionales, gracias por todo.

A los neonatos... por motivarme a cuidarlos con amor y responsabilidad, mis bebés!.

“Por mi raza hablará el espíritu”

I. INTRODUCCIÓN

El avance y el desarrollo del profesional de Enfermería ha estado en constante movimiento gracias a las bases de los modelos conceptuales los cuales representan un soporte teórico y científico del Cuidado Enfermero, la capacidad del profesional de lograr satisfacer las necesidades del individuo, familia y comunidades, solucionando problemas reales o interviniendo oportunamente en los problemas de riesgo que se puedan presentar, requiriendo de un pensamiento crítico, habilidades cognitivas, que constituyan las bases de una atención holística, creativa y eficaz hacia la atención, llevando un cuidado sistematizado con un Proceso de Atención de Enfermería, el cual ha sido valorizado como el sustento de la práctica profesional de Enfermería.

El Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson es conocido y adoptado por el Consejo Internacional de Enfermería por ser coherente con los valores culturales y emplear la comprensión para describir sus conceptos, la construcción es abierta lo cual, permite adoptarlo a las variantes del estado de desarrollo del individuo, su estado de salud, variantes culturales y sociales, conceptúa al ser humano como biopsicosocial y espiritual, reconoce a la persona como capaz de ocuparse de cumplir sus necesidades de acuerdo a la edad, propicia un desarrollo de vida sano, integra la participación de la familia y el personal de salud, proponiendo un método de solución de problemas y permite la flexibilidad de adecuarse al Proceso de Atención de Enfermería.

El presente trabajo tiene la finalidad de presentar un Estudio de Caso a un neonato sano con riesgo de transmisión vertical a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), basándose en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y el Modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson, valorando cada una de las 14 necesidades, detectando dependencia e intervenir eficaz y oportunamente, así como mantener en independencia las necesidades, involucrando a la madre en el cuidado de su recién nacido en el hogar y cubrir las necesidades psicológicas y sociales alteradas que el estado de VIH positivo afecta. Dichas intervenciones son fundamentadas científicamente Basado en la Evidencia.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar estudio de caso a un neonato a término sano con riesgo de transmisión vertical a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), aplicando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que permita al neonato lograr su independencia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar al neonato en base al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Elaborar diagnósticos de enfermería con juicio profesional y fundamentado para responder a las respuestas humanas del neonato.
- Realizar un Plan de Cuidados individualizado para cubrir las necesidades en dependencia del neonato fundamentando científicamente y basado en la evidencia las intervenciones y actividades realizadas a la atención.
- Evaluar el Plan de Cuidados aplicado.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES

El estudio de caso como método de investigación cualitativa, lo menciona Martínez PC (Julio 2016) en donde Yin, define que el estudio de caso es un método de investigación centrado en el estudio holístico de un fenómeno contemporáneo, es decir, contextualizado, orientado al caso, resistente al reduccionismo y al elementalísimo, que lo que pretende, es la comprensión más que las diferencias con otros y que se utiliza, cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claros.¹

Se encuentra otra conceptualización de Stake, quien lo definió como el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.

Esta metodología que se empleó para la realización del trabajo, integra las bases científicas basadas en evidencia, la práctica profesional de enfermería teórica y práctica, dirigida con el método del Proceso de Atención de Enfermería y la interacción con la teoría de Virginia Henderson, para proporcionar el cuidado especializado a un neonato que requiere atención de enfermería de manera holística para cubrir sus necesidades y llevarlo a un nivel de independencia de acuerdo a su estado de desarrollo.

Se realizó la consulta de artículos relacionados con la propuesta filosófica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades, el proceso de atención de enfermería aplicados al neonato y al factor de dependencia: transmisión vertical de VIH. Dicha literatura se consultó en bases de datos como Pubmen, Scielo, Medigraphic, Medline, Revista de Enfermería Neonatal, Elseiver, Redalyc, con una fecha de anterioridad de 5 años a la fecha, sin embargo, hubo la necesidad de ampliar el margen de fecha, utilizando palabras clave como: Virginia Henderson, Necesidades

¹ Martínez PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y gestión. Bogotá, Colombia. Julio 2016; 20:165-193.

en independencia, dependencia, transmisión vertical de VIH, Proceso Atención Enfermería, Neonato riesgo VIH.

Se encontraron 6 artículos, de los cuales 2 son relacionados con la transmisión vertical, 3 al cuidado del niño expuesto, 1 hace referencia a la lactancia materna como riesgo de transmisión de VIH, se encontró una Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH, 1 Programa de acción específico de la Secretaría de Salud y un Estudio de Caso en Colombia.

A continuación, se realiza el análisis de la bibliografía encontrada:

El estudio de caso en Colombia, describe el cuidado de enfermería en el hogar, a una madre con VIH/SIDA y su recién nacido durante el postparto, basado en las cinco categorías de la Teoría de Kristen Swanson, donde se realizó la visita domiciliaria para seguimiento, en donde realizaron un proceso de atención de enfermería basado en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, trabajo en donde se menciona la experiencia de la madre ante el cuidado de su bebé, los conflictos emocionales y culpa que le causan la posibilidad de que su hijo pueda estar infectado con VIH, la responsabilidad de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, el actuar de enfermería se proporcionó de manera integral al binomio en su domicilio.²

El artículo de Montero L, en Venezuela, se plantea como objetivo diseñar un plan de acción con estrategias educativas como eje fundamental del cuidado enfermero hacia la gestante que vive en condición de VIH/SIDA, para la prevención de la transmisión vertical, mencionan la importancia de que el personal de enfermería debe estar altamente capacitado e informado para intervenir desde el momento de la gestación a promover la salud, el autocuidado y limitación de los riesgos para prevenir la transmisión vertical, educando a la gestante en los cuidados en el embarazo, el uso de antirretrovirales, el cuidado del recién nacido en el hogar, la importancia de adherencia al tratamiento, la vacunación y sin olvidar la identificación

² Arévalo C. Cuidados de enfermería en el hogar a una madre con VIH/SIDA y su recién nacido durante el postparto: Un estudio de caso. Universidad Nacional de Colombia, 2014.

de situaciones emocionales y nivel de cultura y aprendizaje, creando estrategias de acción que cubran todas las necesidades para la mujer y su hijo.³

Verissimo de Oliveira y colaboradores, realizaron un estudio retrospectivo descriptivo con enfoque cuantitativo en Brasil en 2012, en donde caracterizan el perfil de puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo y condiciones de nacimiento de los recién nacidos, con la finalidad de promover la formación de recursos humanos en acciones de aprendizaje, enseñanza e investigación, buscando la excelencia en la atención integral y humanizada a la salud de la mujer y del recién nacido, dentro de su estudio, mencionan las condiciones de nacimiento y características del recién nacido como somatometría, edad gestacional, APGAR y problemas respiratorios que se llegaron a presentar con más frecuencia, es importante conocer dichos datos para la intervención oportuna, mencionan los cuidados inmediatos y mediatos como la limpieza de la piel del recién nacido para remover fluidos o sangre materna durante el parto, los cuidados del cordón umbilical, la ministración de antirretrovirales y la suspensión de la lactancia materna, refieren que es fundamental que la madre sea bien orientada por el personal de salud respecto a los cuidados de salud de ella y su bebé durante el puerperio.⁴

La Sociedad Española de Pediatría emite las recomendaciones para el seguimiento de los niños sanos expuestos al VIH por transmisión vertical, en donde incluyen el tratamiento y profilaxis durante la gestación, el manejo en la sala de partos, el tipo de lactancia, la profilaxis antirretroviral neonatal, el diagnóstico de la infección por el VIH, las comorbilidades en la época neonatal, la toxicidad a corto y a medio plazo, las inmunizaciones y otras medidas profilácticas y el seguimiento a largo plazo.⁵

³ Montero L, Colmenares Z, Reina R, Montero Y. Estrategia educativa como eje fundamental del cuidado enfermero hacia la gestante que vive en condición de VIH/SIDA para la prevención de la transmisión vertical. *Enfermería Global*; 2009.

⁴ Verissimo de Oliveira MI, Andrade MG, Bezerra JC. Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo y las condiciones de sus recién nacidos. *Enfermería global* No. 28; octubre 2012, (425-438)

⁵ Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al Virus de Inmunodeficiencia Humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. *Anales de Pediatría*. Junio 2012; 7(6): 313-378.

En el artículo de Fonseca CE y Prieto F, en Colombia se hace la revisión de los aspectos principales en la atención de la mujer infectada con VIH y su hijo expuesto, desde el diagnóstico y los criterios para comenzar el tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante la gestación, parto/cesárea y el manejo del recién nacido con terapia antirretroviral, los distintos escenarios en los que se puede encontrar la madre y su hijo y la forma de prevenir la transmisión vertical, con la terapia farmacológica y la suspensión de la lactancia materna, el seguimiento médico para el control y prevención de riesgos por toxicidad de los antirretrovirales.⁶

Carolino MM y colaboradores, en su estudio de revisión sobre el rol del personal de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH, menciona la importancia de la capacitación de las enfermeras para intervenir en la educación a la madre para la interrupción de la lactancia materna, así como el apoyo psicológico que necesita ante esta práctica considerada socialmente como un acto de amor maternal que trae muchos beneficios para la madre y el recién nacido, principalmente mediante la protección contra infecciones, además de promover el crecimiento y el desarrollo, en la cual, el binomio se priva de recibir los beneficios, pudiendo crear un conflicto psicológico y despertar sentimientos negativos ante el cuidado del recién nacido.⁷

Alvarenga WA y Dupas G, en Brasil, realizan una investigación cualitativa utilizando el interaccionismo simbólico, realizando entrevistas a cuidadores principales del recién nacido expuesto a VIH, siendo las principales madres y abuelas, sobre la experiencia que ellas tienen ante el cuidado del recién nacido en el hogar, los datos los agrupan en 4 categorías, una de ellas es la experiencia solitaria de la administración de terapia antirretroviral del niño, en la que mencionan las cuidadoras que aprecian esta terapia como parte fundamental de la prevención por lo que sienten la responsabilidad de administrarla en los horarios establecidos y

⁶ Fonseca CE, Prieto FE. Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56(1) :68-81

⁷ Carolino MM, Andrade F, Ávila IA, Magaldales E. El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. Bucaramanga Enero 2012; Rev Cuid 3(1).

aunque en ocasiones carecen de información sobre los efectos secundarios o alguna duda sobre el medicamento, siguen los lineamientos para su uso, otra categoría es la que abarca los cuidados generales incluyendo la profilaxis contra neumonía, la aplicación de vacunas y la suspensión de la lactancia materna, los cuidadores hicieron referencia que en ocasiones establecieron barreras para el cuidado, pues temían aumentar el riesgo de infección al proporcionar caricias, besos, el estar menstruando, etc., sintiéndose culpables, pues el hijo es percibido como un ser saludable, la categoría social hace referencia al querer omitir el diagnóstico materno y el riesgo potencial de la transmisión al recién nacido, para evitar la discriminación y rechazo por la sociedad y la última categoría hace referencia a las ilusiones de los cuidadores por querer que el diagnóstico de VIH en el niño sea negativo, refieren tener ansiedad, tristeza, miedo y duda, ante estas sensaciones, se refugian en la religiosidad y espiritualidad, manteniendo la esperanza de que la salud prevalecerá en su bebé.⁸

Es a partir del análisis de estos artículos que se obtiene información sobre la transmisión vertical de VIH, la situación psicológica y social en la que se encuentra la familia, y las condiciones del neonato, para que de esta manera se pueda comenzar con la realización de un Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson, para crear intervenciones que cubran las necesidades del neonato con exposición a VIH, garantizando un cuidado integral y de calidad sustentado en un ejercicio profesional de Enfermería.

⁸ De Andrade W, Dupas G. Experiencia de cuidado al niño expuesto al VIH: una trayectoria de expectativas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. sept.-oct. 2014;22(5):848-56

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Enfermería se ha descrito a través del tiempo como la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, atendiendo las respuestas humanas reales o potenciales de la persona, familia y/o comunidades abarcando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del individuo sano o enfermo en las etapas del ciclo vital y en todos sus procesos de desarrollo.

El cuidado del ser humano es la esencia de enfermería. Se ha afirmado que el cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies, como hecho innato de los seres humanos por preservar su mundo; buscando su bienestar y continuidad de la misma, es por ello que somos el resultado del cuidado que ejercen los unos sobre los otros a través de la historia.

Los cuidados que aporta Enfermería y cómo lo hace, han ido variando por múltiples factores. Estas diferencias observadas en los cuidados enfermeros se manifiestan de forma diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, la percepción de la salud-enfermedad para cada cultura o grupo social.⁹

En una etapa premoderna se pensó a la mujer como cuidadora de los hijos, la familia y responsable de la conservación de la especie. Consideraban que el éxito del bienestar se centraba en todas las actividades de la vida que favorecían el cuidado del cuerpo como: comer, beber, bañarse, vestirse, levantarse, andar. Era la mujer mayor, quien, por su experiencia, poseía los conocimientos y habilidades del cuidado y era su deber transmitir a sus predecesoras dichos conocimientos obtenidos de la observación y práctica. De esta manera surgen las curanderas/parteras en donde se requería de todos los conocimientos en la etapa de gestación, el momento del parto y el cuidado de los recién nacidos.

Desde entonces los cuidados se asociaban a la calidad innata de ser mujer.

⁹ Matesanz MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: Una aptitud constante. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):243-60

En la edad Media cuando el cristianismo fue declarado como religión, se obligó a un cambio de pensamiento. Al creerse el cuerpo como algo pecaminoso y que el sufrimiento físico debía existir para compensar la carga del pecado, las mujeres y su cuerpo visto como inmoral se refugiaban en los conventos recién creados, a partir de ese momento las mujeres consagradas pasaban a ser las cuidadoras de los enfermos en los hospitales, para mantenerse ocupadas y alejarse de los malos pensamientos, de esta manera acrecentarían cada vez más su lista de indulgencias, para poder pagar el hecho de ser mujer. Posteriormente se inició el reclutamiento de mujeres laicas, pobres, quienes veían en esta actividad la manera de suplir sus necesidades básicas de comida, hospedaje y vestido y las mujeres de la alta clase social, podían sentirse útiles y sobre todo ser caritativas en el ejercicio de estas funciones. Dichas mujeres debían ser provistas de una vocación de servicio y amor por los pacientes, de entrega total y absoluta con dedicación a su labor.

Los médicos descubrieron que las responsabilidades adquiridas les creaba la necesidad de entrenar a estas mujeres con escasos conocimientos de medicina, quienes cumplirían actividades delegadas por ellos para la recuperación de los enfermos. Ellos decidían que era conveniente enseñarles y ellas aprovechaban sus capacidades de observación, su gran inteligencia y habilidad adquirida con el tiempo, para crecer y avanzar en su campo profesional. Mientras estas mujeres fortalecieron los avances de la medicina, su labor estaba desprovista de cualquier reconocimiento social, fue hasta el siglo XX cuando son reconocidos los derechos de las mujeres, son incluidas en el sistema laboral y obtienen un pago por su trabajo.

Es en la etapa moderna, donde se reconoce la importancia y la necesidad de las enfermeras en los hospitales. Pero este no fue un hecho espontáneo, fue causado por la presencia de las guerras, donde el sistema económico, volcaba sus intereses en la preservación de la vida de los combatientes y no existía recurso humano suficiente que los salvaguardara. Es entonces el momento de Florence Nightingale, quien partiendo de sus amplias habilidades en otras áreas del conocimiento hace visible un modelo de atención empleado con los soldados heridos en el combate de la guerra de Crimea.

Es ella la responsable de hacer visible la enfermería y dar más valor a las actividades realizadas, deja los cimientos de su profesionalización, revoluciona con la evidencia de la necesidad de un cuerpo de conocimientos propios, establece la primera teoría de enfermería, avanza en la investigación científica y el uso de herramientas objetivas para mostrar el impacto que tiene el cuidado en los individuos.

Ethel Gordon Manson luchó por el reconocimiento social de enfermería como profesión que exige un entrenamiento formal, y demanda un registro obligatorio en cada estado. De esta manera se dio mayor reconocimiento a la formación profesional y se impidió el ejercicio de las personas que practicando las funciones de enfermería nunca se habían capacitado para ello.

Con estas luchas ya ganadas el trabajo de enfermería no ha parado de cosechar y hoy no es un oficio sino una Disciplina Profesional.¹⁰

La clasificación de las disciplinas tiene que ver con las consideraciones filosóficas del conocimiento. Con relación a Enfermería se puede afirmar que esta tiene sus partes componentes tanto científicos como aspectos relacionados con el arte y la tecnología. Es una disciplina que no fue creada por sí misma, surgió dentro del contexto de otras disciplinas y como en la familia de las disciplinas cada una de ellas representa conocimiento e independientemente desarrolla marcos teóricos, estas evolucionan y están sujetas a revisión por fusión, extinción, multiplicación de sus miembros y nueva conceptualización. Enfermería como disciplina está sujeta a cambios que tienen como raíz la modificación de su estructura conceptual.

Las disciplinas académicas tradicionales se caracterizan por tener un cuerpo de conocimientos sólido y probado, técnicas adecuadas, inquietudes de interés y grandes logros científicos. Estas disciplinas académicas incluyen ciencias tales como física, biología, sociología, matemáticas, entre otras. La meta de las

¹⁰ Vesga LM. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. Revista CUIDARTE, Colombia 2012; 3(1):410-415

disciplinas académicas es conocer sin tener en cuenta si el conocimiento es puro o aplicado y sus teorías son de naturaleza descriptiva.

Las disciplinas profesionales tales como el derecho, medicina y enfermería, dirigen sus metas hacia el logro y utilidad práctica y por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivo y prescriptivo. Se caracterizan por que son las que ejecutan la aplicación directa del conocimiento en el sentido práctico. Estas disciplinas tienen necesidad de conocer y trabajar a partir de las teorías descriptivas, en adición a las prescriptivas. Para su desarrollo son necesarias, la investigación básica y la aplicada por que cada disciplina tiene una meta profesional diferente que delimita el campo de acción y su perspectiva.

Las disciplinas profesionales representan en general, ciencias aplicadas más que puras. Están dedicadas a la aplicación del conocimiento con el fin de lograr utilidad social. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento. Sin embargo, son ciencias y tienen interés en la sistematización y expansión del conocimiento.¹¹

4.2 PARADIGMAS ENFERMEROS

Con el fin de precisar su propia área de investigación y de práctica, enfermería se ha desarrollado en enfermeras teorizadoras, quienes describen a través de grandes corrientes de pensamiento llamados paradigmas, los principales conceptos que son su razón de ser, interactúan entre sí y tienen gran influencia sobre las concepciones de la disciplina. Los conceptos: cuidado, persona, salud y entorno están presentes explícita o implícitamente en escritos de enfermeras teóricas, los relacionan y es entonces que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

- **PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN**

Este paradigma se orienta hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Este paradigma ha inspirado a enfermería a una orientación hacia la

¹¹ Durán de Villalobos Ma. M. Disciplina de Enfermería. En Universidad Nacional Autónoma de México. Teorías y modelos de enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología; Marzo 2011.

salud pública, relación de la persona y la enfermedad y posteriormente a una orientación centrada en la enfermedad unida a la práctica médica.

- **PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN**

Este paradigma va en relación con la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integra el contexto en el que se sitúa un fenómeno. El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente interviniendo a fin de responder a sus necesidades no satisfechas.

- **PARADIGAMA DE LA TRANSFORMACIÓN**

Debido al cambio continuo e interacción de los fenómenos donde existe una interacción simultánea y cada fenómeno es único e irrepetible, el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Enfermería debe continuar trabajando en el ámbito de nuevos conocimientos, en la utilización de la vía transdisciplinar de la transformación, cambios en la atención al proceso, mejoras en condiciones espacio-temporales, inducir a la búsqueda de la información y de nuevos conocimientos, vinculando está en la comunicación educativa. Con ello aportará con eficiencia y eficacia mejoras a las demandas de la población.¹²

4.3 MODELO DE HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street

¹² Martínez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108

Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora.

INFLUENCIAS

Henderson recibe su primera influencia de Annie W. Goodrich quien contemplaba a la Enfermería como “una actividad social mundial”, una fuerza creativa y constructiva en la sociedad y daba un valor importante al “significado ético de la Enfermería”. A partir de ella se infiere que Henderson elaboró el concepto de autonomía en la práctica liberándola de la imagen de anexo de la medicina y ponderando el valor del trato humano que se da al paciente. Aprecia la importancia de las relaciones humanas e integra sus conocimientos para conceptualizar el cuidado individualizado de Enfermería.

Carolina Stackpole y Jean Broadhurst ambas profesoras de la Universidad de Columbia, basaban su enseñanza de la fisiología en el principio que la salud depende de mantener la linfa constante alrededor de la célula. De ellas, Henderson adquiere el enfoque analítico de todos los aspectos de la asistencia y del tratamiento, considerando que la definición de Enfermería debe de incluir el principio del equilibrio emocional (psicológico) y que este es inseparable al fisiológico.

Del psicólogo Edward Thorndike de la Universidad de Columbia quien elaboró las leyes del aprendizaje, del ejercicio y la del efecto, a partir de estos principios se deduce que Henderson retoma el valorar al individuo en cuanto a que tiene o no voluntad, conocimiento y fuerza para satisfacer sus necesidades individuales y detectar oportunamente la insatisfacción de las necesidades con el fin de saber el tipo de intervención que requiere el paciente (de suplencia, como auxiliar o como compañera) para obtener o recuperar su independencia.

Aunque Henderson no menciona influencia directa a A. Maslow se deduce que tuvo cierto grado de participación. Maslow jerarquizó las necesidades considerando que

algunas prevalecen sobre otras y parecería que de aquí Henderson enunció las 14 necesidades.

Además de estas influencias, Henderson vió el trabajo George G. Deaver fisioterapeuta que realizaba programas cuyo objetivo era reafirmar la independencia del paciente, misma que retoma como sinónimo de salud. Esto influyó en Henderson para definir su concepto de persona en donde quizás también lo retomó para justificar que el paciente no requería siempre una intervención de suplencia total por parte de Enfermería, al ver que el proceso de rehabilitación implicaba grados diferentes de ayuda.

Ida Orlando conocida como Pelletier, Enfermera psiquiátrica, mencionó que la Enfermería más eficaz implica una observación e interpretación continua del comportamiento del paciente, mismo que el que aprueba la interpretación que hace la Enfermera de su necesidad esta juzga la eficacia de la acción según el grado de satisfacción de la necesidad por parte de la persona. Parecería que Virginia Henderson fundamentó su definición de la relación Enfermera paciente en donde deja claro la importancia de una adecuada valoración de las capacidades y deficiencias reales del paciente para satisfacer sus necesidades.¹³

Dada la experiencia profesional, la preparación académica e influencias que ejercieron en ella diversos profesionales de salud de distintas ramas, V. Henderson observó que el individuo es un todo, la integración de cuerpo y mente que se relaciona con el exterior para satisfacer sus necesidades fundamentales.

V. Henderson describe a enfermería como “La única función de una enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”.¹⁴

¹³ Delgado M, Hernández CM, Ostiguin RM. Fundamentos filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4(1).

¹⁴ Barroso Z, Torres JM. Fuentes Teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como un ser biopsicosocial. Rev Cubana Salud Pública 2001;27(1):11-8

CONCEPTOS Y DEFINICIONES PRINCIPALES

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y desarrollo, según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Continuum independiente-dependencia: Es importante evaluar las capacidades del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. Así, se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

I N D E P E N D E N C I A	1 El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	2 Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	3 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	4 Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis	5 Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	6 Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades	D E P E N D E N C I A
---	---	--	--	--	--	---	---

Fuente: Phaneuf M. El proceso de atención de enfermería. Madrid España. McGraw Hill. Interamericana.

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia.

- Falta de fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.
- Falta de conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Esta teórica hace un estudio cuidadoso de las necesidades básicas del paciente e identifica catorce de ellas que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería, las cuales son:

1. Respirar.
2. Comer y beber.
3. Eliminar residuos corporales.
4. Movimiento.
5. Descanso y sueño.
6. Elegir las prendas de vestir y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal mediante la selección de las ropas y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar en tal forma que sintamos satisfacción por ello.
13. Participar en las actividades recreativas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la manera que conduzca a un desarrollo y una salud normal y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁶

De este modo se observa la inclusión no solo de las necesidades básicas para conservar la vida como ser biológico, sino que incursiona en la satisfacción de necesidades psicológicas y de la vida social del individuo, a partir de la definición de estas necesidades la enfermera determina los cuidados que deben brindarse a las personas y a su entorno.

Rol de la enfermera: Se establecen 3 niveles en la relación enfermera-paciente:

- Enfermera como sustituta del paciente: actúa como sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, conocimiento o voluntad.
- Enfermera como auxiliar del paciente: La enfermera ayuda a que el paciente recupere su independencia.
- Enfermera como compañera del paciente: La enfermera supervisa y educa al paciente, pero es él quien realiza su propio cuidado.¹⁵

SUPUESTOS

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos. En este supuesto ella explica que la atención no solamente la necesita el individuo enfermo, si no que se extiende al individuo sano con la función de evitar que pierda la salud a través de prevención y promoción de la salud.

La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario. La enfermera está capacitada para decidir y ayudar a los individuos sanos o enfermos, a la familia y/o comunidad a la solución de sus problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan, la enfermera puede y debe diagnosticar si la situación lo requiere. La enfermera interviene con sus actividades a las respuestas humanas de la persona dentro de un plan médico para la obtención de la salud del individuo, colaborando con un equipo multidisciplinario sanitario.

¹⁵ Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. Edit: Elsevier. España;2011

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales. La enfermera posee conocimientos que adquiere en su proceso de desarrollo académico y le da la posibilidad de aplicar a la realidad de cada persona o grupo los cuidados necesarios; siendo estos cuidados de manera integral, abarcando aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas. Este supuesto se relaciona con el anterior por su formación en las ciencias biológicas y sociales que le permiten analizar las esferas afectadas y no quedarse solo en la observación y análisis, sino que este conocimiento hace posible la aplicación de la práctica para ayudar al individuo o familia en la satisfacción de las necesidades humanas afectadas.

METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

- Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La define también como el mayor grado de independencia, con la capacidad física, de voluntad y conocimiento para cumplir las 14 necesidades básicas.
- Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo. Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.
- Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. El paciente y su familia conforman una unidad.
- Enfermería: La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método de atención profesional y su aplicación fundamenta la práctica diaria de la enfermera, procedimiento que parte de la aplicación del método científico, permitiendo a los profesionales de Enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.¹⁶

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunidad.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Las ventajas de la utilización del PAE, tiene repercusiones positivas para la profesión, el paciente y la enfermera, ya que existe una interacción constante para lograr el objetivo ejerciendo una enfermería profesional escudada en normas de calidad y fundamentos científicos, el paciente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería, él puede ser participe en su propio cuidado dependiendo su estado de desarrollo, mejora y continua la calidad de su cuidado mediante la educación y acompañamiento del personal enfermero y para el profesional se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las habilidades y capacidades que enfermería debe poseer al usar el proceso de enfermería se pueden dividir en 3 categorías: cognitiva (pensamiento, razonamiento), psicomotora (hacer) y afectiva (sentimientos, valores).¹⁷

¹⁶ Brena VM, Cruz I, Contreras JC. Proceso enfermero aplicado a paciente prematuro con síndrome de distrés respiratorio. Salud y Administración. 2015; 2(6): 17-38

¹⁷ Ramírez A. Proceso de Enfermería; lo que si es y lo que no es. Enfermería Universitaria. 2016;13(2):71-72

CARACTERÍSTICAS DEL PAE

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El PAE consta de 5 etapas: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, las cuales se describirán a continuación.

VALORACIÓN

Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona. Su objetivo es captar en cada momento la situación de salud en la que se encuentra el paciente, así como su respuesta a la misma.

La valoración es un proceso planificado, no es improvisado que requiere tener un método sistemático para su realización, inicia cuando el paciente entra en contacto con enfermería y continúa durante todo el tiempo que se presta dicha atención, en todas y cada una de las etapas del PAE. La valoración requiere una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

TIPOS DE VALORACIÓN

- Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en el primer contacto con la persona. Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.
- Valoración continua, posterior: Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Tiene como objetivo recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas, realizar revisiones y actuaciones del plan, obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud
- Valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona, específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Etapas de la valoración:

1. Recogida de datos
2. Evaluación de los datos obtenidos y emitir un juicio clínico
3. Registro de la información

RECOGIDA DE DATOS

El objetivo es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, esta información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera, debemos clasificarla y estar ordenada de forma coherente y complementaria, facilitando el análisis de los datos.

TIPOS DE DATOS

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

- Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente, nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

FUENTES DE DATOS

Fuente primaria: El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos y objetivos pertinentes.

Fuentes secundarias: Son todas las demás que no sean el propio paciente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria más información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

LA OBSERVACIÓN: es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente de un esfuerzo y un método organizado, se realiza con la vista, sin embargo, se realiza a través de todos los sentidos. Debe estar organizada de manera que no se omita nada importante, siguiendo un orden especial, es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

LA ENTREVISTA CLÍNICA: Es una comunicación programada o una conversación que se realiza con un propósito de dar información, identificar problemas. Existen 2 tipos de entrevista:

Entrevista formal: consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

Entrevista informal: Es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro objetivos:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

PARTES DE LA ENTREVISTA

- Inicio: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista, o se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

LA EXPLORACIÓN FÍSICA: se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. Se realiza siguiendo un orden, explorando de manera céfalo-caudal o por aparatos y sistemas. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las

características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, mates, hipersonoros, timpánicos.
- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio.

VALIDACIÓN DE DATOS

Significa que la información que se ha reunido es verdadera. Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado.

REGISTRO DE LOS DATOS

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma , tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.¹⁸

DIAGNÓSTICO

Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería.

Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.¹⁹

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir, aunque sea una milésima de independencia. Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

¹⁸ Iyer, PW. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamarticana.1997.

¹⁹ North American Nursing Diagnosis Association.2010

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

TIPOS DE DIAGNÓSTICO

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- De riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. Utiliza la frase "Disposición para mejorar", no contienen factores relacionados.
- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un

acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

PLANEACIÓN

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

ETAPAS DE LA PLANEACIÓN

- Establecer prioridades en los cuidados: Selección, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados en medida que serán resueltos.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados: Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario, así como los cuidados proporcionados. Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último, es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería: Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el

impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. El tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
 - Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.
 - Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.
- Documentación y registro: El plan de cuidados de enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado, la ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de

problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.^{20,21}

²⁰ Carolina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico, Bogotá 2010; 17:18-23.

²¹ Bellido JC, Lendinez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

La secuencia de la realización fue:

- La búsqueda de información y revisión bibliográfica para la construcción de una base teórica que fundamente el quehacer de la disciplina profesional de enfermería.
- La elección del paciente hospitalizado en un servicio de un hospital de tercer nivel con un problema que es de interés para el estudiante de la Especialidad de Enfermería del Neonato durante la práctica académica.
- Se informó a la madre y padre del paciente el interés sobre proporcionar el cuidado a su hija y el objetivo de la realización del estudio de caso, aclarando las dudas que surjan y proporcionar el consentimiento informado que debe de firmar para continuar con el proceso, de igual manera, la autorización para seguimiento vía telefónica, en el cual se explica que la información solo será utilizada para fines académicos. (Anexo 1).
- Se realizó la entrevista clínica de manera formal a la madre y el padre para la obtención de información que será de utilidad para el desarrollo del estudio de caso.
- Se realizó la valoración inicial mediante la exploración física de manera céfalo-caudal, utilizando la inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Se realizó la valoración focalizada al neonato de acuerdo con las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, utilizando un instrumento de valoración hecho por los estudiantes de la especialidad. (Anexo 2).
- Se organizaron y analizaron los datos obtenidos para priorizar las necesidades en dependencia.
- Se hizo la búsqueda de información sobre el factor de dependencia y cuidado de enfermería en bases de datos confiables e información basada en evidencia.
- Se formularon los diagnósticos reales, de riesgo y bienestar en formato PES, de acuerdo a las necesidades alteradas.

- En la etapa de planeación se desarrollan los objetivos esperados con el plan de cuidados adecuados para cada necesidad alterada, tomado en cuenta el grado de dependencia, independencia e identificando las funciones de la enfermera y las fuentes de la dificultad.
- Se ejecutaron los cuidados de acuerdo con el plan de atención de cada necesidad alterada, fundamentando con información basada en evidencia dichas intervenciones.
- Se evalúa constantemente las respuestas del neonato a las intervenciones del Plan de Cuidado durante su estancia en hospitalización.
- Se da seguimiento al estado de salud del neonato vía telefónica, ya que es egresado del servicio por mejoría.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se selecciona a un neonato femenino hospitalizado en el servicio de Terapia Intermedia en el Hospital General de México con diagnóstico médico de Recién nacido a término de 38 semanas de gestación. Peso Adecuado para Edad Gestacional, con exposición perinatal a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Se obtuvo información de fuentes primarias y secundarias durante la hospitalización del neonato y al egreso del paciente, solo por fuente secundaria.

Fuentes primarias:

- Valoración inicial, focalizada y de seguimiento mediante la observación y exploración física de manera cefalo-caudal y las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, utilizando el instrumento de valoración antes mencionado.

Fuentes secundarias:

- Obtención de datos mediante la entrevista clínica a la madre y el padre del paciente.
- Revisión del expediente clínico del neonato.

- Conversaciones con equipo multidisciplinario implicados en la atención del recién nacido (enfermeras, médicos y trabajadoras sociales).
- Llamadas telefónicas con la mamá cuando el paciente ya se encontraba en su domicilio.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ley General de Salud

Se revisó la Ley general de Salud en Materia para la Investigación para la Salud, en la cual en el título primero artículo 6º, menciona que las Secretarías de Salud y de Educación Pública podrán celebrar convenios con las instituciones educativas para que se realice investigación en salud sin perjuicio de autonomía cumpliendo con los lineamientos establecidos. Así mismo en el artículo 7º, establece que se debe promover, impulsar y apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas para fomentar las actividades de investigación.

En el Título segundo, capítulo I establece que toda investigación en seres humanos como objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, privacidad y bienestar, la investigación deberá desarrollarse siempre y cuando se ajuste a principios científicos y éticos que la justifiquen, se fundamentará en investigaciones previas, se deberá contar con un consentimiento informado (artículo 20) proporcionando previa información sobre la temática y realización de investigación, será por escrito y con aceptación del sujeto de investigación, con conocimiento y firmas de dos testigos, además que toda investigación deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes (artículo 14).

Dentro de la investigación se considera la probabilidad de sufrir algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, lo cual, dentro de este estudio de caso se consideran las siguientes clasificaciones:

- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

En el capítulo III, se hace referencia a la investigación a menores de edad o incapaces, a estas investigaciones deben anteceder estudios realizados a personas de otras edades y en animales inmaduros, excepto cuando se trate de estudiar condiciones que son propias de la etapa neonatal o padecimientos específicos de ciertas edades.

El consentimiento informado deberá obtenerse de la autorización de quienes ejerzan la patria potestad, en este caso, los padres del neonato.²²

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

La Norma tiene por objeto actualizar y uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto a las actividades de prevención y el control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. Se establecen asimismo los aspectos principales para la detección, atención, tratamiento y control del VIH y SIDA en un marco de confidencialidad, siendo una disposición de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones y personal del Sistema Nacional de

²² REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet], Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Salud involucrado en la atención a las personas que viven con el VIH y SIDA. Las autoridades responsables de hacerla cumplir de manera directa son el CENSIIDA y los programas estatales de prevención y control del VIH y SIDA.²³

El cuidado representa una actitud profesional buscando enaltecer la dignidad del enfermo como persona humana y miembro del cuerpo social mediante una adecuada planificación, organización y control de la provisión de los tratamientos más oportunos, seguros y eficaces para la recuperación del enfermo.²⁴

Los cuatro principios fundamentales de la enfermería son:

- Promover la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

La bioética constituye una nueva disciplina que sirve de puente entre las ciencias y las humanidades y hace énfasis en dos aspectos:

- 1) la ética implica siempre una acción acorde con estándares morales y
- 2) la ética humana no puede ser separada ya de una comprensión realista de la ecología, entendida en su más alta acepción, de manera que los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos.

Los principios éticos que deben de ser aplicados son cuatro:

Principio de beneficencia: se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien.

²³ NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Internet], Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010

²⁴ Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: conceptos y principios prácticos aplicados al arte del cuidado. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez;67(6):873-80

Principio de la no maleficencia: se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

Principio de la justicia: encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

Principio de autonomía: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son.²⁵

²⁵ Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología. 2015; 28(2): 228-233

FACTOR DE DEPENDENCIA: TRANSMISIÓN VERTICAL: VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que infecta linfocitos T del sistema inmunitario, causando una reducción progresiva de su número y con el tiempo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

ETIOLOGÍA

La literatura describe cinco formas principales de transmisión del VIH: Contacto sexual, Transmisión perinatal, Transfusión sanguínea por exposición a sangre o hemoderivados, Accidente laboral biológico y Uso compartido de jeringas por usuarios de drogas intravenosas (UDI).

Transmisión perinatal:

En los últimos años el número de mujeres infectadas con VIH ha venido en aumento, al aumentar el número de mujeres infectadas, se incrementa en consecuencia el riesgo de casos de transmisión perinatal.

La transmisión vertical puede ocurrir durante el embarazo, en el momento del parto y durante el proceso de lactancia. El riesgo de transmisión transplacentario es del 5%-6% representando el 30% de la transmisión vertical; intraparto el riesgo aumenta de un 13%-18%, mecanismo que constituye un 60% de la transmisión vertical y finalmente por medio de la lactancia materna, se genera el 10% de la transmisión vertical, representando un riesgo del 12%-14%.²⁶

FISIOPATOLOGÍA

La patogénesis en el caso de la infección intrauterina parece ser secundaria a diversos procesos, como microtransfusiones de sangre materna que terminarían en la circulación fetal o infección secuencial de las diferentes capas placentarias, al

²⁶ López P, Sierra A. Transmisión materno fetal del VIH – SIDA. CCAP ;13(7):35-44

igual que se asocia al paso transplacentario del virus en condiciones como corioamnionitis, infección de células trofoblásticas que expresan receptores CD4. Es importante mencionar que los factores de riesgo de mayor peso en el proceso de transmisión intrauterina están definidos con la presencia de altas cargas virales de VIH en la madre y el inicio tardío, después de la semana 28, de la terapia antirretroviral en la gestante.

En cuanto a la transmisión intraparto, es la forma que más aporta infección vertical del VIH. Se conoce que los partos por vía vaginal ofrecen mayor riesgo de infección, debido a aspiración de secreciones vaginales; además, es sabido que el VIH presenta una compartimentalización en ciertos fluidos, representando niveles de carga viral distintos a los encontrados en sangre materna. Adicionalmente, con la infección de células de placenta, contacto con sangre materna e infección ascendente del tracto vaginal, se explicaría el riesgo aumentado de transmisión cuando las membranas uterinas se rompen más de cuatro horas antes del parto.

La transmisión por la leche materna posee un papel primordial que ha sido claramente demostrado y se calcula en un 27% cifra que se incrementa al 29% en madres que han adquirido la infección posnatalmente. El mayor riesgo de transmisión se da en aquella madre con infección recientemente adquirida, debido a la elevada carga viral del síndrome retroviral agudo materno; sin embargo, el riesgo existe mientras se presente exposición a la leche materna (75% para los primeros seis meses de edad). Se asocian adicionalmente a esta ruta de transmisión factores como la presencia de macrófagos infectados por virus con tropismo por correceptores CCR5 en el calostro y en leche temprana, la ausencia de IgM anti-VIH e IgA en este líquido, y la compartimentalización del VIH entre la sangre y la leche materna que no hace posible su predicción por las viremias plasmáticas, a pesar de una adecuada administración de terapia antirretroviral.

Finalmente, factores ambientales tales como el tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de sustancias psicoactivas y otros factores socioculturales pueden afectar la incidencia de transmisión al recién nacido al verse implicada la capacidad de

compromiso de la gestante con la toma adecuada y responsable de sus medicamentos.²⁷

En la transmisión vertical intervienen diversos factores, entre los que se encuentran: estadio de la infección en la madre, carga viral, cuenta de linfocitos CD4, infección aguda durante la gestación, infecciones concomitantes, realización de procedimientos invasivos y la administración de tratamiento antiviral durante el embarazo. Las madres con SIDA avanzado y bajas cuentas y porcentajes de CD4 son más propensas a transmitir la infección al producto, debido a que la carga viral aumenta conforme disminuyen las tasas de linfocitos CD4. La transmisión vertical disminuye claramente con el tratamiento antirretroviral materno, cesárea programada, ausencia de ruptura de membranas, e instauración de terapia antirretroviral profiláctica durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal.

CUADRO CLÍNICO

Durante las primeras semanas después de la infección por el VIH aparece fiebre, malestar general, linfadenopatías, y erupciones cutáneas en un 40% a 90% de los casos. Estos síntomas se manifiestan antes que la prueba de anticuerpos sea positiva. Sin embargo, la infección por el VIH aguda a menudo no es reconocida por los clínicos de atención primaria porque los síntomas se asemejan a aquellos de la gripe, la mononucleosis infecciosa y otras enfermedades víricas.

Después de la fase aguda, los individuos infectados pueden estar libres de los signos o los síntomas clínicos durante muchos meses o años. Sólo después de este período aparecerán otras manifestaciones clínicas. Estas manifestaciones incluyen infecciones oportunistas y ciertos cánceres, que se presentan en la medida que el sistema inmunitario se debilita progresivamente por la infección por el VIH. Se ha calculado que, en ausencia de tratamiento, más del 90% de los individuos infectados por el VIH desarrollarían SIDA.

²⁷ Rodríguez P. Evaluación y manejo de la exposición perinatal al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Rev Soc Bol Ped 2011; 50(3): 216-219

En el neonato sólo en un bajo porcentaje de aquellos casos expuestos y con infección por el VIH presentan algunos datos clínicos típicos de infección por el VIH, y cuyo inicio de presentación es habitualmente a partir del tercer mes de vida e incluyen presencia de linfadenopatías, esplenomegalia y hepatomegalia. El retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor son comunes en el primer año de vida en los niños con infección por el VIH, por lo que la revisión meticulosa de estos puntos debe ser prioritaria en los niños expuestos al virus y que aún no se ha descartado la infección.²⁸

DIAGNÓSTICO

LABORATORIO: TAMIZAJE PRENATAL, PRUEBA DE ANTICUERPOS ESTANDAR

El anticuerpo contra el VIH es detectable en más del 95% de los pacientes, dentro de 3 meses después de contraer la infección. Los resultados negativos NO descartan la posibilidad de una infección reciente.

Todas las embarazadas deben ser examinadas para detectar la infección por el VIH como parte del tamizaje básico de pruebas en la primera visita prenatal o preconcepcional, a menos que la paciente rechace la prueba (tamizaje universal con derecho a rechazarlo).

Para las subpoblaciones de personas en mayor peligro, normalmente definido sobre la base de características conductuales, clínicas, o demográficas se recomienda una segunda prueba de VIH cercana al término de la gestación y antes de las 36 semanas.

Las pruebas de detección reactivas deben ser confirmadas por una prueba suplementaria.

²⁸ Damasceno K, Dos Prazeres A, Araujo C, Leite M, Netto V. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/SIDA en fortaleza, Ceará Brasil. Salud colectiva. 2013; 3 (9).

PRUEBAS RÁPIDAS

Las mujeres que no han recibido atención prenatal y no se les ofreció orientación y pruebas de detección del VIH son uno de los grupos con alto riesgo de transmisión del VIH a sus hijos.

En todas las mujeres en trabajo de parto cuyo estado de VIH es desconocido, debe realizarse la prueba rápida de VIH.

En todas las mujeres en trabajo de parto que tienen una prueba rápida para VIH reactiva, debe recomendarse el inicio de la profilaxis antirretroviral apropiada, sin esperar el resultado de una prueba confirmatoria.

Los beneficios de la profilaxis antirretroviral neonatal son mayores cuando se inicia <12 horas después del nacimiento. La prueba rápida debe hacerse cuanto antes en el trabajo de parto y el parto o después del parto para iniciar profilaxis antirretroviral neonatal (ARV) oportunamente.

LABORATORIO PRUEBAS NEONATALES

El diagnóstico de infección por el VIH en los niños menores de 18 meses requiere el uso de pruebas virológicas, ya que el empleo de pruebas de detección de anticuerpos (serología) no determina el estado de infección en esta población, debido a que los anticuerpos maternos que atraviesan la placenta no desaparecen completamente de la sangre de algunos lactantes hasta los 18 meses de vida.

Las dos pruebas virológicas más usadas son las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de DNA del VIH-1 y PCR de RNA del VIH-1 (carga viral).

La PCR de DNA detecta células asociadas al DNA pro-viral y la PCR de RNA detecta el RNA del virus en plasma. Ambas pruebas tienen elevada sensibilidad y especificidad a partir de las 4 a 6 semanas de vida.

La infección se puede excluir presumiblemente con dos resultados negativos de las pruebas virológicas, habiendo sido tomada la primera a las 2 o más semanas de vida y la segunda al primer mes o más de edad. La infección se excluye definitivamente con dos pruebas virológicas negativas, siendo la primera al primer mes o más de edad y la segunda al cuarto mes o más de vida. Los niños expuestos al VIH, requieren pruebas virológicas durante varios meses para excluir definitivamente el diagnóstico de VIH, estas pruebas virológicas se deberían realizar a los 14 a 21 días de vida, 1 a 2 meses y 4 a 6 meses.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Puede esperarse que el tratamiento con antirretrovirales reduzca la replicación vírica en la madre, llevando a una disminución en la carga vírica en el lactante y/o profilaxis durante y después de exposición al virus. El Efavirenz está contraindicado durante el embarazo debido a la preocupación por su eventual teratogenicidad.

Para las mujeres diagnosticadas con VIH durante el embarazo y elegibles para el tratamiento con medicamentos antirretrovirales, el tratamiento debe iniciarse cuanto antes. El inicio del tratamiento puede retrasarse hasta después del primer trimestre. Sin embargo, cuando la mujer está severamente enferma, los beneficios del tratamiento pesan más que cualquier riesgo potencial al feto.²⁹

Los beneficios de la cesárea en la prevención de la transmisión vertical del VIH aún no son claros; se considera que la cesárea por sí sola no tiene un efecto preventivo significativo, pero combinada con el uso de medicamentos antirretrovirales y llevada a cabo de manera electiva, sin trabajo de parto ni ruptura prematura de membranas previas, reduce el riesgo de transmisión vertical. Otras medidas que ayudan a disminuir la transmisión madre-hijo son: el escrutinio de la infección durante las consultas de control prenatal, la asesoría a la embarazada sobre su infección y los

²⁹ Organización panamericana de la salud. Infecciones perinatales transmitidas de la madre a su hijo. 2008; Centro panamericano de Perinatología. CLAP/SMR - Publicación Científica N°1567

riesgos para su producto, la profilaxis antiviral al momento del parto y en el recién nacido, y la supresión de la lactancia materna.

Todos los recién nacidos expuestos al VIH deben recibir profilaxis con zidovudina, para disminuir la transmisión perinatal; este debe iniciarse lo más cercano al nacimiento, idealmente antes de las primeras 12 horas de vida y continuarse hasta el día 42 de vida (6 semanas) a una dosis de 2mg/kg/dosis por vía oral cada 6 horas en los recién nacidos mayores a 35 semanas de gestación y en los < 35 semanas a una dosis de 2mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas las primeras 2 semanas para continuar cada 8 horas a partir de la segunda semana. En aquellos recién nacidos en quienes no se pueda administrar el medicamento por vía oral, se debe administrar una dosis de zidovudina de 1.5mg/kg/ dosis por vía intravenosa. Es importante hacer notar que aquellos recién nacidos que son atendidos después de las 48 horas de vida pueden no beneficiarse de la profilaxis postexposición. El efecto secundario más frecuente es anemia, aunque también puede presentarse neutropenia y elevación de enzimas hepáticas. La decisión de discontinuar la profilaxis por los efectos secundarios, antes cumplir las 6 semanas; deberá ser tomada en conjunto con el especialista en enfermedades infecciosas. Si el resultado de la prueba de PCR es positiva para el VIH se debe continuar con zidovudina e iniciarse el tratamiento con medicación antirretroviral combinada. El principal motivo por qué no se usa monoterapia como tratamiento es que esta práctica favorece el desarrollo de resistencia por parte del virus. (Ver cuadro 1 y 2)

PROFILAXIS EN EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH VIA PERINATAL.
(Cuadro 1)

TODO RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH DEBE RECIBIR PROFILAXIS LO MAS TEMPRANO POSIBLE, IDEALMENTE A LAS 6 HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA		
ARV	DOSIS	DURACIÓN
ZIDOVUDINA (ZDV)	RN ≥35 semanas de edad gestacional al nacimiento: -4 mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas; iniciar lo antes posible entre las 6 y 12 horas del nacimiento. Si no es posible usar la vía oral, ZDV 3 mg/kg/dosis IV cada 12 horas, iniciar entre 6 y 12 horas después del nacimiento.	Del nacimiento a las 4 a 6 semanas (se recomienda la profilaxis durante 6 semanas; considerar 4 semanas cuando existe control virológico de la madre sostenido)
ZIDOVUDINA (ZDV)	RN >30 a <35 semanas de edad gestacional al nacimiento: 2mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas ó (1.5mg/kg/dosis IV); iniciar lo antes posible , idealmente entre 6 y 12 horas al nacimiento. Avanzar a partir de los 15 días de vida extrauterina a 3mg/kg/dosis VO ó (2.3mg/kg/dosis IV) cada 12 horas.	Del nacimiento a las 6 semanas
ZIDOVUDINA (ZDV)	RN <30 semanas de edad gestacional al nacimiento: 2mg/kg/dosis vía oral cada 12 horas ó (1.5mg/kg/dosis IV); iniciar lo antes posible , idealmente entre 6 y 12 horas al nacimiento. 3mg/kg/dosis VO ó (2.3mg/kg/dosis IV) cada 12 horas a las 4 semanas de vida.	Del nacimiento a las 6 semanas
PROFILAXIS PARA EL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH VÍA PERINATAL CUANDO LA MADRE NO RECIBIÓ PROFILAXIS ARV ANTEPARTO. INICIAR LO ANTES POSIBLE.		
NEVIRAPINA (NVP) + ZDV	Con Peso al Nacer de 1.5 A 2 KG: - 8 mg/dosis VO	Tres dosis en la primera semana de vida: 1) Dentro de las primeras 48 horas del nacimiento. 2) 48 horas después de la primera. 3) 96 horas después de la segunda.
	Con Peso al Nacer >2 KG: - 12 mg/dosis VO	

FUENTE: Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Guía de Práctica Clínica.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO EXPUESTO A LA INFECCIÓN PERINATAL DEL VIH. (Cuadro 2)

EDAD	PROFILAXIS ARV	DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR VIH	ESTUDIOS DE LABORATORIO	OBSERVACIONES
0 A 48 HORAS	Iniciar Profilaxis ARV de acuerdo a la carga viral materna	Considerar PCR RNA-VIH si la CV materna es elevada	- Biometría hemática y transaminasas - Investigar infecciones oportunistas	Los niños expuestos NO deben recibir lactancia materna. La PCR RNA-VIH en esta edad no es indispensable, puede haber falso positivo. Requiere repetir en tiempos establecidos
14 A 21 DÍAS	Continuar profilaxis 4 a 6 semanas de acuerdo a la carga viral materna	Realizar PCR RNA VIH	Evaluar toxicidad ARV con Biometría hemática y transaminasas	Requiere una nueva prueba virológica para descartar o confirmar la infección por el VIH.
1 A 2 MESES (4 A 8 SEMANAS)	Continuar profilaxis 4 a 6 semanas de acuerdo a la carga viral materna	Realizar PCR RNA VIH	Evaluar toxicidad ARV con Biometría hemática y transaminasas	Iniciar profilaxis para neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> al terminar la profilaxis ARV
4 A 6 MESES	No requiere	Realizar PCR RNA VIH	Evaluar toxicidad por TMP/SMX* con Biometría hemática	Evaluar suspender profilaxis para neumonía por <i>P. jirovecii</i> al descartar infección por el VIH. Se descarta infección por el VIH con dos estudios virológicos negativos en muestras diferentes. Si se confirma infección con dos estudios positivos debe recibir tratamiento ARV por un experto.
18 MESES	No requiere	Realizar ELISA-VIH	No requiere	Comprobar desaparición de anticuerpos maternos. Con resultado negativo se descarta infección del niño expuesto al VIH.

FUENTE: Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Guía de Práctica Clínica.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

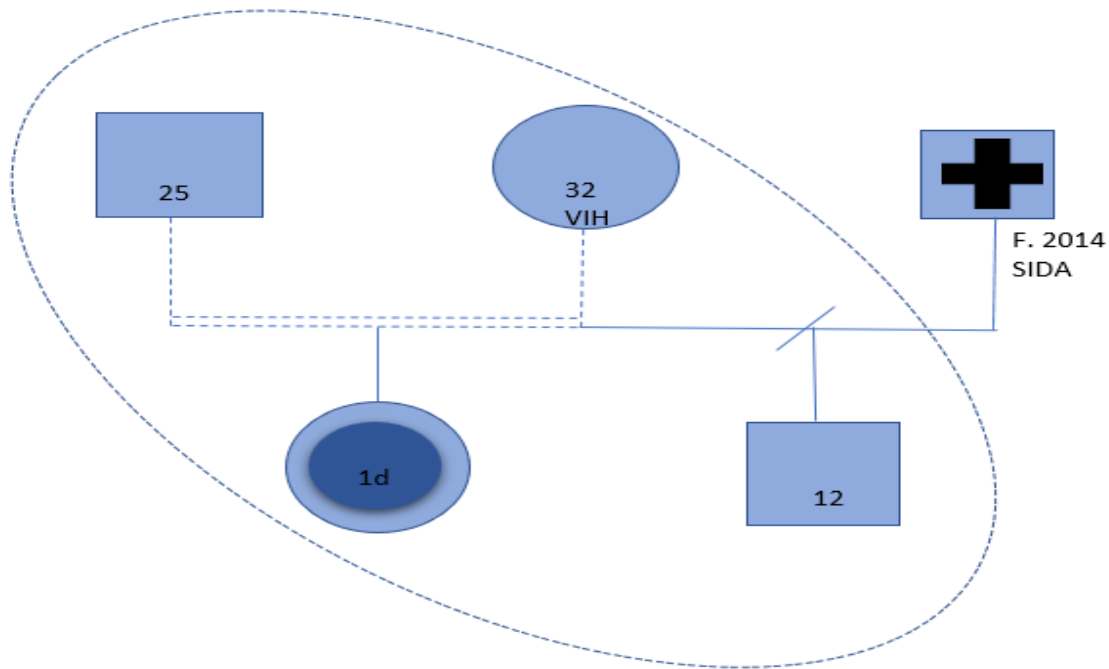
Se trata de recién nacido femenino quien nació el día 10 de Octubre de 2017 vía abdominal con 38.2 semanas de gestación por CAPURRO, peso al nacer de 2,500 gr, APGAR 9/9, Silverman 0, al nacimiento se proporcionaron maniobras básicas de reanimación neonatal con adecuada transición a la vida extrauterina con la siguiente somatometría: perímetro cefálico 33cm, perímetro torácico 29cm, perímetro abdominal 29 cm, perímetro braquial 10 cm, segmento superior 24 cm, pie 7 cm y talla 51 cm, con diagnóstico médico al nacimiento de: Recién nacido de término, peso adecuado para edad gestacional, Hijo de madre con VIH positivo por lo que se traslada a servicio de Terapia Intermedia para mantener en observación y comenzar con terapia antirretroviral profiláctica.

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

ANTECEDENTES FAMILIARES

Recién nacido de 1 día de vida extrauterina hospitalizada en el servicio de Terapia Intermedia es hija de madre de 32 años de edad, escolaridad secundaria quien se dedica al comercio en una tienda de materias primas, fue diagnosticada con VIH el 14 de Marzo del 2014, tiene un hijo de 12 años producto de su primer pareja, quien fue diagnosticado con VIH y falleció en Agosto 2014 con diagnóstico médico de SIDA, actualmente la madre se encuentra en unión libre con el padre de la recién nacida, de 25 años de edad, desconoce hemotipo, aparentemente sano con prueba ELISA resultado negativo hace 4 meses, escolaridad Licenciatura en Ingeniería en sistemas computacionales, estudiante de posgrado quien se dedica también al negocio familiar, habitan en casa rentada construida de materiales perdurables, cuentan con servicios de luz, agua y drenaje, zoonosis negadas, hábitos higiénicos adecuados, tipo de familia nuclear.

FAMILIOGRAMA



ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gesta 2, Parto 1, Cesárea 1, sin control prenatal, asiste a 2 consultas de urgencia en Hospital General por amenaza de aborto en el primer trimestre, 3 ultrasonidos (no especifica fechas) reportando aparentemente normales, inmunización con toxoide tetánico, ingesta de ácido fólico y sulfato ferroso desde el primer trimestre, hemotipo 0 positivo, niega toxicomanías, en tratamiento con Atripla (Efavirenz, Emtricitabina y Tenofivir) por VIH positivo, durante la gestación refiere cervicovaginitis en el tercer trimestre tratado con óvulos y metronidazol, a un mes previo de la cesárea cursa con infección de vías urinarias sin especificar tratamiento, previo al inicio de la gestación con carga viral indetectable y CD4 600, no cuenta con estudios de carga viral durante la gestación. El día 10 de Octubre 2017 acude a urgencias por presentar trabajo de parto en fase activa a las 37.1 SDG por FUM, por lo cual se programa cesárea debido al riesgo perinatal que se presenta, se proporciona anestesia general con fentanyl, obteniendo producto único vivo.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

HABITUS EXTERNO

El día 11 de Octubre 2017 se encuentra en el servicio de Terapia Intermedia recién nacido sexo femenino de 38.3 semanas de gestación por Capurro de 1 día de vida extrauterina, en aislamiento protector, en cuna radiante controlada en forma manual a 50% de la temperatura, la ropa de cama se encuentra limpia y seca, posicionamiento en nido de contención adoptando posición semiflexionada en decúbito dorsal, sin facies de dolor, bajo sueño fisiológico, peso de 2,500 gr, la clasificación por Jurado García es un recién nacido de término con peso adecuado para edad gestacional, se observa coloración rosada, piel delgada con discreta descamación superficial, luce suave e hidratada, sin accesos venosos, cordón umbilical se encuentra ligado observándose escasa fuga sanguínea, sus movimientos son libres con disminuido tono muscular, el entorno en el que se encuentra es iluminado con luz artificial y ruido provocado por monitores, alarmas, puertas, personal, entre otros.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración física el neonato se encuentra bajo sueño fisiológico reactivo al estímulo externo, en posición libremente escogida con semiflexión de las 4 extremidades, tono levemente disminuido, alineada, piel rosada, delgada con discreta descamación superficial, luce suave e hidratada, íntegra con turgencia conservada, normocéfalo cráneo redondo, fontanelas normotensas, bregmática con diámetro de 2 x 1 cm, y fontanela posterior puntiforme, cabello de adecuada implantación cantidad moderada, brillante y suave, en la frente presenta eritema tóxico, ojos con apertura espontánea sin secreción, pupilas isocóricas normorreflecticas, ambos oídos presentan formación completa del cartílago alineados al canto externo del ojo, nariz con millium, coanas permeables, boca con mucosas orales hidratadas e íntegras presenta reflejo de succión débil, con patrón de succión-deglución-respiración descoordinado. Cuello corto íntegro de forma

cilíndrica, movimientos de flexión y extensión, pulsos carotídeos palpables, tráquea central y movable, tórax simétrico movimientos de amplexión y amplexación simétricos, clavículas alineadas e íntegras, pezones formados y glándula mamaria palpable, ruidos cardiacos de adecuada intensidad y ritmo, llenado capilar 2 segundos, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular y adecuada entrada y salida de aire, abdomen simétrico globoso blando y depresible, muñón umbilical con presencia de 2 arterias y 1 vena, ligado presentando escasa salida sanguínea proporcionándose hemostasia, zona periumbilical limpia, se ausculta peristalsis a razón de 15 ruidos por minuto, no se palpan adenomegalias, a la percusión presencia de ruido timpánico, hígado se encuentra 2 cm por debajo del borde costal con bordes romos y percusión sonido mate. Extremidades superiores en semiflexión con tono conservado y movilidad de aducción, abducción y rotación, rebote de extremidades débil, reflejo de moro y prensión palmar débil, presenta hematomas en dorso de la mano debido a toma de muestras sanguíneas, columna vertebral íntegra, recta, simétrica y continua con movimientos de flexión, extensión y rotación, cadera con prueba de Ortolani y Barlow negativo, genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren a labios menores, micción espontánea color amarilla claro, uresis de 30 ml en 8 hr, ano permeable con evacuaciones espontáneas en meconio de 15 a 20 gr en 8 hr, extremidades inferiores en posición de semiflexión, con movimientos de abducción, aducción y rotación, tono conservado, planta de los pies con presencia de surcos plantares y pliegues, reflejo de Babinski presente, reflejo de marcha disminuida.

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 123 lpm, Frecuencia respiratoria 58 rpm, Temperatura 37° C, Presión arterial 58/32 mmHg, Saturación O2 90%.

7.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Respiración espontánea con saturación de 90% a oxígeno ambiente, luce con adecuada perfusión tisular, llenado capilar de 2 segundos, campos pulmonares ventilados con murmullo vesicular a la auscultación, ruidos cardiacos de adecuada intensidad y frecuencia de 123 lpm, pulsos palpables rítmicos de intensidad fuerte.

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN

Boca íntegra con reflejo de búsqueda débil, reflejo de succión débil y descoordinación en succión-deglución-respiración, alimento exclusivo a fórmula con leche maternizada al 13% cada 3 horas, líquidos totales a 100ml/kg/día (250ml) ingiriendo 31 ml cada 3 horas, Ingreso de líquidos vía oral es de 62 ml en 8 horas, glicemia capilar de 97 mg/dl.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Micción espontánea, uresis 30 ml en 8 horas color amarillo claro, peristalsis presente 15 ruidos por minuto, evacuación espontánea meconio de 15g en 8 horas, pérdidas insensibles de 1.05 ml por hora. Balance hídrico en 8 horas: Ingresos (62 ml) Egresos (53.4 ml) Total (+8.6ml).

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Semiflexión, alineada, movimientos espontáneos de extremidades torácicas y pélvicas, columna íntegra, tono muscular disminuido.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Las horas de sueño del neonato en 8 horas es de aproximadamente 4 horas con sueño ligero, despierta a estímulos suaves, existe presencia de ruido ambiental causado por monitores, personal, alarmas, la iluminación es artificial, no recibe momentos de penumbra.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE; USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Se encuentra vestido con gorro y pañal, cubierto con cobertor, la ropa de cuna está limpia, el cambio es cada 24 hrs o cada que se necesite, de textiles a base de algodón, algunas compresas que se le colocan son ásperas.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Se encuentra en cuna radiante con control manual a 50% de temperatura, la temperatura corporal se mide de forma axilar con termómetro digital con resultados dentro de los parámetros normales (37° C).

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LOS TEGUMENTOS

Piel íntegra, gruesa, hidratada, turgente y coloración rosada, presencia de eritema tóxico en la frente y millium en nariz, hematomas en dorso de extremidades torácicas. Muñón umbilical limpio ligado con sangrado escaso que apenas y mancha la gasa, se proporciona hemostasia. Recibe su primer baño de inmersión solo con agua tibia.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

En su primer día de vida realizan prueba de Tamiz metabólico, pendiente conocer los resultados.

Escala del dolor NIPS: 0 sin dolor

Escala riesgo de caídas Macdems: 3 bajo riesgo

Estudios de laboratorio:

-Biometría hemática: (Células rojas) Hb 17.7 g/dl, Hct 52.40%, Vol corpuscular medio 108 fL, Hb corpuscular 36.50 pG, RDW 18.50, plaquetas 269 000 $10^3/\text{mm}^3$, Reticulocitos 5.9, (Células blancas) Leucocitos 20.40 $10^3/\text{mm}^3$, Neutrofilos 64%, Linfocitos 22%, Monocitos 6%, Eosinófilos 2%, Basófilos 0%.

Grupo O+, Prot C reactiva 3.86 mg/dl.

-Química sanguínea: Lipoproteína de alta densidad 26, lipoproteínas de baja densidad 27, bilirrubina indirecta 5.11mg/dl, Bilirrubina directa 0.10 mg/dl, Bilirrubina total 5.21 mg/dl, proteínas totales 5.4 g/dl, albúmina 3.34 g/dl, calcio 8.50 mg/dl, fosforo 5.1 mg/dl, magnesio 2.1 mg/dl.

Inicia tratamiento profiláctico con antirretrovirales el día 11 de Octubre 2017 a las 14 hrs a base de Zidovudina 5mg vía oral cada 12 horas. (2mg/kg/día), Lamivudina 4.8mg vía oral cada 12 horas y Nevirapina 5.5mg vía oral cada 12 horas. Se encuentra con aislamiento protector y manejo de medidas estándar.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

La recién nacida se encuentra en sueño fisiológico con apertura ocular al estímulo externo, presenta llanto previo a la alimentación.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

La familia profesa la religión católica, con escasa frecuencia a templos religiosos, su ritual religioso se basa en la oración y culto a imágenes religiosas, La madre refiere sentir paz en la oración con fe de que el diagnóstico de su hija será negativo a VIH.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

No se realiza ni se fomenta la lactancia materna, debido al diagnóstico materno de VIH positivo. No recibe visita familiar materna porque se encuentra hospitalizada y el padre realiza visita familiar durante la tarde. Al interrogatorio días después, ambos padres refieren que fue un embarazo planeado, deseado y están conscientes del estado de salud y los riesgos que su bebé enfrenta.

NECESIDAD DE RECREARSE

El neonato se encuentra tranquila, sin datos de estrés ni facies de dolor, se encuentra organizada, no se realiza estimulación temprana de ningún tipo.

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LAS NECESIDADES

Neonato de término con adecuado peso para edad gestacional con reflejo de búsqueda, succión, deglución, prensión, moro y marcha débiles, reflejo de Babinski presente.

VALORACIÓN SUBSECUENTE

16 DE OCTUBRE 2017

Se retira aislamiento protector desde el 13 de Octubre, continúa con manejo de medidas estándar.

Piel hidratada, turgente coloración con tinte icterico

Se incrementan aporte de líquidos totales a 140/kg/día (44ml de leche maternizada al 13% cada 3 horas), Perímetro abdominal prepandrial 30cm- pospandrial 31 cm.

Orina amarilla clara, heces frecuentes color verde-amarilla de consistencia semi líquida, presenta eritema perianal por rozadura de pañal.

Balance hídrico en 8 horas: Ingresos (48ml) Egresos (50 ml) Total (-2ml)

Medicamentos retrovirales:

Zidovudina 9.6mg vía oral cada 12 horas

Lamivudina 4.8mg vía oral cada 12 horas

Se suspende Nevirapina

Prueba de VDRL negativo

Se toman muestras sanguíneas para conteo de células virales a VIH

Se da de alta del servicio de Terapia Intermedia y pasa a servicio de Crecimiento y Desarrollo para vigilancia principalmente de función hepática.

18 DE OCTUBRE 2018

Signos vitales: Frecuencia cardiaca 142 lpm, Frecuencia respiratoria 50rpm, Temperatura 37.2°C, Saturación O2 92%.

Realizan prueba de Tamiz auditivo con los siguientes resultados: EOA1 OD bien OI bien

Peso 2, 390 gr, aumentan aporte de líquidos a 165ml/kg/día (49ml de leche maternizada al 13% cada 3 horas). Glicemia capilar 100mg/dl.

Medicamentos retrovirales:

Zidovudina 9.2mg vía oral cada 12 horas

Lamivudina 4.8mg vía oral cada 12 horas

Pruebas de laboratorio:

- Procalcitonina: 0.19 mg
- Bilirrubina directa 0.2 mg/dl, Bilirrubina indirecta 8.27 mg/dl, bilirrubina total 8.47 mg/dl, albúmina 3.43 g/dl

No se tuvo acceso a demás pruebas de laboratorio

Alta el día 19 de Octubre de 2017 por mejoría, continuará seguimiento médico por clínica de niños con VIH.

7.1.2. ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Los estudios de laboratorio no reportan alteraciones en Biometría Hemática ni Química Sanguínea.

Los estudios de Proteína C Reactiva presentan 3.86 mg/dl, siendo los valores normales menor de 2mg/dl, durante las primeras horas de vida puede aparecer elevada en otras situaciones no relacionadas con infecciones: estrés en el parto, fiebre materna, dificultad respiratoria, etc. Como un mecanismo complejo y relativamente inespecífico que parece actuar como primera barrera de defensa.

La presencia de niveles elevados de PCR en ausencia de otros datos que indiquen infección no es indicativo de presencia de infección.³⁰

³⁰ Gómez J. La proteína C reactiva como marcador de cualquier tipo de inflamación. Clin Invest Arterioscl. 2006;18(3):96-98

7.1.3. JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS



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

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Nombre: S CH RN Servicio: Terapia intermedia

Edad: 38.3 SDG Dx Médico: RNT PAEG HIJO DE MADRE CON VIH Fecha: 11-OCT-2017

Necesidad	Estado		Causa de la dificultad			Interacción con la necesidad principal	
	Independ.	Depend.	F.F	F.C	F.V	Si	No
Seguridad y protección		X	x			X	
Alimentación/Hidratación		X	x			X	
Eliminación		X	x			X	
Higiene y protección de tegumentos		X	x			X	
Sueño y descanso		X	x				x
Aprender, descubrir...		X	x			X	
Mantener temperatura		X	x				x
Oxigenación	x						
Moverse y mantener postura	x						
Recrearse	x						
Trabajar y realizarse		X	X	X		x	
Comunicación	x						
Creencias y valores	x			x			X
Vestirse adecuadamente	x						

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
Madre con seguimiento en CIENDI y adherencia al tratamiento antirretroviral. Apoyo familiar, familia nuclear. Hijo planeado y deseado	Riesgo de infección por VIH. Tratamiento antirretroviral que será prolongado

7.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Necesidad: Evitar peligros

Riesgo de transmisión vertical relacionado con exposición perinatal a VIH.

- Necesidad: Alimentación/Hidratación

Alimentación inefectiva relacionado con descoordinación en succión-deglución-respiración manifestado por succión débil e incapacidad para coordinar succión-deglución-respiración.

- Necesidad: Eliminación

Riesgo de alteración de la función hepática relacionado con administración de antirretrovirales.

- Necesidad: Higiene y protección de los tegumentos

Lesión de la epidermis relacionado con humedad y evacuaciones frecuentes manifestado por eritema perianal

- Necesidad: Sueño y descanso

Patrón del sueño alterado relacionado con factores del entorno: ruido y luz artificial, manifestado por sueño ligero y despertar fácilmente.

- Necesidad: Aprender, descubrir o satisfacer su necesidad

Hipotonía transitoria relacionada con alteración en el desarrollo neuromuscular manifestado por reflejos débiles

- Necesidad: Mantener temperatura corporal dentro de los límites normales

Riesgo de alteración en la regulación de la temperatura relacionado con fluctuaciones en la temperatura del ambiente

- Necesidad: Trabajar y realizarse

Interrupción de la lactancia materna relacionado con riesgo de transmisión de VIH manifestado por lactancia materna suspendida.

- Necesidad: Comunicación

Adecuada autorregulación del lactante manifestado por signos vitales estables, movimientos espontáneos y llanto consolable.

- Necesidad: Oxigenación

Independencia en la necesidad de oxigenación manifestado por respiración espontánea con saturación de 90% a oxígeno ambiente.

- Necesidad: Moverse y mantener buena postura

Adecuada movilidad física y mantenimiento de postura manifestado por posición libremente escogida, alineada y movimientos espontáneos de extremidades.

- Necesidad: Recrearse

Satisfacción en la necesidad de recreación manifestado por conducta organizada y calmarse cuando se le acaricia.

- Necesidad: Creencias y valores

Disposición de los padres para mantener la esperanza manifestado por tener fe en que la transmisión vertical será negativo en la bebé.

- Necesidad: Vestirse y desvestirse

Vestido que cubre la necesidad de acuerdo con su edad y hospitalización manifestado por confort y piel tibia.

Fecha: 11-10-17 Necesidad Alterada: Prevenir peligros	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza(x) Falta de conocimiento () Falta de voluntad ()		
Dx de enfermería: Riesgo de transmisión vertical relacionado con exposición perinatal a VIH.		
Objetivo: Limitar el riesgo de transmisión vertical mediante el inicio temprano de profilaxis con antirretrovirales		
Intervención: Prevenir la transmisión Dependiente(x) Independiente() Interdependiente(x)		
Actividades	Fundamentación	
<p>-Ministración oportuna de profilaxis con retrovirales según indicación médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina 9.2mg vía oral cada 12 horas • Lamivudina 4.8mg vía oral cada 12 horas • Nevirapina 5.5mg vía oral cada 12 horas 	<p>Todos los recién nacidos expuestos al VIH deben recibir profilaxis ARV posterior al nacimiento con el objetivo de disminuir la transmisión perinatal del virus e iniciarla lo antes posible después del nacimiento, idealmente a las seis horas de vida extrauterina con duración de seis semanas. Con Zidovudina suspensión 2 mg/kg cada seis horas vía oral.</p> <p>El estudio NICHD-HPTN 040/PACTG 1043, sugiere que la profilaxis combinada puede ser considerada dependiendo de la evaluación del riesgo basado en los niveles de carga viral materna antes del nacimiento y la vía de nacimiento.</p>	

<p>-Prohibición de la lactancia materna</p> <p>-Aseo del recién nacido, eliminando restos placentarios o sangre</p> <p>-Cuidados del cordón umbilical (Higiene con agua o solución fisiológica y jabón cada 24 horas hasta la cicatrización completa.</p> <p>-Enseñar a los padres los signos y síntomas de alarma y de ser detectados, acudir a consulta médica.</p>	<p>La lactancia materna debe evitarse en hijos de madre con infección por el VIH, ya que el riesgo de transmisión es del 10 al 16%.³¹</p> <p>Deben tomarse medidas para proteger al recién nacido de mayor exposición a la sangre y a los líquidos orgánicos maternos. La piel de este debe ser limpiada con jabón y agua, antes de los procedimientos invasivos, como la administración de vitamina K o la punción en el talón. Todos los días el cordón umbilical debe limpiarse meticulosamente hasta la cicatrización completa.³²</p> <p>El lactante expuesto al VIH debe ser acompañado con consultas quincenales en los dos primeros meses de vida, mensuales hasta los seis meses y trimestrales de los dieciocho a los veinticuatro meses. En todas las consultas es imprescindible el examen físico completo del niño, con evaluaciones del peso, estatura, perímetro cefálico y desarrollo neurológico. Como observado, los niños infectados pueden presentar bajo aumento de peso y retraso del desarrollo neuropsicomotor en los primeros meses de vida. En el</p>
---	--

³¹ Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Guía de Práctica Clínica.

³² Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el seguimiento del niño expuesto al Virus de Inmunodeficiencia Humana y a fármacos antirretrovirales durante el embarazo y el periodo neonatal. Anales de Pediatría. Junio 2012; 7(6): 313-378.

<p>-Capacitación a los padres para administrar antirretrovirales en el hogar, la importancia de no suspender el tratamiento y los posibles efectos secundarios como la anemia.</p> <p>-Informar a los padres la importancia del seguimiento y toma de muestras sanguíneas posteriores.</p>	<p>primer mes, a los diez, quince y treinta días de vida, se debe reforzar la adhesión al uso AZT, que el niño debe estar recibiendo desde el nacimiento, así como ajustar la dosis según el peso actualizado del paciente y reforzar con el responsable la indicación de no alimentarlo con leche materna.</p> <p>La adherencia al tratamiento es importante para evitar la resistencia.</p> <p>Antes de un año de vida, los niños infectados manifiestan algunos síntomas incluyendo la linfadenopatía, la hepatoesplenomegalia, la diarrea crónica, la pneumonite intersticial y la estomatitis persistente. Además, presentan deficiencia de crecimiento y atraso en el desarrollo, infecciones bacterianas graves recurrentes y, ocasionalmente, aumento de las glándulas parótidas.³³</p> <p>El diagnóstico de la infección por el VIH en el lactante debe realizarse mediante el uso de pruebas de amplificación virológica que incluyen DNA y RNA. Los anticuerpos maternos cruzan la</p>
--	--

³³ Verissimo de Oliveira MI, Andrade MG, Bezerra JC. Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo y las condiciones de sus recién nacidos. Enfermería global No. 28; Octubre 2012, (425-438)

-Toma de muestras sanguíneas para recuento virológico e interpretación de las mismas

- Primeras 48 horas de vida
- Entre 14 a 21 días
- Entre 1 a 2 meses
- Entre 4 a 6 meses

placenta y pueden detectarse en todos los recién nacidos expuestos al VIH, por lo cual no deben solicitarse estudios que detectan anticuerpos desde la etapa de recién nacido hasta los 18 meses de vida extrauterina.

Para establecer el diagnóstico de la infección por el VIH en un niño menor de 18 meses de edad, se requieren dos resultados positivos mediante estudios virológicos como PCR ya sea del RNA y/o DNA del VIH.

La exclusión definitiva puede realizarse en niños que no recibieron lactancia materna con dos o más estudios virológicos negativos a los seis meses de vida. Se recomienda efectuar además en estas mismas condiciones, una prueba de detección de anticuerpos a los 18 meses para descartar en forma definitiva la infección.

EVALUACIÓN: Se proporciona profilaxis al neonato con Zidovudina y Lamivudina según prescripción médica, se informa a los padres la importancia de la adherencia al tratamiento en dosis y horarios prescritos para mayor eficacia, evitar la resistencia a retrovirales y los posibles efectos secundarios, así como el fomento del seguimiento en consulta externa, el neonato se muestra estable con la terapia antirretroviral con adecuada tolerancia. (Nivel de dependencia:3)



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



Fecha: 11/10/17 Necesidad Alterada: Alimentación/Hidratación	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 3	
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza(X)	Falta de conocimiento ()	Falta de voluntad ()
Dx de enfermería: Alimentación inefectiva relacionado con succión débil manifestado por descoordinación en succión-deglución.			
Objetivo: El neonato desarrollará un patrón de succión maduro con coordinación en la succión-deglución-respiración mediante ejercicios de succión que le permitan una nutrición oral adecuada para satisfacer sus necesidades metabólicas.			
Intervención: Ejercicios de succión	Dependiente()	Independiente(x)	Interdependiente()
Actividades	Fundamentación		

<p>-Evaluar las causas de la disfunción oral (primaria: alteración neurológica transitoria)</p> <p>-Evaluación sensorio motora oral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tono muscular global: hipo o hipertonía, fluctuaciones en el tono muscular • Comportamiento del neonato: Irritable, somnoliento, aletargado • Reflejos orales (búsqueda, succión, deglución): exacerbados, disminuidos o ausentes. • Alteraciones anatómicas de las estructuras orofaciales • Alteraciones funcionales: grado de tensión (excesivo, escaso, fluctuante), dirección del movimiento (apertura, cierre, retraimiento), movimientos lentos, rápidos o espasmódicos, asimetría de los movimientos orofaciales. • Succión nutritiva y no nutritiva (ritmo lento, succión débil, pausas largas, pocas succiones por pausa. 	<p>La estimulación de cavidad oral en el recién nacido tiene por objeto favorecer, optimizar o mejorar la función motriz oral, lograr un proceso de succión deglutorio óptimo o funcional en el recién nacido y coordinar la función respiratoria con la actividad deglutoria.</p> <p>El proceso de la Succión nutritiva (SN) está integrado por tres fases o componentes íntimamente relacionados entre sí: la expresión/ succión (E/S), la deglución (D) y la respiración (R). Durante la E/S el lactante genera una presión de extracción de un fluido contenido en un reservorio externo hacia su cavidad oral. Una vez formado el bolo, el líquido es dirigido hacia la vía digestiva (fase de la deglución) sin pasar por las vías respiratorias. Las fases de E/S y de D deben coordinarse con la respiración.</p> <p>La eficacia de la succión depende de una adecuada integración y sincronización de las estructuras de los labios, mejillas, lengua</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación succión-deglución-respiración: coordinada, descoordinada. <p>-Realizar la estimulación en posición semisentado.</p> <p>-La estimulación peri e intraoral debe realizarse durante 10 minutos en neonatos a término antes de iniciar la alimentación con instrumento artificial.</p> <p>-Siempre se irá avanzando despacio, empezando desde lo distal (perioral) a lo proximal (intraoral).</p> <p>Estimulación perioral:</p> <p>-Barrido en carrillos desde ATM (articulación temporomandibular) hacia comisura</p> <p>-Con dedos índice y pulgar, ejercer presión media de manera circular en zona de carrillos.</p> <p>-Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media.</p> <p>-Entre los dedos índice y pulgar, protruir el labio inferior y el superior alternando (como pellizquitos) de forma rápida pero suave.</p>	<p>y paladar para la formación del bolo y su propulsión hacia la parte posterior de la cavidad oral para su deglución.</p> <p>En los recién nacidos de término sanos este proceso necesita ser rítmico y continuo para asegurar una ingesta suficiente de alimento y cubrir sus demandas metabólicas.</p> <p>La E/S es la generación de una presión de succión subatmosférica o negativa; ésta es el resultado de la retracción de la mandíbula que baja por contracción de los músculos suprahioides, acompañada de un movimiento de la lengua hacia atrás y de la estabilidad de las paredes o carrillos bucales</p> <p>Los movimientos linguales intraorales necesarios para generar la succión difieren según el tipo de alimentación. Estos movimientos linguales también pueden cambiar en relación con la madurez del lactante y son más notorios a partir de los dos meses de vida.³⁴</p>
---	--

³⁴ Rendón M, Serrano G. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(4): 319-327

<p>-Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior (como cepillando los dientes).</p> <p>Estimulación intraoral:</p> <p>-Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro.</p> <p>-Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro.</p> <p>-En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo.</p> <p>-Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera</p> <p>-Vigilar que no se presente cianosis peribucal o signos de fatiga o señales de estrés asociada a la estimulación intraoral, de ser así, suspender la estimulación.</p>	Estiramiento de mejilla	Mejora movimiento y fuerza de las mejillas y el sello de los labios	2 veces de 30 seg, cada mejilla
	Papel labial	Mejora movimientos y el sello de labios	30 seg cada labio
	Rizo de labios	Mejora fuerza movimiento y sellado de labios	30 seg cada labio
	Masaje de encías y lengua	Mejora movimientos de la lengua, estimula deglución y mejora succión.	30 seg, 2 veces
	Bordes laterales de lengua y mejillas	Mejora movimientos y fuerza de lengua	15 seg cada borde
	Intermedia de lengua y paladar	Mejora movimientos y fuerza de lengua, estimula deglución y mejora succión	30 seg cada estructura 2 veces
	Provocar succión	Mejora succión y activación de paladar blando	15 seg
	Soporte de succión no nutritiva	Mejora succión y activación de paladar blando	2 minutos ³⁵

Evaluación: El neonato recibió los masajes de succión durante su estancia en terapia intermedia (3 días) en el turno de la mañana, el patrón de succión pasó de ser débil a patrón de succión de transición, aún está descoordinada la succión-

³⁵ Lessen BS. Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. Adv Neonatal Care. 2011 Apr;11(2):129-39

deglución-respiración. Se proporcionó información a la mamá sobre estos ejercicios de estimulación para ser realizados en casa. (Nivel de dependencia 3)



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



Fecha: 11-10-2017	Rol enfermería:	Nivel de dependencia: 3	
Necesidad Alterada: Eliminación	Suplencia		
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza(x)	Falta de conocimiento ()	Falta de voluntad ()
Dx de enfermería: Riesgo de alteración de la función hepática relacionado con administración de retrovirales.			
Objetivo: Limitar el riesgo de la alteración en la función hepática del neonato, mediante la vigilancia continua y la correcta administración de medicamentos en la terapia profiláctica con antirretrovirales.			
Intervención: Ministración de medicamentos		Dependiente(x)	Independiente() Interdependiente()
Actividades		Fundamentación	
<p>-Ministración de medicamentos de forma segura siguiendo: 10 correctos de la administración de medicamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar el medicamento correcto (Verificar medicamento al sacarlo del recipiente, al prepararlo y antes de administrarlo), No administrar medicamentos preparados por otras personas. 2. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento 		<p>Dentro de la práctica del cuidado, los profesionales de enfermería realizan diversos procedimientos, por lo que deben poseer habilidades, destrezas y conocimientos científicos para realizarlos de manera correcta, eficaz y segura.</p> <p>Entre las amenazas más comunes contra la seguridad de los pacientes pueden mencionarse los errores de medicación, por lo que se hace necesario identificar y reducir el número de estos y conocer sus factores de riesgo.³⁶</p>	

³⁶ Cárdenas PA, Zárate RA. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Abril-Junio 2009; 6(6).

<p>3. Administrar el medicamento al Paciente correcto (Identificación del paciente con ficha de identificación y pulseras de identificación)</p> <p>4. Administrar la Dosis correcta (con doble verificación)</p> <p>5. Administrar el medicamento a la hora correcta</p> <p>6. Vía de administración correcta</p> <p>7. Educar e informar al paciente sobre el medicamento.</p> <p>8. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos.</p> <p>9. Generar una historia farmacológica completa.</p> <p>10. Registrar todos los medicamentos administrados</p> <p>-Valorar, detectar y registrar los efectos adversos de la medicación con antirretrovirales</p> <p>-Tomar muestras de laboratorio de control: Biometría hemática completa y pruebas de función hepática</p> <p>La monitorización subsecuente dependerá de los valores hematológicos basales, edad de gestación al nacimiento, condición clínica, la dosis administrada de Zidovudina y recepción de otros antirretrovirales (ARV).</p>	<p>La ZDV puede producir anemia con un nadir en los valores de hemoglobina de alrededor de 10 g/dL, y neutropenia, aunque pueden presentarse también trombocitopenia y linfopenia. Alcanzando un pico máximo a las 6 semanas y resolviendo a la semana 12 sin tratamiento. Por esta razón se debe hacer control de hemoglobina y hematocrito al nacimiento, uno y dos meses después; existe posibilidad de disfunción mitocondrial (0,46%) y de convulsiones o enfermedad neurológica (1,1%) pero son riesgos menores en comparación con los beneficios de evitar la transmisión perinatal.</p> <p>Cuando se utiliza nevirapina (NVP) en el niño expuesto al VIH se puede presentar una elevación no sintomática de las transaminasas. La hepatitis clínica o la erupción cutánea secundarias a NVP.</p> <p>Para el seguimiento del niño expuesto al VIH y la búsqueda intencionada de toxicidad, es indispensable realizar un hemograma y una bioquímica al mismo tiempo que se realizan los estudios virológicos.³⁷</p>
--	--

³⁷ Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Secretaría de Salud; 03/11/2016. Guía de Práctica Clínica.

<p>-Efectuar medición de la cuenta de neutrófilos y hemoglobina a las cuatro semanas de haber iniciado la profilaxis ARV en el niño expuesto al VIH, sobre todo si reciben tratamiento combinado con Zidovudina/Lamivudina.</p> <p>-Analizar los resultados de laboratorios</p> <p>-Si se identifican anormalidades hematológicas en niños que reciben profilaxis ARV, la decisión de continuar o suspender la profilaxis ARV debe ser individualizada.</p>	<p>Prácticamente todos los medicamentos antirretrovirales se han asociado con elevación de las enzimas hepáticas, aunque ciertos medicamentos pueden causar daño hepático con mayor frecuencia que otros.</p> <p>Se han descrito 4 mecanismos principales de daño hepático por fármacos: incluidos los daños metabólicos mediados por el huésped, las reacciones de hipersensibilidad, la toxicidad mitocondrial, y los fenómenos de reconstitución inmune.</p> <p>La alteración en las pruebas hepáticas puede ser consecuencia de la toxicidad directa de la droga o de sus metabolitos (prevenibles), o puede ser una respuesta idiosincrásica en personas con una predisposición genética característica (No predecibles).</p> <p>La gran mayoría de las reacciones a fármacos son impredecibles. Estas se producen cuando el fármaco se transforma en un metabolito tóxico directo (metabolismo mediados por el huésped) o a través de la formación de un metabolito que sea capaz de</p>
---	--

	montar una respuesta inmunológica (reacción de hipersensibilidad). ³⁸
--	--

EVALUACIÓN: El neonato se mantiene en vigilancia ante signos y síntomas de alteraciones hepáticas como hepatomegalia, ictericia, orina oscura, heces blancas, sin presentar alguna alteración, se realizaron pruebas de funcionamiento hepático sin alteraciones en los resultados. (Nivel de dependencia 3)

³⁸ Bernal F. Farmacología de los antirretrovirales. Rev Med Clín Condes. Chile 2016; 27(5): 682-697



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



Fecha: 13-10-17 Necesidad Alterada: Higiene y protección de los tegumentos	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza(x)	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()		
Dx de enfermería: Lesión de la epidermis relacionado con humedad, roce del pañal y evacuaciones frecuentes manifestado por eritema perianal		
Objetivo: Fomentar la adecuada higiene y protección a los tegumentos.		
Intervención: Cuidados de la piel perianal	Dependiente(x)	Independiente()
		Interdependiente()
Actividades	Fundamentación	
-Valorar el estado de la piel perianal	Zidovudina: Los efectos adversos más frecuentes en la población pediátrica (incidencia $\geq 15\%$) son fiebre, tos, diarrea, náuseas.	
-Mantener área del pañal limpia y seca	Lamivudina: Los efectos adversos más frecuentes son náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, alopecia, fiebre, insomnio, rash cutáneo. ³⁹	
-Cambios frecuentes de pañal después de cada micción o evacuación	La piel de los recién nacidos presenta numerosas particularidades que la hacen ser sensible y que favorecen las dermatitis de la zona del pañal:	
-Colocar un pañal de tamaño adecuado al niño para prevenir el roce con la piel	– La epidermis y, en concreto, el estrato córneo, responsable de la función barrera, son más finos y por ello más permeables. – Insuficiencia de secreción sebácea y sudorípara. – Tendencia a la	

³⁹ Asociación Española de Pediatría. Pediamecum. Edición 2015 / ISSN 2531-2464

<p>-Limpiar la piel con agua tibia o crema con Ph neutro y humectante</p> <p>-Permitir la transpiración de la piel exponiendo el mayor tiempo posible la piel lesionada al aire ambiente</p> <p>-Proteger la piel con preparados protectores que contengan sustancias emolientes, después de cada cambio de pañal</p>	<p>sequedad y, como consecuencia, a la fragilidad. – Inmadurez inmunológica que favorece las infecciones.</p> <p>La etiología exacta de la dermatitis del pañal no es clara. Son muchos los factores que predisponen su patogénesis. Los más comunes son el efecto oclusivo de los pañales, el efecto mecánico del roce y el efecto irritante de las heces y la orina. Las principales causas que conllevan la elevación del pH cutáneo de la zona en cuestión son la hiperhidratación y la fragilización de la piel y, por último, una agresión continuada por la acción de las enzimas y la variación del pH.</p> <p>Debido al contacto prolongado con el pañal húmedo, la piel en esta zona se encuentra sobrehidratada. La piel húmeda es muy susceptible de ser dañada por la fricción constante a la que está sometida. Esta fricción provoca la maceración del estrato córneo por el agua de la orina y de las heces, lo que hace que la función barrera de la piel se altere y se vuelva más sensible a la acción de los irritantes.. La orina tiene un pH urinario superior a 8 y esta alcalinidad puede inducir irritación sobre la piel del niño. Existen enzimas (ureasas) y bacterias fecales (<i>Bacillus amoniagenes</i>, actualmente llamado <i>Brevibacterium amoniagenes</i>) presentes en las deposiciones, capaces de degradar la urea presente en la</p>
---	---

orina. La degradación de la urea se traduce en un aumento de la producción de amoníaco, que a su vez conlleva la elevación del pH urinario. Esto favorece la actividad de las enzimas presentes en las heces de los niños (lipasas y proteasas fecales). Las enzimas fecales lesionan la piel de forma directa, incrementan la permeabilidad del área ocupada por el pañal y la hacen más susceptible a la acción de otros irritantes.

Las enzimas presentes en las heces son las responsables del poder irritante de las mismas, sean de origen pancreático o bacteriano (ureasas, lipasas, proteasas). La hipótesis más aceptada en la actualidad admite que la fricción y la maceración favorecen el inicio de la erupción. La inflamación se complica y se mantiene por la presencia de componentes de la orina, de las deposiciones y por productos de la degradación microbiana.⁴⁰

EVALUACIÓN: El eritema y lesión en la zona perianal disminuyó con las actividades realizadas, mejorando la integridad de la misma y el estado de confort del paciente. (Nivel de dependencia 2)

⁴⁰ Suárez S. Dermatitis del pañal, abordaje eficaz. Farm Profesional. Diciembre 2002; 16 (11)



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



Fecha: 13-10-17 Necesidad Alterada: Sueño y descanso	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 2
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza(x)	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()		
Dx de enfermería: Patrón del sueño alterado relacionado con factores del entorno: ruido y luz artificial, manifestado por sueño ligero y despertar fácilmente.		
Objetivo: Proporcionar descanso y sueño mediante la disminución de estímulos luminosos artificiales y ruido excesivo, proporcionando penumbra y manipulación mínima durante el turno.		
Intervención: Proporcionar confort y manipulación mínima	Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()
Actividades	Fundamentación	
<ul style="list-style-type: none"> -Seguir una secuencia lógica de actuación con el fin de evitar manipulaciones innecesarias -Proporcionar cuidados individualizados acordes a sus necesidades y no hacerlo de forma rutinaria -Agrupar la atención en períodos breves, aprovechando el momento de manipulación -Comprobar que nuestras manos están tibias y limpias antes de tocar al neonato -Facilitar el paso de la etapa de sueño hacia la de vigilia con estímulos táctiles suaves. No despertarlo bruscamente, hablándole suavemente antes de iniciar alguna intervención 	<p>Las TMM o Técnicas de Mínima Manipulación son una forma de minimizar el impacto que tiene el ingreso en una unidad de cuidados neonatales, especialmente para los recién nacidos.</p> <p>Están enmarcadas dentro de los Cuidados Centrados en el Desarrollo o CCD sistema de cuidados para el neonato que pretende mejorar su desarrollo a través de intervenciones que le favorezcan a él y su familia, entendiéndolos como una unidad (al igual que el control ambiental). Todos los estímulos (internos o externos) deben presentarse adecuadamente en frecuencia,</p>	

<ul style="list-style-type: none"> -La duración de los procedimientos debe limitarse a un máximo de 15 minutos, si éste no puede completarse en dicho lapso debería dejar que el niño descanse y luego otra persona debe intentar completarlo -Durante la realización de los procedimientos: observar si presenta signos de estrés y detenerse si se manifiestan; dejar que transcurra tiempo entre procedimientos para que el RN se reorganice y se calme antes de tomar cualquier otra medida -Cambiar de postura cada 2 o 3 horas más o menos de acuerdo con la estabilidad del recién nacido; Proporcionarle nidos y posturas en flexión. -Mantenerlo en un ambiente térmico neutro y masajearle suavemente las extremidades y el cuerpo durante los cuidados generales. -Proporcionar posición en flexión, con apoyos de las extremidades adecuados y facilitando el encuentro con la línea media. Se debe proporcionar contención a la vez que confort. -Colocar dispositivos para aislamiento ocular y auditivo. -Configurar las alarmas del monitor con un volumen bajo. -Disminuir el volumen de la voz. 	<p>duración, intensidad, etc. porque tan nocivo es, para los sistemas funcionales, la hiperestimulación, la estimulación fluctuante, la estimulación a destiempo o su ausencia.⁴²</p>
---	--

⁴² Rodríguez L, Mata I. Procedimientos de mínima manipulación en el neonato. Rev. enferm.2014; 6 (2).

-Apagar las luces artificiales cada que sea posible el mayor tiempo ⁴¹	
---	--

EVALUACIÓN: El neonato presenta periodos de sueño profundo más prolongados, se encuentra organizado y menos activo e irritable a la manipulación. (Nivel de dependencia 1)

⁴¹ Sánchez MC, Arevalo MM, Figueroa M, Najera RM. Atención del neonato prematuro en la UCIN centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo. Manual moderno 2014; PP 147.



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



Fecha: 11-10-2017 Necesidad Alterada: Aprender, descubrir	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 3
Fuente de la dificultad: Falta de fuerza(x)	Falta de conocimiento ()	Falta de voluntad ()
Dx de enfermería: Hipotonía transitoria relacionada con alteración en el desarrollo neuromuscular manifestado por reflejos débiles		
Objetivo: Promover el neurodesarrollo óptimo, intentando asegurar la máxima funcionalidad, asegurando detecciones oportunas de disfunciones motoras, neurológicas para un tratamiento oportuno.		
Intervención: Valoración neurológica	Dependiente()	Independiente(x) Interdependiente()
Actividades	Fundamentación	
<ul style="list-style-type: none"> -Exploración sistematizada del recién nacido -Medir perímetro cefálico -Valorar el estado de vigilia/sueño -Valorar la reactividad al estímulo, o hiporreactividad, llanto vigoroso consolable o no. -Valorar signos de estrés: irritabilidad, hiperactividad. -Valorar la sensibilidad a la luz y la respuesta a los sonidos. -Valorar tono muscular pasivo (resistencia a la movilización segmentaria, posición de extremidades) -Valorar motricidad espontánea (movimientos generales) 	<p>Los análogos nucleósidos inducen disfunción mitocondrial explicado por su afinidad por la DNA gamma polimerasa que interfiere con la replicación mitocondrial, resultando en depleción y disfunción del DNA mitocondrial. Los trastornos que se han vinculado con esta toxicidad incluyen neuropatía, miopatía, cardiomiopatía, pancreatitis, esteatosis hepática y acidosis láctica.</p> <p>En animales de experimentación (ratones) prenatalmente expuestos a antirretrovirales se han observado alteraciones en el desarrollo de los reflejos ontogénicos y en el desarrollo conductual, las cuales son más severas ante el efecto sinérgico de un tratamiento antirretroviral combinado.⁴³</p>	

⁴³ Figueroa L, Avila C. Efectos adversos de la exposición a antirretrovirales en el embarazo, el feto y el recién nacido. ENF INFECC Y MICRO 2002; 22(4): 175-181

<p>-Valorar motricidad provocada (tono activo): Incorporación para sentarse y retorno.</p> <p>-Valorar los reflejos primarios: succión, búsqueda, moro, prensión palmar, marcha)</p> <p>INTERVENCIÓN: ESTIMULACIÓN TEMPRANA</p> <p>-Crear un ambiente tranquilo, con ruido disminuido y luz tenue.</p> <p>-Proporcionar estimulación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditiva (hablarle) • Visual (Mostrarle objetos grandes y colores fuertes) • Sensitivo (acariciar al neonato, rose de la piel con texturas) • Ejercicios de succión <p>-Realizar masaje corporal cuando el neonato se encuentre tranquilo, despierto y antes de ser alimentado</p> <p>-El masaje debe ser caudal-céfalo, observando la tolerancia del neonato, si existe irritabilidad se debe suspender.</p> <p>-Respetar los periodos de sueño y vigilia</p> <p>-Manipulación mínima en periodos de sueño</p>	<p>Se pueden presentar otras complicaciones a causa de la terapia antirretroviral gran actividad (TARGA), tales como alteraciones psiquiátricas y del humor, alteraciones neuromusculares y deterioro neurológico.⁴⁴</p> <p>Los reflejos primitivos son respuestas complejas y automáticas inicialmente mediadas por el tallo cerebral, se basa en la búsqueda de datos para predecir el daño temprano a las estructuras nerviosas. La evaluación ontogenética de los reflejos primitivos que se observan desde el nacimiento, ya que su supresión o distorsión se asoció con el desarrollo de la función motora anormal.</p> <p>Capute A. dividió los reflejos primitivos en tres grupos basados en la edad a la cual se observan o son suprimidos: Los reflejos primitivos Tipo I son respuestas automáticas que ocurren durante la vida intrauterina. Los REFLEJOS PRIMITIVOS Tipo II corresponden a las reacciones primitivas y posturales que aparecen en el periodo perinatal desde las 22 semanas de gestación hasta los primeros cuatro a seis meses del nacimiento. Se consideran el</p>
--	--

⁴⁴ Usuga X. Efectos adversos del tratamiento antirretroviral en niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Colombia Infectio. 2012; 16(2): 122-127

<p>-Valorar la respuesta del paciente</p> <p>-Enseñar a la mamá técnicas de masaje como método de estimulación temprana: Cuando el bebé esté tranquilo y despierto, antes de la alimentación, lavarse las manos antes de tocar al bebé, utilizar cremas de pH neutro, comenzar el masaje cefalo- caudal, aplicar técnica de effleurage (rozar o tocar suavemente), petrissage (comprimir), tapotemet (golpear ligeramente) y fricción, posicionar al bebé de manera cómoda después de finalizar el masaje.</p> <p>-Masaje Vimala</p> <p>PIES Y PIERNAS</p> <p>*Ordeñador hindú: Tomar la extremidad con mano concava deslizar de arriba hacia abajo.</p> <p>*Exprimidor: ligera presión y torsión al mismo tiempo con ambas manos.</p> <p>*Camino la planta del pie: Con el pulgar deslizar hacia la mitad de la planta del pie.</p> <p>ABDOMEN</p>	<p>sustrato neurofisiológico de la postura motora gruesa. Los REFLEJOS PRIMITIVOS Tipo III. Los reflejos primitivos de este grupo se registran durante la infancia temprana, aproximadamente después del 6o. mes de vida, corresponden a las reacciones de enderezamiento, defensa y equilibrio.⁴⁵</p> <p>La maduración es el proceso genéticamente determinado, que implica la organización gradual de las estructuras neurales, mientras que el desarrollo se refiere al incremento y perfeccionamiento de las habilidades funcionales. Por lo tanto, los factores genéticos y ambientales actúan sobre la maduración del sistema nervioso, que se traduce en el proceso del desarrollo.</p> <p>El fenómeno biológico clave en el desarrollo psicomotor es la consolidación de los circuitos corticales. La mielinización de estos circuitos comienza a los 8 meses de gestación y está prácticamente completa a los 2 años de edad. Durante este periodo, los circuitos neuronales tienen gran plasticidad, siendo muy sensibles a los estímulos externos. Los potenciales acontecimientos nocivos</p>
---	--

⁴⁵ Alvarado G, Martínez R, Solís M, et al. Los reflejos primitivos en el diagnóstico clínico de neonatos y lactantes. Revista de Ciencias Clínicas, 2009, 9(1), Enero-Junio, pp. 15-26

<p>*Rueda de agua: Con las dos manos movilizar circularmente sobre el abdomen</p> <p>TÓRAX</p> <p>*Abrir y cerrar un libro: ambas manos sobre el pecho cuando inhala abren y cuando exhala, cierran.</p> <p>*Abrazo: abrazar al bebé con sus mismas manos.</p> <p>BRAZOS Y MANOS</p> <p>*Molinillo de dedos: Con el dedo índice y pulgar, girar dedo por dedo y al final dar un estiron.</p> <p>CARA</p> <p>*Abrir un libro: cubrir la cara con ambas manos y abrir a los costados.</p> <p>*Dibujar sonrisa: dibujar sonrisa con los dedos sobre la cara del bebé.</p> <p>ESPALDA</p> <p>*Amasado: Círculo grande hacia arriba y hacia abajo.</p> <p>-Suspender la actividad si el neonato se encuentra irritable</p> <p>-El tiempo de duración dependerá de la tolerancia del neonato</p>	<p>genéticos, intrauterinos y ambientales (especialmente, la hipoestimulación sensorial), durante este tiempo afectan a la organización y perfeccionamiento de las estructuras neuronales y pueden ser responsables de un retraso en el desarrollo psicomotor.⁴⁶</p> <p>El masaje proporciona beneficio neurológico: Estimula el sistema nervioso periférico; el vegetativo, maduración e integración de sistema nervioso.</p> <p>Beneficio muscular: aumenta tonicidad.</p>
--	---

⁴⁶ Gomez D, Pulido I, Fiz L. Desarrollo neurológico normal del niño. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 640.e1–640.e7

EVALUACIÓN: El neonato se encuentra activo y reactivo al estímulo externo, con tolerancia a los ejercicios de estimulación temprana. Se enseña a la mamá técnicas de masaje para estimulación temprana que le favorecerán al neurodesarrollo de su bebé. (Nivel de dependencia 2)



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad Alterada: Mantener temperatura dentro de parámetros	Rol enfermería: Suplencia	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 la regulación de la temperatura relacionado con fluctuaciones en la temperatura del ambiente			
Objetivo: El neonato mantendrá adecuada temperatura corporal, y se identificarán los factores de riesgo relacionados con la termorregulación para realizar las intervenciones y prevenir la hipotermia en forma precoz y oportuna.			
Intervención: Control de la temperatura corporal		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
<p>-Monitorización de la temperatura corporal de manera axilar</p> <p>-Crear un ambiente térmico neutro</p> <p>-Evitar pérdida de calor por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaporación: Secado de la piel. Mantenerla seca • Conducción: Valorar temperatura de objetos que entran en contacto con el recién nacido - precalentar • Convección: Evitar corrientes de aire • Radiación: Prevenir cercanía con objetos más fríos. Interponer elementos que eviten pérdida 		<p>La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación.</p> <p>La producción de calor en el recién nacido tiene dos componentes.</p>	

<p>-Controlar la temperatura de cuna radiante, modificando de acuerdo a necesidades del paciente, aumentando o disminuyendo .5°C cada 30 minutos con la monitorización constante</p> <p>-Evitar el sobrecalentamiento</p> <p>-Mantener adecuada oxigenación y glicemia</p> <p>-Posición en flexión con alineación a la línea media para reducir el área de superficie expuesta</p> <p>-Valorar signos y síntomas de hipotermia: cuerpo frío al tacto, cianosis, aumento del requerimiento de oxígeno, dificultad respiratoria, bradicardia, mala perfusión periférica, disminución de la actividad, letargia/irritabilidad, hipotonía/disminución de los reflejos, llanto débil, hipoglicemia, dificultad para descansar.</p> <p>-Valorar signos y síntomas de hipertermia: taquipnea, taquicardia, hipotensión rubor, extremidades calientes, irritabilidad, alimentación irregular, letargia, postura en extensión, temperatura de piel mayor que central.</p>	<p>El primero es la “termogénesis no termorreguladora”, que es el resultado del metabolismo basal, la actividad y la acción térmica de los alimentos. Cuando las pérdidas de calor superan a la producción, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores para aumentar la temperatura corporal a expensas de un gran costo energético. A esta forma de producción de calor se denomina “termogénesis termorreguladora”, termogénesis química, mecanismo de la grasa parda o estrés térmico.</p> <p>En condiciones de estrés por frío, la temperatura corporal central es inicialmente normal a expensas de un gran costo energético. Cuando el niño pierde la capacidad para mantener su Temperatura corporal normal, cae en hipotermia. Las respuestas neonatales primarias al estrés por frío son la vasoconstricción periférica y la termogénesis química (metabolismo de la grasa parda). Por este mecanismo, el recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al recién nacido en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia.</p> <p>Se define como ambiente térmico neutro (termoneutralidad) un setting idealizado definido como el rango de temperatura ambiente dentro del cual la temperatura corporal está dentro del rango normal, el gasto</p>
--	---

<p>-Monitorización de signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno.</p>	<p>metabólico es mínimo, (consumo oxígeno mínimo y glucosa), y la termorregulación se logra solamente con procesos físicos basales y sin control vasomotor.</p>
<p>-Control de temperatura en el momento del baño (evitar corrientes de aire, temperatura ambiental adecuada, la temperatura del agua será de 35 a 37 grados, secar la piel inmediatamente, .</p>	<p>La cantidad de calor que se pierde y la rapidez con que se pierde es proporcional al gradiente de temperatura entre el RN y el medio que le rodea (aire, líquido, sólido u objetos cercanos). Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor.⁴⁷</p>

EVALUACIÓN: El neonato mantiene temperatura corporal dentro de los parámetros normales, después de 3 días de vida se encuentra en proceso de ambientación tolerando adecuadamente. (Nivel de dependencia 1)

⁴⁷ Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Sociedad Iberoamericana de Neonatología. 2010



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad Alterada: Trabajar y realizarse	Rol enfermería: Compañera	Nivel de dependencia: 2
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento (x)
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionado con riesgo de transmisión de VIH manifestado por lactancia materna suspendida.			
Objetivo: Asegurar la prevención de transmisión vertical de VIH, proporcionar apoyo emocional a la madre y fomentar la alimentación exclusiva con fórmula.			
Intervención: Suspensión de la lactancia materna		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente(x)	
Actividades		Fundamentación	
-Informar a la mamá el mecanismo de transmisión vertical vía lactancia materna.		La lactancia materna es el mecanismo de transmisión en 14% a 30% de los casos.	
-Recomendar la interrupción de la lactancia materna.		Son factores de riesgo para la transmisión mediante la lactancia materna: la carga viral en la leche materna, mastitis aguda o subclínica, abscesos en mama y sero-conversión durante la lactancia. ²¹	
		El virus de la inmunodeficiencia humana ha sido encontrado de forma libre en la leche materna y en el calostro, especialmente en su fracción celular compuesta por células mononucleadas e histiocitos. La situación de aclorhidria (falta de jugo gástrico que	

<p>-Fomentar la alimentación exclusiva con fórmula láctea según prescripción médica.</p> <p>-Resolver dudas y temores que exprese la mamá.</p> <p>-Proporcionar apoyo emocional a la mamá ante la interrupción de la lactancia materna.</p>	<p>impide la inactivación del VIH por un pH ácido), y la inmadurez inmunológica de las células intestinales del recién nacido, facilitan el paso del virus desde la luz intestinal a la circulación sanguínea.⁴⁸</p> <p>Deben darse indicaciones sobre alimentación con fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de vida del niño.</p> <p>En los casos en que la madre es VIH positivo la recomendación de no amamantar puede causar un conflicto importante y despertar sentimientos de miedo, tristeza, dolor, pena y culpa, además de ser portadores y transmisores del virus, ante la imposibilidad para amamantar.</p> <p>La negación y el miedo de transmitir el virus al bebé fueron las primeras reacciones, y más tarde aparecen como actitudes positivas la fe y el coraje para romper la barrera del silencio, el apoyo familiar y apoyo emocional ofrecido por los profesionales, se detectaron como esencial para hacer frente diagnóstico.⁴⁹</p>
---	--

⁴⁸ Sopeña B. Transmisión vertical del VIH. Cuadernos de Bioética 1997/2"

⁴⁹ Carolino MM, Andrade F, Avila IA, Magaldales E. El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. Rev Cuid. Bucaramanga Enero 2012; 3(1).

EVALUACIÓN: Se capacita a la mamá sobre los riesgos de transmisión vertical al proporcionar lactancia materna y la importancia de la suspensión de la misma, por lo que esta consiente y de acuerdo en interrumpir la lactancia alimentando a su bebé con leche de fórmula. (Nivel de dependencia 1)



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



Fecha: 11-10-2017 Necesidad alterada: Comunicación	Rol enfermería: Auxiliar	Nivel de dependencia: 1	
Fuente de la dificultad:	Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()	Falta de voluntad ()
Dx de enfermería: Adecuada autorregulación del lactante manifestado por signos vitales estables, movimientos espontáneos y llanto consolable			
Objetivo: El neonato mantendrá adecuada autorregulación en su entorno y se fortalecerá el vínculo madre-padre-hijo para un adecuado desarrollo			
Intervención: Cuidados centrados en el neurodesarrollo	Dependiente()	Independiente()	Interdependiente(x)
Actividades	Fundamentación		
-Observar el comportamiento del bebé (Tranquilidad, irritabilidad)	<p>Las conductas son el máximo canal de comunicación que tienen los recién nacidos.⁵⁰</p> <p>La teoría “interactiva” (synactive theory) postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo y el mismo está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan. Esta comunicación constante del organismo con el medio ambiente ha permitido identificar la interacción de varios subsistemas de funcionamiento dentro del organismo. Estos subsistemas influyen el funcionamiento fisiológico, la actividad motora y la</p>		

⁵⁰ NIDCAP Federation International, 2010; Official Spanish Version, NFI 2010, rev 3/2012

<p>-Vigilar frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, color de tegumentos, nauseas. (subsistema nervioso autónomo).</p> <p>-Vigilar el tono muscular, actividad y postura del neonato (subsistema motor)</p> <p>-Valorar el estado de vigila y sueño (subsistema de los estados)</p> <p>-Valorar la interacción del neonato: reactividad, actividad, irritabilidad (subsistema de atención-interacción).</p> <p>-Estructuración de un entorno físico apropiado (Macroambiente)</p> <p>-Disminución de luz intensa, disminución de ruido</p>	<p>organización de los estados a medida que interactúan con el ambiente de cuidado. Todos aquellos estímulos que no sean acordes penetran y desorganizan estos subsistemas, mientras que los apropiados mantienen y promueven la integración funcional y el crecimiento.</p> <p>El subsistema nervioso autónomo, regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir.</p> <p>El subsistema motor se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.</p> <p>El subsistema de los estados categoriza el nivel de despertar del SNC, los estados de vigilia y sueño.</p> <p>El subsistema de atención-interacción es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener la alerta.⁵¹</p> <p>La Unidad Neonatal (UN) es un área donde se genera gran estimulación. Tal situación repercute en el crecimiento y desarrollo del RN.</p>
--	---

⁵¹ Egan F, Quiroga A, Chattas G. Cuidado para el neurodesarrollo. Revista de enfermería. FUNDASAMIN. [Internet] Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

<ul style="list-style-type: none"> -Cuidado postural, contención y anidamiento, favorecer posiciones en flexión con alineación a la línea media. (Microambiente) -Prevención de estrés y dolor ante los procedimientos invasivos con tratamiento no farmacológico o farmacológico según prescripción médica -Organizar y agrupar las intervenciones de enfermería, respetando los periodos de descanso -Intervenciones individuales para la familia y el bebé -Fomentar a los padres, la importancia del cuidado de su bebe y hacerlos partícipes del mismo 	<p>El sistema musculoesquelético de los neonatos tiene una alta plasticidad, por lo que se adaptan fácilmente a las posiciones en las que se les coloca durante su ingreso, lo que puede producir deformidades posturales y afectar a su desarrollo psicomotor, a la relación de apego con sus padres y a su propia autoestima, cuando madure, en caso de adoptar un patrón postural inadecuado.</p> <p>Los padres son el pilar fundamental del desarrollo de los niños, especialmente durante los primeros años de vida, y su implicación precoz en el cuidado de los RN mejora su pronóstico.⁵²</p>
--	--

EVALUACIÓN: El neonato continua con adecuada autorregulación dentro de su entorno. (Nivel de dependencia 1)

⁵² Harillo D, Rico JI, López A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. Enfermería global. 2017; (48): 577-589



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad alterada: Oxigenación	Rol enfermería: Apoyo	Nivel de dependencia: 1
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Independencia en la necesidad de oxigenación manifestado por respiración espontánea con saturación de 90% a oxígeno ambiente.			
Objetivo: El neonato continuará con independencia en la necesidad de oxigenación con vigilancia continua ante cualquier alteración.			
Intervención: Vigilancia de patrón respiratorio		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
<p>-Monitorización de frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.</p> <p>-Vigilar la aparición de dificultad respiratoria (quejido respiratorio, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal, disociación toraco abdominal)</p> <p>-Vigilar cambios en la coloración de tegumentos (cianosis o palidez)</p> <p>-Valoración de movimientos torácicos</p> <p>-Auscultar campos pulmonares</p>		<p>La respiración normal en los recién nacidos es diafragmática (en ellos el diafragma es el músculo primario de la respiración), simétrica y relajada.</p> <p>Frecuencia respiratoria normal: 30 a 50 rpm</p> <p>Profundidad de la respiración (batipnea): escuchar la respiración con la campana del estetoscopio colocada en la boca o en la nariz, permite estimar la frecuencia y la profundidad de la respiración y distinguir sonidos originados en las vías respiratorias superiores.</p> <p>El tórax es casi redondo, siendo el diámetro anteroposterior igual al transversal; a medida que el niño va creciendo lo hace a</p>	

<p>-Mantener limpieza de las vías aéreas</p> <p>-Posicionar cabecera 30 a 40 grados de elevación</p> <p>-Proporcionar posición de olfateo</p>	<p>expensas del perímetro transverso. En niños pequeños, el apéndice xifoides puede sobresalir normalmente, debido a la unión poco firme entre el xifoides y el cuerpo del esternón.</p> <p>La percusión debe ser simétrica y comparativa; normalmente en el niño dará un sonido más intenso y resonante, de tonalidad elevada, dada su mayor capacidad vibratoria.</p> <p>La AUSCULTACION NORMAL es el murmullo vesicular. Estos ruidos respiratorios son suaves y cortos en la espiración, y más fuertes y largos en la inspiración.</p> <p>En los movimientos respiratorios normales se observa que la inspiración es más corta que la espiración, con una relación de 1:3 en niños mayores y adultos.⁵³</p>
---	--

EVALUACIÓN: El neonato mantiene adecuado patrón respiratorio con oxígeno a aire ambiente, sin presencia de datos de dificultad respiratoria. (Nivel de dependencia 1)

⁵³ Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria. Revista enfermería neonatal. [Internet], Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Valoracion%20clinica%20del%20recien%20nacido%20con%20dificultad%20respiratoria.pdf>








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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad alterada: :Moverse y mantener adecuada postura	Rol enfermería: apoyo	Nivel de dependencia: 2
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Adecuada movilidad física y mantenimiento de postura de acuerdo a su estado de desarrollo manifestado por posición libremente escogida, alineada y movimientos espontáneos de extremidades.			
Objetivo: El neonato continuará con independencia en la necesidad de moverse y mantener adecuada postura			
Intervención: Vigilancia de movimiento y postura		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
<ul style="list-style-type: none"> -Valorar la posición libremente escogida por el neonato -Favorecer posiciones con alineación a la línea media (decúbito lateral, decúbito dorsal con flexión de extremidades) -Permitir los movimientos espontáneos -Valorar la tolerancia del neonato a los cambios posturales -Valorar el tono muscular 		<p>Las variaciones normales en el contorno, tamaño, relaciones y grado de movimiento de las articulaciones, son influenciadas por factores genéticos y por la posición in útero. Estas variaciones normales se deben distinguir de las anomalías congénitas y lesiones traumáticas.</p> <p>Se deben observar la actividad física espontánea y los movimientos reflejos del neonato. La estimulación del neonato mediante el tacto, permite valorar su habilidad para movilizar las extremidades y, de una manera gruesa, valorar el tono. La movilidad pasiva de cada</p>	

-Valorar los movimientos espontáneos, las características, el momento en que se presentan, la fuerza y duración de los movimientos.

-Valorar los movimientos elementales complejos
(Patrones de locomoción)

MEC	Maniobra	Posición de la prueba	Estímulo	Respuesta positiva
MC GRAW		Sobre un plano horizontal colocar al lactante alineado en decúbito prono.	Sostén del mentón con la cabeza a 90°, con la otra mano se mantiene en alineación la región occipital.	Después de un tiempo de latencia se activan movimientos regulares de flexión-extensión de miembros torácicos y pélvicos simulando locomoción.
Gateo asistido		Sobre un plano horizontal colocar alineado al lactante en posición de gateo elevar la cabeza del mentón a 90°, la otra mano en el abdomen para sostener el tronco.	Deslizar al lactante hacia delante en forma continua procurando contacto de las extremidades con la mesa.	Al desplazarlo suavemente el niño realizará movimientos de extremidades pélvicas y torácicas simulando un gateo.
BAUER		Sobre un plano horizontal colocar al lactante alineado en decúbito prono.	Mantener presión con los pulgares sobre los talones del niño, impulsándolo hacia adelante.	Después de un periodo de latencia se espera activación repetida de movimientos de flexión extensión en miembros pélvicos y torácicos.
BAUER reforzado		Sobre un plano inclinado a 30° colocar al lactante alineado en decúbito prono con la cabeza hacia arriba.	Mantener presión con los pulgares sobre los talones del niño.	Después de un periodo de latencia se espera activación repetida de movimientos de flexión extensión en miembros pélvicos y torácicos de reptación ascendente.
Descenso en plano inclinado		Sobre un plano inclinado a 30° colocar al lactante alineado en decúbito prono con la cabeza hacia abajo.	La posición de la cabeza hacia abajo con la acción de gravedad impulsa al lactante hacia abajo.	Después de un tiempo de latencia se activan espontáneamente movimientos de extremidades torácicas y pélvicas simulando un patrón de reptación descendente.






extremidad y el manejo del niño con ayuda permiten identificar los hipotónicos.⁵⁴

Los neonatos nacen con un conjunto de patrones motores complejos estereotipados, denominados como movimientos elementales complejos (MEC), presente desde la semana 28 de gestación hasta los tres meses de vida. Su activación genera impulsos sensoriales al cordón espinal, tallo cerebral y sistemas superiores provocando secuencias de actividad motora generalizada de origen central, con movimientos automáticos, continuos y repetidos de la cabeza, tronco y extremidades, dirigidos a la verticalización y a la locomoción.

A medida que el SN madura, el tono se refuerza en sentido caudo-cefálico.

⁵⁴ Gómez M, Danglot C, Cancino I. Evaluación ortopédica del recién nacido. Rev Mex Pediatr 2003; 70(4); 197-208

(Patrones de verticalización)

Patrones de verticalización	Llevar a sentado		Sobre un plano horizontal, colocar alineado en decúbito supino al lactante.	Sosteniéndolo de las manos traccionarlo súbitamente de 20° a 25° para activar la verticalización de la cabeza y el tronco, después llevarlo lenta y gradualmente a la posición de sentado.	Después de un tiempo de latencia se activan movimientos regulares de enderezamiento de tronco y cabeza para mantenerse vertical al plano.
	Verticaliza contra gravedad		Sobre un plano horizontal, el lactante alineado en decúbito supino, fijar con una mano los miembros pélvicos en extensión.	Sosteniéndolo con la otra mano de la espalda baja, traccionar a 20° y 25° para activar verticalización de la cabeza y el tronco, después llevarlo lenta y gradualmente a la posición de sentado.	Después de un tiempo de latencia se activan movimientos regulares de enderezamiento de tronco y cabeza para mantenerse vertical al plano.
	Sentado en el aire		Colocar al lactante en posición de sentado. Sujetar de los muslos a la altura de la ingle, mantener la flexión de cadera a 90°, con la espalda dirigida al examinador.	Sostenirlo en el aire, evitando darle otro punto de apoyo.	Después de un periodo de latencia se espera activación de movimientos de enderezamiento de tronco y cabeza para mantenerse vertical al plano.
	Reacción de enderezamiento		En una superficie firme y lisa, el examinador coloca al lactante en posición de pie tomándolo por debajo de las axilas, sus plantas deben contactar con la superficie.	Ejercer cargas de apoyo simétricas sobre ambos pies.	Después de un periodo de latencia, se activa extensión en los miembros pélvicos, tronco y cabeza. El estímulo sostenido logra una posición vertical con verdadero sostén del cuerpo, sin equilibrio.
	Marcha elemental		En la misma posición que la anterior una vez que el lactante consigue la reacción de enderezamiento inicia la marcha.	Desplazarlo hacia adelante, manteniendo la posición vertical y alternándole las cargas de peso sobre el pie de apoyo.	Conforme avanza, se observan movimientos de flexión-extensión de los miembros pélvicos con enderezamiento de tronco y cabeza, simulando una marcha bípeda.

El sistema motor piramidal inhibe y subordina a la actividad refleja primitiva, lo que permite la emergencia de reacciones del desarrollo.⁵⁵

EVALUACIÓN: El neonato mantiene adecuada movilidad y postura, sin embargo, presenta ligera hipotonía en extremidades. (Nivel de dependencia 2)

⁵⁵ Alvarado GA, Martínez I, Sánchez C, Solís M, Mandujano M. Los movimientos elementales complejos del humano. Desarrollo posnatal. Reporte preliminar de nueve lactantes mexicanos. Salud mental, 2012; 35(2): 99-107



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad alterada: : Recrearse	Rol enfermería: Suplencia	Nivel de dependencia: 1
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Satisfacción en la necesidad de recreación manifestado por conducta organizada y calmarse cuando se le acaricia.			
Objetivo: El neonato continuará con satisfacción en la necesidad de recreación fomentando el apego y fortaleciendo el vínculo con sus padres			
Intervención: Fomentar el apego		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
-Valorar la conducta del neonato		Cuando un RN presenta signos de estrés se considera que el neonato se encuentra DESORGANIZADO.	
-Identificar los momentos que causan irritabilidad y estrés		Cuando un RN presenta signos de autorregulación se considera que se encuentra ORGANIZADO.	
-Identificar los momentos que causan relajación		Conductas en extensión, reflejan estrés.	
-Proporcionar confort mediante la contención		Conductas en flexión, reflejan autorregulación.	
-Proporcionar estímulos táctiles suaves con caricias		Conductas difusas, reflejan estrés.	
-Proporciona estímulos auditivos sutiles hablándole con voz tenue		Conductas claras y definidas, reflejan balance en la autorregulación. ³⁵	

<ul style="list-style-type: none"> -Permitir que los padres carguen a su bebé -Fomentar el apego -Invitar a los padres a participar en el cuidado de su bebé -Aclarar las dudas de los padres 	<p>La temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño. Estas interacciones le dan al niño confianza y seguridad, y, además, le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso de apego.</p> <p>Las madres con VIH establecieron barreras para el cuidado o para la convivencia con el niño en el domicilio, como forma de prevención. La sangre fue la principal vía de transmisión citada; sin embargo, heridas, menstruación, beso, sudor, fueron otras vías citadas, que inclusive con orientación, las madres tenían miedo de transmitir el virus. A pesar del niño ser hijo de madre con VIH, éste es percibido como saludable.⁵⁶</p>
---	---

EVALUACIÓN: El neonato mantiene adecuada recreación, se encuentra organizado, respuestas positivas al estímulo que recibe por parte de sus padres, quienes están en toda la disposición por mejorar el cuidado, realizan preguntas, externan temores los cuales disminuyen al ser proporcionada información adecuada. (Nivel de dependencia 1)

⁵⁶ De Andrade W, Dupas G. Experiencia de cuidado al niño expuesto al VIH: una trayectoria de expectativas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. sept.-oct. 2014;22(5):848-56



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad alterada: : Creencias y valores	Rol enfermería: Apoyo	Nivel de dependencia: 1
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Disposición de los padres para mantener la esperanza manifestado por tener fe en que la transmisión vertical será negativo en la bebé.			
Objetivo: La familia conservará y fortalecerá la esperanza para facilitar el bienestar en el núcleo familiar			
Intervención: Apoyo espiritual		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
<ul style="list-style-type: none"> - Estar abierto a las expresiones de los padres. - Alentar la asistencia a servicios religiosos, si lo desea. - Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias religiosas. - Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de los padres. - Expresar simpatía con los sentimientos de la familia. 		<p>La percepción de las madres VIH positivas acerca de la gravedad de la infección, expone cómo pensar demasiado acerca de la enfermedad conduce a la depresión y las creencias religiosas convertido en una alternativa para hacer frente a la enfermedad, indicando así la necesidad de apoyo frente a esta condición.³³</p> <p>La trayectoria recorrida hasta la revelación del diagnóstico fue vivida con mucha ansiedad, tristeza, miedo y duda. La madre vive la incertidumbre del diagnóstico con momentos de aflicción, pero hasta la confirmación hay una oscilación entre pensamientos positivos y negativos. Se percibió la fuerte influencia de</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos - Escuchar atentamente la comunicación de los padres y desarrollar un sentido de oportunismo para la oración o rituales espirituales. - Asegurar a la familia que el personal de enfermería estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento. - Estar abierto a los sentimientos de la familia acerca de los riesgos, la enfermedad y el pronóstico. - Ayudar a la familia a expresar y liberar la ira de forma adecuada 	<p>la espiritualidad y de Dios para el autocontrol y para lidiar con el sentimiento de impotencia. La fe y la esperanza en la seronegatividad del niño es lo que prevalece.</p> <p>Se objetivaba un niño sin el VIH y al profesional de salud como proporcionando esperanza para ese resultado.</p> <p>La espera del resultado es vivida con ansiedad y preocupación. En cuanto la certeza no llega, las madres recurren a pensamientos positivos y a Dios, a través de la fe, pidiendo que no ocurra la infección. Esas interacciones establecidas consigo mismo y también con Dios las auxilia en el enfrentamiento de la situación.⁴¹</p>
---	---

EVALUACIÓN: Los padres fortalecen la esperanza y fe, involucrando a su bebé, con oraciones y colocación de imágenes religiosas cerca de la cuna, refieren sentir bienestar y agradecimiento que se les permita expresar sus deseos espirituales.
(Nivel de dependencia 1)



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



Fecha: 11-10-2017	Necesidad alterada: Vestirse y desvestirse	Rol enfermería: Asistencia	Nivel de dependencia: 2
Fuente de la dificultad:		Falta de fuerza()	Falta de conocimiento ()
Falta de voluntad ()			
Dx de enfermería: Vestido que cubre la necesidad de acuerdo a su edad y hospitalización manifestado por confort y piel tibia			
Objetivo: El neonato continuara en confort con el uso de ropa de acuerdo a su edad y condición			
Intervención: Vestir a paciente de acuerdo a su edad y condición		Dependiente()	Independiente(x)
		Interdependiente()	
Actividades		Fundamentación	
<p>-Valorar las características de la piel del neonato.</p> <p>-Valorar las condiciones en las que se encuentra y determinar el tipo de ropa que se colocará.</p> <p>-Colocar pañal limpio y gorro.</p> <p>-Permitir la visualización o manipulación descubriendo el área comprometida.</p> <p>-cambio de ropa de cuna diario y cada vez que sea necesario.</p>		<p>El tipo de ropa a utilizar en relación con la edad depende por un lado de los ajustes termorreguladores, los niños muy pequeños y las personas mayores necesitaran ropas más cálidas a fin de suplir la deficiencia de los mecanismos de termorregulación, y por otro lado del patrón cultural establecido para cada grupo de edad.</p> <p>La ropa necesaria para el paciente depende de la edad, su condición, la naturaleza del tratamiento y el clima.</p> <p>En líneas generales la ropa debe permitir libertad de movimientos, facilitar el acceso a aquellas zonas del</p>	

<p>-Cubrir con sabana o cobertor si es necesario.</p> <p>-Vigilar la temperatura corporal.</p> <p>-Vigilar si el paciente se encuentra en confort con el tipo de vestido utilizado.</p>	<p>paciente que necesiten una manipulación o visualización frecuentes, proteger adecuadamente del frío o del calor.⁵⁷</p>
---	--

EVALUACIÓN: El neonato continua en independencia, en confort con el uso de ropa de acuerdo a su edad y condición hospitalaria.
(Nivel de dependencia 1)

⁵⁷ NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa. [Internet] Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/Necesidad-de-vestirse-y-desvestirse.pdf>

8. PLAN DE ALTA

El cuidado del neonato en el hogar implica la atención en cubrir sus necesidades básicas, con algunos cuidados especiales como los siguientes:

- Alimentación exclusiva con leche de fórmula
- Ministración de antirretrovirales según prescripción médica
- Ministración de otros medicamentos por prescripción médica
- Lavar diario el cordón umbilical con agua y jabón, secando perfectamente hasta la cicatrización completa.

Importante también es enseñar los signos de alarma e informar que si se presentan alguno de estos datos acudir inmediatamente a servicio de urgencias.

- Datos de dificultad respiratoria (Aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción xifoidea, tiraje intercostal y disociación toraco-abdominal)
- Cambios en la coloración de la piel (Cianosis central, peribucal y de extremidades, palidez)
- Incapacidad para alimentarse o presentar dificultad respiratoria durante la alimentación.
- Presencia de vómitos o regurgitación
- Llanto inconsolable durante 3 horas, 3 días por semana, 3 semanas (regla de 3 de Wessel) o 3 horas por día durante una semana.
- El cierre de la fontanela anterior puede culminar hasta el año de vida y la posterior a los 6 meses. Fontanelas abombadas es signo de Presión intracraneal puede ser Tos, llanto y vómito y Fontanela hundida signo de deshidratación
- Debe haber 6 a 8 micciones al día, 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación y más de 12 horas puede ser por afección en el riñón.
- Hipertérmia: es la elevación de la temperatura corporal mayor de 37.5 ° Centígrados Las principales causas son por: Proceso infeccioso, defensas bajas, proceso inflamatorio

Se puede identificar ya que aumentan los latidos del corazón, respiraciones rápidas, falta de apetito, concentración de la orina, dolor de cabeza, sed, escalofríos, sueño, fatiga, irritabilidad, delirio febril y mal estado general.

- Hipotermia: Descenso involuntario de la temperatura corporal por debajo de 36 °C medida con termómetro, las causas pueden ser por: malnutrición, disminución de la glucosa, cambios en el medio ambiente. Se observa coloración azul en boca, dedos de las manos y pies y piel Fría.
- Diarrea: Evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia.
- No evacua en 24 horas o presenta evacuaciones con sangre.

Acudir a clínica de primer nivel para completar esquema de vacunación, excepto la poliovirus oral, pues el virus puede ser transmitido al niño inmunodeprimido. Sí puede aplicarse la vacuna inactivada de la poliomielitis.

Acudir a consulta con pediatra para valoración de crecimiento y desarrollo

Acudir a consulta agendada en ambulatorio especializado en el manejo clínico de niños nacidos de madres portadoras de VIH: consultas quincenales en los dos primeros meses de vida, mensuales hasta los seis meses y trimestrales de los dieciocho a los veinticuatro meses para el seguimiento ante la posible transmisión vertical.

Recomendar grupos de apoyo que ofrecen soporte emocional y social para la familia, asegurando sigilo y no discriminación.

9. CONCLUSIONES

El presente Estudio de Caso cumple los objetivos planteados, los cuales fueron proporcionar un cuidado integral al neonato con riesgo de transmisión vertical a VIH durante su estancia hospitalaria y la educación para la salud a la madre de los cuidados en el hogar para continuar con la prevención de dicha transmisión.

Se llegó a la independencia de las necesidades alteradas y se mantuvo la independencia en aquellas necesidades no alteradas.

Se llevó seguimiento vía telefónica con la madre del neonato, quien refirió seguir al pendiente de los estudios virológicos realizados para la detección de VIH, consultas médicas de rutina, adherencia en el tratamiento con antirretrovirales y la complementación del esquema de vacunación, por este medio, se llevó la aclaración de dudas y seguimiento del caso, en el cual, el neonato expuesto no presenta infección de VIH por transmisión vertical.

10. SUGERENCIAS

El desarrollo del Estudio de Caso, permite ver que existe información documentada científicamente y Basado en Evidencia acerca de la transmisión vertical de VIH, el diagnóstico, tratamiento, interrupción de lactancia materna y apoyo emocional a la madre ante esta situación, sin embargo, no se encontraron artículos en los que se documente la práctica de Enfermería basado en Procesos de Atención de Enfermería con apoyo de teorías aplicados a proporcionar cuidado integral al neonato expuesto y con riesgo de trasmisión vertical, por lo que se puede sugerir al personal de Enfermería, interesarse e involucrarse a la realización de Procesos de Atención en dichos casos, ya que en la actualidad es un factor de dependencia que prevalece.

11. ANEXOS

(ANEXO 1)

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



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE CASO

Ciudad de México a _____ de _____ de 20__

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 objetivo del estudio de caso es únicamente con fines de aprendizaje y consiste en:

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

Estoy de acuerdo en proporcionar mi número telefónico _____ para que se tenga seguimiento del caso en situación extrahospitalaria y que todo tipo de información que yo proporcione, será manejado responsable y anónimamente cuidando la integridad de mi hijo (a) y mi familia.

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 de caso: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Testigos:

Nombre y firma: _____

Nombre y firma: _____

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 ()

Características de secreciones: Abundantes () Espesas () Líquidas () Escasas ()
Patrón circulatorio: Taquicardia () Regular () Bradicardia ()
Características del pulso: Normal () Salton () Débil ()
Presencia de pulsos: Carotídeo () Femoral () Yugular () Braquial () Temporal ()
Altracción 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: Náusea () 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 () Amoníaco () Fétido () Dulce ()
Labstix _____
Presencia de globo vesical SI () No () Presencia de Sonda vesical: SI () No ()
EGO SI () No () Resultado: _____
Patrón Intestinal
Año 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 () Continua ()
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: __ Eosinófilos: __ Basófilos: __
 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 ()
 Lloro: 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: _____
 Valores:
 Creencias familiares: _____
 ¿Qué opina el cuidador acerca del estado de salud de su neonato?

11. 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: _____

12. 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: _____

13. 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

Cuadro 1. Puntuación de la capacidad neurológica y de adaptación (NACS)

Capacidad de adaptación	0	1	2
1. Respuesta al sonido			
2. Habitación al sonido			
3. Respuesta a la luz			
4. Habitación a la luz			
5. Posibilidad de consolar			
Tono pasivo			
6. Signo de la Bufanda			
7. Rebote de los brazos			
8. Angulo poplíteo			
9. Rebote de miembro			
10. Contracción activa de los músculos del cuello (desde el decúbito dorsal)			
Tono Activo			
11. Contracción activa de los extensores (desde la flexión del tronco)			
12. Presión palmar			
13. Respuesta a la tracción (después de presión palmar)			
14. Reacción de sostén (posición erecta)			
Reflejos primarios			
15. Marcha automática			
16. Reflejo de Moro			
17. Succión			
Evaluación General			
18. Estado de Alerta			
19. Llanto			
20. Actividad motora			
Total Neurológica			
Puntuación total _____ a los _____ minutos de vida			

BIBLIOGRAFÍA

Martínez PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento y gestión. Bogotá, Colombia. Julio 2016; 20:165-193

Matesanz MA. Pasado, presente y futuro de la Enfermería: Una aptitud constante. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):243-60

Vesga LM. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. Revista CUIDARTE, Colombia 2012; 3(1):410-415

Universidad Nacional Autónoma de México. Teorías y modelos de enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología; Marzo 2011.

Martínez L, Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2011; 19 (2): 105-108

Delgado M, Hernández CM, Ostiguin RM. Fundamentos filosóficos de la propuesta de Virginia Avenel Henderson. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2007; 4(1).

Barroso Z, Torres JM. Fuentes Teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como un ser biopsicosocial. Rev Cubana Salud Pública 2001;27(1):11-8

Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. Edit: Elsevier. España;2011

Brena VM, Cruz I, Contreras JC. Proceso enfermero aplicado a paciente prematuro con síndrome de distrés respiratorio. Salud y Administración. 2015; 2(6): 17-38

Ramírez A. Proceso de Enfermería; lo que si es y lo que no es. Enfermería Universitaria. 2016;13(2):71---72

Iyer, PW. Proceso y Diagnostico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill Interamarticana.1997.

North American Nursing Diagnosis Association.2010

Carolina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico,Bogotá 2010; 17:18-23.

Bellido JC, Lendinez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. España

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet], Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>

NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Internet], Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5166864&fecha=10/11/2010

Miranda A, Contreras S. El cuidado enfermero como problema ético: conceptos y principios prácticos aplicados al arte del cuidado. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez;67(6):873-80

Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología. 2015; 28(2): 228-233

López P, Sierra A. Transmisión materno fetal del VIH – SIDA. CCAP ;13(7):35-44

Rodríguez P. Evaluación y manejo de la exposición perinatal al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Rev Soc Bol Ped 2011; 50(3): 216-2019

Damasceno K, Dos Prazeres A, Araujo C, Leite M, Netto V. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/SIDA en fortaleza, Ceará Brasil. Salud colectiva. 2013; 3 (9).

Organización panamericana de la salud. Infecciones perinatales transmitidas de la madre a su hijo. 2008; Centro panamericano de Perinatología. CLAP/SMR - Publicación Científica N°1567

Gómez J. La proteína C reactiva como marcador de cualquier tipo de inflamación. Clin Invest Arterioscl. 2006;18(3):96-8

Fonseca CE, Prieto FE. Manejo de la infección materna con VIH y del recién nacido expuesto. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No.1 • 2005 • (68-81)

Verissimo de Oliveira MI, Andrade MG, Bezerra JC. Puérperas con virus humano de inmunodeficiencia adquirida positivo y las condiciones de sus recién nacidos. Enfermería global No. 28; Octubre 2012, (425-438)

Rendón M, Serrano G. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(4): 319-327

Santos E, Fuertes A. Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales. Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. An Med Interna (Madrid) 2006; 23: 338-344

Cárdenas PA, Zárate RA. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 6. Año. 6 No. 2 Abril-Junio 200

Suárez S. Dermatitis del pañal, abordaje eficaz. Farm Profesional. Diciembre 2002; 16 (11)

Rodríguez L, Mata I. Procedimientos de mínima manipulación en el neonato. Rev. enferm.2014; 6 (2).

Sánchez MC, Arevalo MM, Figueroa M, Najera RM. Atención del neonato prematuro en la UCIN centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo. Manual moderno 2014; PP 147.

Alvarado G, Martínez R, Solís M, et all. Los reflejos primitivos en el diagnóstico clínico de neonatos y lactantes. Revista de Ciencias Clínicas, 2009, 9(1), Enero-Junio, pp. 15-26

Gomez D, Pulido I, Fiz L. Desarrollo neurológico normal del niño. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 640.e1–640.e7

Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Sociedad Iberoamericana de Neonatología. 2010

Sopeña B. Transmisión vertical del VIH. *Cuadernos de Bioética* 1997/2"

Carolino MM, Andrade F, Avila IA, Magaldales E. El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. *Rev Cuid* vol.3 no.1 Bucaramanga Jan. 2012

NIDCAP Federation International, 2010; Official Spanish Version, ©NFI 2010, rev 3/2012

Egan F, Quiroga A, Chattas G. Cuidado para el neurodesarrollo. *Revista de enfermería. FUNDASAMIN*. [Internet] Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>

Harillo D, Rico JI, López A. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería global*. 2017; (48): 577-589

Torregrosa MJ, De frutos E. *Semiología respiratoria*. FAPaP Monogr. 2015;1:7-12

Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria. *Revista enfermería neonatal*. [Internet], Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Valoracion%20clinica%20del%20recien%20nacido%20con%20dificultad%20respiratoria.pdf>

Gómez M, Danglot C, Cancino I. Evaluación ortopédica del recién nacido. *Rev Mex Pediatr* 2003; 70(4): 197-208

Alvarado GA, Martínez I, Sánchez C, Solís M, Mandujano M. Los movimientos elementales complejos del humano. *Desarrollo posnatal*. Reporte preliminar de nueve lactantes mexicanos. *Salud mental*, 2012; 35(2): 99-107

De Andrade W, Dupas G. Experiencia de cuidado al niño expuesto al VIH: una trayectoria de expectativas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. sept.-oct. 2014;22(5):848-56

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE: Elegir prendas de vestir adecuadas, ponerse y quitarse la ropa. [Internet] Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/07/Necesidad-de-vestirse-y-desvestirse.pdf>