



ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN RECIÉN NACIDO CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL E HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL”

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BEATRIZ MARTÍNEZ ESPARZA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



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.



ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN RECIÉN NACIDO CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL E HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL”

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BEATRIZ MARTÍNEZ ESPARZA

ASESOR: L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACION DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA
LA TITULACION DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

BEATRIZ MARTÍNEZ ESPARZA

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

*“PROCESO CUIDADO ENFERMERO EN RECIÉN NACIDO CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL E HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL”*

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería Y Obstetricia.

L.E. Claudia Gláfila Martínez

Saldaña TUTOR

L.E.O. Claudia Patricia Pérez

Hernández PRESIDENTA

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

SECRETARIA

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

VOCAL

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I. INDICE

Contenido

Dedicatoria y agradecimientos	
Resumen	
II. INTRODUCCION	1
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS.....	4
4.1 Objetivo General.....	4
4.2 Objetivos Específicos.....	4
V. MARCO TEORICO	5
5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.....	5
5.2 El cuidado como objeto de estudio	6
5.3 Proceso de Atención de Enfermería.....	7
5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE	9
5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado	11
5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	12
5.5.1 Valoración	12
5.5.2 Diagnóstico	14
5.5.3 Planeación	16
5.5.4 Implementación.....	17
5.5.5 Evaluación.....	17
5.5.6. Problemática de salud de la persona.....	18
5.5.6.1 Patología.....	19
5.5.6.2 Epidemiología	20
5.5.6.2 Fisiopatología.....	21
5.5.6.3 Manifestaciones clínicas	21
5.5.6.4 Medios Diagnósticos.....	22
5.5.6.5 Tratamiento.....	23
5.5.6.1 Patología.....	23
5.5.6.2 Epidemiología	24
5.5.6.3 Manifestaciones clínicas	25

5.5.6.4 Medios Diagnósticos.....	26
5.5.6.5 Tratamiento.....	26
VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO.....	28
6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon)	28
6.1.1 PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD.....	29
6.1.2 NUTRICIONAL / METABÓLICO	29
6.1.3 ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO	30
6.1.4 ACTIVIDAD / EJERCICIO.....	30
6.1.5 SUEÑO / DESCANSO	30
6.1.6 COGNITIVO / PERCEPTUAL	30
6.1.7 AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO.....	30
6.1.8 ROL / RELACIONES.....	31
6.1.9 SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN	31
6.1.10 TOLERANCIA AL ESTRÉS.....	31
6.1.11 VALORES / CREENCIAS	31
6.2 Diagnósticos Enfermeros	32
6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)	32
6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención).....	32
6.5 Evaluación (medición de indicadores).....	32
VII. PLAN DE ALTA.....	43
VIII. CONCLUSIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	46
X. GLOSARIO DE TERMINOS.....	49
XI. ANEXOS.....	52

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López

SECRETARIA

L.E.O. Agripina García Gutiérrez

VOCAL

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

Dedicatoria y agradecimientos

Quiero agradecer infinitamente a todas las personas que han estado conmigo en este proceso de preparación profesional y ahora de titulación. Por estar presentes en los momentos más importantes y también en los más difíciles, por impulsarme a no rendirme y así lograr todo lo que me he propuesto, ya que llegar hasta el día de hoy no fue trabajo únicamente mío sino de ustedes también.

En especial quiero agradecer a mis padres Juan Martínez y Francisca Esparza por el apoyo brindado, por la confianza depositada en mí y por creer que un día verían materializado el esfuerzo de toda una vida, para que yo un día lograra ser la mujer que se va construyendo día con día en mí.

A mis hermanas y hermanos por acompañarme en cada triunfo y fracaso, en cada pequeño peldaño escalado poco a poco y por siempre impulsarme a no desistir, por todas esas palabras de aliento que, aunque pareciera poco, significaban mucho

Amigos, compañeros y docentes gracias por hacer de esta etapa una de las más divertidas, amenas e inolvidables.

Resumen

Introducción: El recién nacido preterminó es aquel nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación, representado el 37.3% del total de ingresos a la UCIN derivado del binomio inmadurez-hipoxia, por la aparición de patologías como la obstrucción intestinal, problema habitual en un 41 % e hiperbilirrubinemia neonatal presente en el 80% de los prematuros. Que para dar respuesta a ello el profesional de enfermería ha convertido al PCE en el eje principal de su actuación profesional, ya que le proporciona el mecanismo por el cual utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y da respuesta al cliente a los problemas reales, potenciales, actuales o pasados de salud, fundamentado en el método científico. **Objetivo:** Desarrollar un proceso cuidado enfermero individualizado, a un recién nacido preterminó con obstrucción intestinal e hiperbilirrubinemia neonatal, que permita mejorar su estado de salud. **Metodología:** El PCE se implementó en la UCIN, a un recién nacido preterminó, por medio de la exploración física utilizando como instrumento la valoración por patrones funcionales de Margory Gordon y retomando el modelo de enfermería del sistema conductual de Dorothy Johnson, así como taxonomía NANDA, NIC, NOC, recursos electrónicos e impresos como base científica. **Resultados y conclusiones:** Se obtuvo como producto final un proceso cuidado enfermero personalizado al paciente, donde se logró identificar los patrones disfuncionales nutricional-metabólico, eliminación intercambio, actividad-ejercicio Tolerancia al estrés, diagnósticos prioritarios, implementación de intervenciones y elaboración de un plan de alta para un manejo adecuado en casa.

Palabras clave:

Obstrucción, Hiperbilirrubinemia, prematuro, inmadurez, Proceso, enfermería, cuidado.

II. INTRODUCCION

La enfermería considerada la profesión del cuidado, enfatiza las relaciones humanas, la ayuda y el autocuidado mediante la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado a aquellos que lo necesiten por medio del Proceso de Atención de Enfermería que se ha convertido en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional, fundamentado en el método científico, ya que permite a partir del contexto, datos objetivos, subjetivos y las experiencias, valorar la situación de salud actual del individuo, plantear la problemática, diagnosticar, formular metas objetivas, reales y alcanzables mediante una planeación, para llevar a la práctica la ejecución de intervenciones encaminadas a lograr la restauración o potencialización de la salud, y en base a ello realizar la toma de decisiones que lo lleven a lograr los objetivos en un inicio planteados para posteriormente analizar y evaluar los resultados obtenidos de su implementación para finalmente registrarlos. Todo basado en una taxonomía básica creada y validada por profesiones con el objetivo de brindar al profesional una herramienta que le permita guiar las intervenciones del cuidado de Enfermería como objeto de estudio.

El PCE el cual está sustentado en bases filosóficas, teóricas y prácticas, permite involucrar la taxonomía NANDA , NIC Y NOC al igual que modelos y teorías de enfermería como lo es el modelo conductual propuesto por Dorothy Johnson que nos muestra cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación ya que para Johnson, el objetivo de enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad en el proceso de recuperación por medio de la realización del proceso cuidado enfermero el cual permite llevar a cabo cuidados individualizados al paciente recién nacido en el área de cuidados intensivos neonatales (UCIN) a quien la Organización Mundial de la Salud define como cualquier Recién Nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 260 días cumplidos. Que actualmente representa una tasa de incidencia de 19.7% de recién nacidos prematuros en nuestro país y que de acuerdo al IMSS representa el 37.3% del total de ingresos a la UCIN. Derivada del binomio inmadurez-hipoxia. La cual trae consigo una serie de patologías que llevan al neonato a un estado de riesgo, entre ellas las de origen respiratorio, intestinales y metabólicas, como los son la obstrucción intestinal, problema

habitual, siendo la causa más frecuente las malformaciones anales en un 41 % seguida por la obstrucción esofágica en un 24 % y la obstrucción duodenal en un 20 %.

Y la hiperbilirrubinemia neonatal que hoy en día se ha convertido en una situación muy frecuente presente en el 60% de recién nacidos y se caracteriza por ser mono-sintomática, y en el 80% de los prematuros en la primera semana de vida, así como que el 10% de los recién nacidos alimentados con seno materno, que hoy se convierten en el eje principal de este PCE.

Cifras y situaciones de salud que son altamente alarmantes y que nos lleva a analizar la situación que actualmente atraviesa el mundo entero y que obliga por ende a los profesionales del área de la salud a adecuarse a las necesidades del entorno, buscando una actualización, profesional y técnica que los lleve a desarrollar y potencializar sus habilidades en la práctica diaria ,de ahí la trascendencia e importancia de este trabajo, el cual nos hace cuestionar la manera en la que hasta nuestros días se ha implementado el cuidado en la persona recién nacida y en especial aquellos que entran en la clasificación del prematuro.

Ya que, para el profesional de enfermería, el proceso cuidado enfermero se convierte en el eje principal de actuación, que actualmente se conoce como el “sistema de la práctica de Enfermería”, ya que proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales actuales o pasados de salud.

III. JUSTIFICACION

La prematuridad neonatal es un problema de salud que en los últimos años ha ido en incremento con una incidencia del 19.7% de los nacimientos en nuestro país. significando para los servicios de salud y directamente para el profesional sanitario en cualquiera de sus áreas un reto potencial, ya que genera un estado de riesgo en el neonato por la inmadurez ocasionada en aparatos y sistemas a nivel funcional. Que exige con ello la toma de decisiones de manera objetiva, eficaz y oportuna por parte del profesional, basada en el método científico haciendo uso de herramientas que fungen como guía para la ejecución de acciones aplicadas al paciente para mantener o potencializar su estado de salud.

Tal es el caso del área de enfermería, que para darle frente a los retos a los que se enfrenta diariamente en diferentes escenarios hace uso del PCE como herramienta principal de su quehacer enfermero, siendo punto de partida de su objeto de estudio, el cuidado, que implementado en el recién nacido con obstrucción intestinal, problema habitual en prematuros con muy bajo peso en un 43.2% al igual que la hiperbilirrubinemia presente en el 80% de estos, logra mediante sus intervenciones, favorece la disminución de riesgos, mejoramiento y mantenimiento del estado de salud , caso contrario , que de no ser atendidas las necesidades en este tipo de pacientes hay un incremento de las posibilidades de inestabilidad de otras funciones vitales y aparición de complicaciones derivadas directamente de estas enfermedades como lo son encefalopatía bilirrubínica o toxicidad aguda, kernicterus, incremento de la presión intraabdominal, disnea, hipoxia, hipercapnia, acidosis y shock que complican en gran medida el desarrollo adecuado del neonato y disminuyen las posibilidades de cambiar su estado de inmadurez.

De ahí surge la importancia de conocer desde diferentes enfoques, la trascendencia que llegara a tener su correcta implementación. Conociendo desde sus orígenes, hasta su forma de aplicación, con el objetivo de buscar la mejora constante, siendo el más beneficiados con ello el paciente, ya que lo lleva a mejorar o mantener un estado de salud optimo, así como el profesional de enfermería, ya que le proporciona las herramientas necesarias para brindar una atención rápida, eficaz y oportuna. igual que enriquece su acervo personal de conocimientos.

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Desarrollar un proceso cuidado enfermero individualizado, a un recién nacido preterminó con obstrucción intestinal e hiperbilirrubinemia neonatal, que permita mejorar su estado de salud para así obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

4.2 Objetivos Específicos

1. Aplicar los conocimientos adquiridos durante la preparación universitaria de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en relación al proceso cuidado enfermero.
2. Utilizar la valoración por patrones funcionales de Margory Gordon en el recién nacido preterminó con obstrucción intestinal e hiperbilirrubinemia neonatal, para la identificación de patrones alterados.
3. Implementar el modelo del sistema conductual propuesto por Dorothy Johnson para la realización del proceso cuidado enfermero.
4. Desarrollar planes de cuidado prioritarios en relación a los patrones alterados, haciendo uso de la taxonomía NANDA, NOC y NIC que permitan mejorar el estado de salud del recién nacido.
5. Diseñar un plan de alta que permita al cuidador primario llevar a cabo las medidas necesarias que contribuyan a mantener un estado de salud óptimo de la persona y con ello evitar un reingreso hospitalario a corto plazo.

V. MARCO TEORICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria.

Enfermería inicialmente comenzó a desarrollarse a mediados del siglo XIX con unos de los primeros programas educativos para formar enfermeras en 1836 en Alemania, a cargo del pastor Theodor Fliedner, pero no fue hasta el año de 1853-1956 que Florence Nightingale considerada la precursora de la enfermería moderna, quien durante la guerra de Crimea comenzó a utilizar la observación y destacó la importancia de conceptualizar explícitamente e implícitamente las leyes de la vida , la importancia del medio ambiente “ entorno” ,en el proceso de recuperación de la persona enferma.

Fue entonces cuando se da el avance de la enfermería profesionalmente como disciplina de salud, siendo distintiva como la ciencia del cuidado en el proceso curación-cuidado, salud-enfermedad, que principalmente responde a las necesidades del ser humano al preocuparse por la curación y el cuidado, que actualmente trascienden los hospitales, las practicas industriales institucionales y diversos sistemas que hoy en día engloban todos los sistemas de salud.

El concepto de disciplina de enfermería empieza a ser introducido en los años 1950 en EE.UU., por un grupo de académicas-teóricas que señalaban que una profesión nueva como enfermería debía explicitar su propio conocimiento a través de sus bases teóricas para poder sobrevivir como profesión. (Urra, 2009)

Las teorías y filosofías de la ciencia son la base del conocimiento específico de la disciplina. Son las bases filosóficas, los valores y la visión del mundo los que trascienden a los eventos específicos, y buscan proporcionar explicaciones universales que puedan reflejar los fundamentos ético-filosóficos y los valores para todo el campo de estudio. (Román,2017)

Por otro lado, la disciplina en enfermería aborda metodologías y métodos expandidos, diversos, creativos e innovadores consistentes con el cuidado, además de fenómenos y experiencias de enfermedad. Contiene teorías de gran alcance, rango medio y situaciones específicas para proporcionar una visión del mundo unitaria, evolucionada y compartida, en la que la salud se ve involucrada.

Es señalada de pertenecer a las disciplinas humanas porque están orientadas a producir "conocimiento sobre seres humanos" también considerada una disciplina profesional cuyo objetivo es saber aplicar, describir, o prescribir conocimiento; y académica, teniendo el conocimiento puro o saber por saber.

Enfermería, entonces, se definió como disciplina profesional práctica, porque busca usar el conocimiento desde su propia ciencia u otras para las resoluciones de problemas del diario vivir en la práctica clínica-hospitalaria o dentro de un campo práctico diverso.

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Enfermería como profesión social bajo una óptica humanista, ayuda a la persona sana o enferma a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, físico, mental y/o social por ello reconoce al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que van de lo orgánico a lo espiritual, de lo objetivo hasta lo subjetivo; con inclusión del aspecto social, que lo define como un ser, holístico de interrelaciones permanentes. (Guevara, Salas, Manrique & Palacio, 2014).

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas. (Román,2006).

Bajo esta perspectiva, en enfermería, se procura ver a la persona como un ser holístico, una entidad única, poseedora de conciencia, intelecto, dignidad, emociones, sentimientos y saberes, por lo tanto, el cuidado en enfermería asume una dimensión humanista y comprensiva del ser, cuya subjetividad está estructurada por sus vivencias y significados, sentimientos, emociones, intuiciones, razonamientos y de manera objetiva lo que es posible observar, medir, palpar y aquello que es comprobable, de tal manera que desde la dimensión humanista, en enfermería, ubica a la persona como seres pensadores existencialistas, quienes cuestionan el enfoque existencialista del cuidado significativo en enfermería.

Tal es así que con el paso de los años han surgido nuevas teorías y modelos impulsados y propuestos por profesionistas del área de enfermería que se han cuestionado la construcción de la enfermería como disciplina y que se han dado a la tarea de buscarle un enfoque diferente a la manera de ver al cuidado como objeto de estudio, tal como paso con Florence Nigtingale conocida como la primera teórica del cuidado, con su teoría del entorno, Margory Gordon quien propuso los 11 patrones funcionales que hoy en día son la principal herramienta de valoración de enfermería para llevar a cabo el cuidado como rol principal de la profesión, Virginia Henderson con sus 14 necesidades ,etc. Todas ellas buscando dar objetividad al proceso del cuidado.

Es entonces que se le conoce como “El arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida” (Guevara, et al. 2014)

Fue así que se identificaron cuatro conceptos que están presentes en todos los modelos conceptuales que han desarrollado todas las teóricas al pasar de los años: enfermería o cuidado, persona, entorno y salud.

Como resultado, se ha establecido un consenso tomando a estos cuatro conceptos como los principales núcleos de la enfermería teórica. Por sí solos no adquieren significado, pero a través de un modelo teórico que les dote de contenido, cobran un sentido unitario, determinado así el cuidado como eje principal de estudio y ejecución de la profesión de enfermería moderna.

5.3 Proceso de Atención de Enfermería

Se desarrolló entre los años de 1950 y 1970, se centró en la salud pública y en la enfermedad. Se caracterizó por la necesidad de aplicar principios de higiene en el entorno, siempre abocándose en el principal hacer de enfermería, el cuidado, basado en proporcionar al individuo un "entorno favorable" que promoviera la restauración o mantenimiento de la salud. (González y Monroy,2016).

El inicio del desarrollo del PCE se remonta al año de 1950, cuando un grupo de académicas-teóricas señalan la importancia de que la actuación de enfermería debía sustentarse

científicamente para mantenerse como profesión y no guiarse únicamente por el método del médico, hacia 1955 Hall consideró por primera vez la actuación de enfermería como un "proceso", centrado en el cuidado de una serie de clientes durante 24 horas al día, como parte de este se aplicaban conocimientos que permitían el desarrollo de planes de cuidados.

Con base en esto, con el paso del tiempo y las aportaciones de otras teóricas de enfermería se establecieron las primeras etapas de dicho proceso.

Hacia los años de 1959, 1961 y 1963 Jhonson, Orlando y Wiedenbach, consideraron que este proceso constaba de tres etapas; valoración, planeación y ejecución, puesto que la enfermería identificaba la ayuda necesaria, la planeaba y la prestaba. Finalmente, en 1967 Yura y Walch describieron cuatro fases, agregan una a las ya mencionadas, al referir que se verificaban los resultados obtenidos (evaluación) por el mismo profesional de enfermería. Es entonces cuando el PAE se dirigía al problema de salud específico y al proceso para resolverlo. (González y Monroy, 2016)

La enfermería tiene a su cuidado la vida, salud y la enfermedad misma, por ello, debe ampliar su concepción de la vida en una dualidad con la muerte, ya que es en estos dos ejes paralelos, donde el cuidado de enfermería debe avocarse no sólo a la persona enferma, sino también para la sana, donde la medida está en la calidad, estilo, condiciones y potencial de vida; elementos que desde el punto de vista filosófico se unen a la ciencia para respetar la vida como parámetro para medir la vida misma. (Téllez y García, 2012).

Enfermería es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

La relación que existe entre el Método científico y el Proceso de atención de enfermería permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías y modelos que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que ésta perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que ocurren en la práctica profesional diaria.

El proceso enfermero representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha visto involucrado en una constante evolución, cuyo enfoque recae en los resultados, tanto esperados, como los obtenidos y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado en evidencia científica estandarizada. actualmente se consideran así a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina y herramienta científica principal para la ejecución de los cuidados que hoy en día son reconocidos y aceptados internacionalmente. (Kuiper, Pesut y Williams,2006.)

5.4 Modelo teórico utilizado para la elaboración del PCE

Los modelos son representaciones que ayudan a comprender aquello que no se puede ver. Son abstracciones simbólicas de la realidad enfermera que intentan describir conceptos y relacionarlos entre sí, al mismo tiempo que pretenden hacer una propuesta de funcionamiento de la realidad enfermera.

El modelo conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos meta paradigmáticos: persona, salud, entorno y enfermería. Son al mismo tiempo, una representación y una propuesta de la realidad ideal.

Modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson

Dorothy E. Johnson nació el 21 de agosto de 1919 en Savannah, Georgia. Se graduó en Artes en la Amstrong Junior College, en Savannah, Georgia, a los 19 años. Se recibe como enfermera titulada a los 23 años en la Universidad de Vanderbilt University de Nashville. En 1948, recibió su Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston, Massachusetts (Holaday,2014)

La mayor parte de su experiencia profesional fue como docente de la especialidad enfermería pediátrica en la Universidad de California. Desde 1965 hasta 1967 presidió el comité de las Nurses California Association.

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson estuvo influido por el libro de Florence Nightingale “Notes of Nursing”, acepto la creencia de Nightingale de que el primer problema

de la enfermería se produce con la “relación entre la persona que está enferma y su entorno, no con la enfermedad”, Johnson utilizó el trabajo de científicos conductuales en psicología, sociología y etnología. se centra en cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Para Johnson, el objetivo de enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad a través del proceso de recuperación. (Holaday,2014)

El modelo de sistemas conductuales nace en 1968 como una propuesta sobre el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad" la teoría general de sistemas se creó a partir supuesto de que todos los tipos de sistemas tenían características en común independientemente de su naturaleza.

Entonces el modelo del sistema conductual de Johnson proporciona un marco que se basa en su síntesis de los componentes de este sistema y en una descripción del contexto de las relaciones entre sí (subsistemas) y en otros sistemas (entorno). Entonces Johnson propuso ver enfermería de forma holística.

El modelo de Johnson se centró en la respuesta de la persona al estrés de la enfermedad y cómo iban a reaccionar a estas tensiones, se centra en las necesidades básicas en relación en los siguientes subsistemas de conductas:

1. Subsistema de afiliación. Constituye la base de toda organización Asegura la supervivencia y la seguridad. en él se inscriben la inclusión social, la intimidad y la formación, y el mantenimiento de un fuerte vínculo social.
2. Subsistema de dependencia. Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca. Sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo
3. Subsistema de ingestión. Tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones nos alimentamos. Cumple así la amplia función de satisfacer el apetito.
4. Subsistema de eliminación. Tiene que ver con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, considera aspectos biológicos, sociales y fisiológicos.

5. Subsistema sexual. Obedece a la doble función de la procreación y la gratificación o placer, este subsistema incluye el cortejo y el apareamiento, pero no se limita a ellos. La respuesta a este sistema empieza con el desarrollo de la identidad del rol de género e incluye una amplia gama de conductas del rol sexual.
6. Subsistema de realización. Este subsistema trata de manipular el entorno, controla y domina un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación. Este subsistema incluye las habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales.
7. Subsistema agresión/protección. Consiste en proteger y conservar.

5.4.1 Elementos fundamentales del modelo utilizado

Enfermería: Fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente hasta un nivel óptimo utilizando mecanismos reguladores de control temporales o proporcionando recursos cuando el paciente sufre estrés o un desequilibrio del sistema conductual. cuando éste se siente sometido a estrés, por medio del fomento de mecanismos reguladores y otros recursos. Como técnica y como ciencia, presta asistencia externa antes y durante la pérdida del equilibrio del sistema y, por lo tanto, requiere un conocimiento del orden, el desorden y el control. (Holaday,2014)

Persona: Concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno. La concepción de la persona es básicamente motivacional. Johnson admitió que la experiencia previa, el aprendizaje y los estímulos físicos y sociales influyen en la conducta. Presupone también que un sistema conductual es fundamental para el individuo, y cuando alguna fuerza poderosa y una menor resistencia perturban el equilibrio del sistema conductual la integridad del individuo se ve amenazada.

Salud: Estado dinámico difícil de alcanzar, fugaz, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. La salud se refleja por medio de la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual.

Un individuo intenta conseguir que el sistema este equilibrado lo que provocara una conducta funcional. Si las necesidades estructurales y funcionales de los subsistemas no están equilibrados la salud es mala, por tanto al evaluar la salud, nos centramos en el sistema

conductual y en el equilibrio, la estabilidad del sistema, el funcionamiento efectivo y eficaz y el desequilibrio y la inestabilidad del sistema conductual. (Raile 2018)

Entorno: Se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él; algunos de ellos pueden ser utilizados por la enfermera a favor de la salud del paciente.

5.5 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero

EL proceso cuidado enfermero es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales del individuo.

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. (Reina G,2010).

5.5.1 Valoración

Implica la recopilación de datos subjetivos y objetivos (por ejemplo, signos vitales, entrevista del paciente /familia, examen físico) y la revisión de la información histórica proporcionada por el paciente/familia, o que se encuentra en el historial clínico del paciente. Las enfermeras también recopilan datos sobre las fortalezas del paciente / familia (para identificar oportunidades de promoción de la salud). Las valoraciones pueden basarse en una teoría específica de enfermería, como la desarrollada por Florence Nigthingale, Wanda Horta o Sor Callista Roy, o en un marco de valoración estandarizada como los patrones funcionales de salud de Margory Gordon.

Estos marcos proporcionan una forma categorizada grandes cantidades de datos en un numero manejable de patrones relacionados o categoría de datos como pueden ser:

Datos Subjetivos: Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud, por ejemplo, ideas, síntomas, sentimientos y/o acontecimientos, de los

cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento, pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería

Datos Objetivos: Como su nombre lo indica, es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los puede confirmar a través de la observación y/o la exploración física. En este caso como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho. (Herdman ,2018).

La primera etapa de la valoración consiste en la obtención de datos significativos del cliente, con técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.(Reyes,2009)

La inspección para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de los sentidos, en específico la vista e indirectamente utiliza instrumentos para la exploración visual de la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.

La palpación es el uso del tacto, ésta con las manos se puede realizar de forma superficial y profunda, para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, a través de esta técnica se obtienen datos como tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.

La percusión consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tienen el tamaño, densidad, límites de un órgano y localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos. La percusión puede realizarse tanto directa como indirectamente.

La auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído, y para realizar la técnica

indirectamente se utilizan instrumentos como el estetoscopio. Se recolecta información como las características de los ruidos pulmonares, cardíacos e intestinales. Permitirá identificar la frecuencia, la intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados. (Reyes,2009)

El punto de partida para la etapa de Valoración son los patrones funcionales de Marjory Gordon creados en el año 1973, que surgen de “la evolución entre el cliente y el entorno, que se valoran uno a uno, recolectando los datos en un formato específico, organizado por los patrones, donde se registra la valoración para realizar la historia de Enfermería desde la cual se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos. (Reina G,2010).

5.5.2 Diagnóstico

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud/ procesos de vida, o la vulnerabilidad de esa respuesta por parte de un individuo, familia, grupo o comunidad.

Las enfermeras diagnostican problemas de salud, estado de riesgo y preparación para la promoción de la salud.

Consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnóstico reales, de bienestar y riesgo.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas, de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los años 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, características definitorias y factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados. (Reina,2010)

Formulación del diagnóstico de enfermería

La formulación del diagnóstico de enfermería va a depender del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado. La NANDA plantea cuatro formas distintas:

1. Diagnóstico de enfermería de promoción de la salud. Juicio Clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar.

Esta disposición se apoya en características definitorias. Las intervenciones se seleccionan conjuntamente con la persona, familia o comunidad para asegurar al máximo la habilidad para alcanzar los resultados esperados.

2. Diagnóstico de enfermería de riesgo. Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables.

Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

3. Diagnóstico de enfermería de salud. Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar.

Se sustenta en características definitorias, se identifican resultados sensibles a la intervención enfermera que proporcione una alta probabilidad de alcanzarlos.

4. Diagnóstico de enfermería real. Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en una persona, familia o comunidad.

Apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves e inferencias relacionadas.(Reyes,2009)

Niveles de prioridad

Primer nivel: son los de prioridad inmediata. Son problemas que amenazan la vida y ellos son:

1. Vías aéreas.
2. Respiratorios.
3. Cardíacos/circulatorios.
4. Signos vitales.

Segundo nivel: corresponde a los inmediatos, después de iniciar el tratamiento de los problemas de primer nivel de prioridad, y ellos son:

1. Cambios en el estado mental.
2. Dolor agudo.
3. Dificultades agudas de eliminación urinaria.
4. Cuestiones médicas no tratadas que requieren atención inmediata (por ejemplo una persona diabética que no se ha administrado la insulina).
5. Valores de laboratorio alterados.
6. Riesgo de infección, problemas de seguridad o protección (para el sujeto de atención o para los demás).

Tercer nivel: son las prioridades tardías. Necesidades de desarrollo normales o que requieren un mínimo apoyo de enfermería. Los problemas son:

1. Problemas de salud que no encajan en las categorías anteriores (por ejemplo: falta de conocimientos, actividad, familia, reposo, afrontamiento) (Lorena, 2021)

5.5.3 Planeación

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud. (Herdman ,2018).

La clasificación de los resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), describe los resultados del paciente que responde a las intervenciones de enfermería. Los resultados de la NOC se establecen de forma amplia y conceptual. Son conceptos variables, lo que quiere decir que las respuestas de los pacientes a las intervenciones pueden valorarse con el tiempo. En este sentido difieren de un objetivo, que se alcanza o no se alcanza. (A, 2012)

5.5.4 Implementación

Etapa en la que se pone en práctica el PCE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

También describe una categoría de conductas enfermeras en las que se ha iniciado y completado las acciones necesarias para conseguir los objetivos y los resultados esperados del cuidado enfermero y que determinan que debe de estar preparada cognitivamente para llevarlas a cabo.

1. Las acciones de enfermería están adaptadas al individuo, es fundamental considerar las creencias de la persona, sus valores, edad, estado de salud, y entorno son factores que pueden afectar a la acción de enfermería.
2. Las acciones de enfermería deben ser siempre seguras. Las enfermeras y las personas necesitan tomar precauciones para prevenir la lesión.
3. Las acciones deben ser siempre holísticas y respetar la dignidad del paciente y favorecer su autoestima, a través de darle intimidad y fomentar que tome sus propias decisiones.
4. La participación activa del individuo en la ejecución de las acciones de enfermería debe fomentarse según lo permita su salud. La participación activa fomenta la sensación de independencia y control de la persona. (Reyes,2009)

5.5.5 Evaluación

Es la última etapa del proceso y 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 indicadores. (Herdman ,2018).

5.5.6. Problemática de salud de la persona

PREMATUREZ

La Organización Mundial de la salud la define como cualquier Recién Nacido vivo antes de las 37 semanas de gestación o antes de los 260 días cumplidos. Es aquel producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos (Gómez, 2012)

Los Recién Nacidos prematuros se clasifican en:

- Extremadamente prematuro: < 28 semanas de gestación
- Muy Prematuro: 28 - 32 semanas de gestación
- Moderadamente prematuro a prematuro tardío: 32 -37 semanas de gestación (GPC, Cuidados del recién nacido prematuro sano hospitalizado,2018)

La prevalencia de la prematuridad para el año 2010, se estimó que 9,6% (cerca de 12,9 millones) de todos los nacimientos a nivel mundial. En lo que respecta a México, el Instituto Nacional de Perinatología reporta una incidencia de 19.7%, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) describe incidencias que varían desde el 2.8% hasta el 16.6% de prematurez. De acuerdo con los datos estadísticos, el total de pacientes que ingresan a la UCIN corresponde aproximadamente al 5% del total de nacimientos de los cuales el 37.3% correspondió a recién nacidos prematuros. (Gómez, 2012)

Las patologías prevalentes del preterminó son derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación tras-placentaria que trae consigo una serie de patologías a causa de la inmadurez que llevan al neonato a un estado de riesgo, entre ellas se encuentra:

Patología Respiratoria: La función pulmonar está comprometida por, la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar

Patología Neurológica: La inmadurez afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal.

Cardiovasculares: Causa hipotensión relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular.

Gastrointestinales: Existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación.

Inmunológicos: El sistema inmune es incompetente, la inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos.

Metabolismo hidrosalino: Es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias acidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio

Endocrinos: Se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente. (Rodríguez,García,Aragón,2015)

5.5.6.1 Patología

Obstrucción Intestinal

Es una de las emergencias quirúrgicas más comunes en el período neonatal. Se refiere a una condición en la cual el intestino está obstruido, impidiendo el normal tránsito del contenido intestinal (meconio) que el embrión acumula durante la gestación. La oclusión puede ocurrir a nivel de cualquier segmento intestinal: duodeno (que es la primera parte del intestino, inmediatamente después del estómago), intestino delgado, intestino grueso (colon), o a nivel del ano.

La obstrucción genera siempre una dilatación del segmento intestinal proximal (previo a la zona ocluida); en el caso de una obstrucción duodenal, cursará con dilatación y retención gástrica. (Cienfuegos y Varela)

Maldonado et.al (2008) describieron que la obstrucción intestinal se puede clasificar en diferentes tipos según el lugar afectado como a continuación se presenta:

Atresia de esófago: Se produce por un error en la división y separación del intestino primitivo durante la 3ª semana de gestación, se presenta con sialorrea acompañada de crisis de atragantamiento, tos, disnea y cianosis.

La atresia duodenal: Se puede observar dilatación gástrica y de parte del marco duodenal, el epigastrio puede estar abombado. Ocasionalmente, en los primeros días de vida, puede haber expulsión de meconio algo teñido. Se asocia con frecuencia a otras anomalías como la trisomía 21

Atresia yeyunoileal se presenta distensión abdominal por meteorismo y vómitos biliosos. En los primeros días de vida puede haber expulsión de pequeñas cantidades de meconio grisáceo, el segmento proximal suele estar muy dilatado y el distal muy hipoplásico por lo que hay una gran desproporción entre ambos.

Malformación ano rectal: Se origina por un defecto en la división de la membrana cloacal hacia la 6ª semana de gestación. Las malformaciones ano rectales comprenden un amplio espectro de enfermedades que afectan a ambos sexos y pueden incluir anomalías ano rectales, urinarias y genitales.

5.5.6.2 Epidemiología

La obstrucción congénita del tracto digestivo en los neonatos es un problema habitual, siendo la causa más frecuente las malformaciones anales en un 41 % seguida por la obstrucción esofágica en un 24 % y la obstrucción duodenal en un 20 %.

La atresia intestinal es la causa más común de obstrucción intestinal neonatal; el sitio más común es íleon con un 43.2%, seguido de yeyuno con 31 %, duodeno con 20.9 % y colón con un 4.7%, seguido por el Íleo meconial representando del 9 al 33% de estos casos, esta afecta predominantemente a prematuros con muy bajo peso al nacer, reportando una incidencia del 5 al 15% y una mortalidad elevada que varía de 20 a 50 %, dependiendo de la severidad de la obstrucción.

Por último, la mal rotación intestinal es la tercera causa de obstrucción intestinal neonatal con un 11.7%. (Vargas, Sardaneta y Rosas,2016)

5.5.6.2 Fisiopatología

La obstrucción de un segmento del intestino delgado causa dilatación de la porción intestinal previa a la obstrucción y dilatación del estómago, en tanto que la porción distal a la obstrucción se vacía de su contenido, las consecuencias inmediatas se manifiestan por estreñimiento, náuseas, vómito y dolor abdominal.

El gas que se acumula en las asas distendidas es aire deglutido formado especialmente por N_2 y pequeñas cantidades de H_2 , ya que el CO_2 y el oxígeno se absorben por la mucosa, la distensión causa liberación de neurotransmisores como son la acetilcolina, serotonina, prostaglandinas y otras hormonas que estimulan la secreción intestinal.

En la medida en que aumenta la dilatación de las asas intestinales, y como resultado de la elevación de la presión en el interior de las asas del intestino, se produce congestión venosa y filtración capilar. La irrigación tisular se compromete por la distensión y el edema de las paredes, que finalmente se necrosan y el segmento enfermo resulta estrangulado por la inflamación de sus propias paredes.

En la porción anterior a la obstrucción se acumula el líquido que no fluye, y aunque la población bacteriana es escasa en este nivel, su multiplicación produce endotoxinas que a su vez estimulan la secreción que entonces regresa al estómago y produce el vómito. (García y Tovar, 2013).

5.5.6.3 Manifestaciones clínicas

Se caracteriza por marcado compromiso del estado general, favorece la hipoperfusión intestinal, por ejemplo:

- Cardiopatía congénita o asfixia
- Inestabilidad térmica
- Distensión abdominal
- Vómitos
- Residuos biliosos
- Deposiciones con sangre
- Alteraciones metabólicas y/o hemodinámicas
- Palpación abdominal con dolor o masas

- Cambios de color de la pared abdominal

5.5.6.4 Medios Diagnósticos

El diagnóstico de todas estas patologías se realiza por el cuadro clínico con la tríada característica de vómitos, distensión abdominal, y ausencia de meconio. Predominando uno de estos signos sobre los otros dependiendo de la entidad de que se trate. Por ejemplo, en las obstrucciones intestinales altas predominan los vómitos, en las obstrucciones intestinales bajas predomina la distensión abdominal etc. Así mismo el tiempo de aparición de cada uno de estos signos nos pueden orientar al diagnóstico. León Román. (2006) según su investigación describe los posibles hallazgos que se pueden encontrar en algunas de ellas, por ejemplo:

Atresia duodenal: La radiografía simple de abdomen muestra el signo característico de la doble burbuja, mostrando la cámara gástrica y la primera porción dilatada del duodeno.

Mal rotación intestinal y vólvulo: el compromiso isquémico intestinal desencadena inestabilidad hemodinámica y acidosis metabólica intratable junto a la necrosis de la pared y la perforación. Un tránsito digestivo alto con contraste puede mostrar la obstrucción en la segunda porción del duodeno. El yeyuno puede mostrar una imagen en tirabuzón. Grados menores de obstrucción pueden mostrar el duodeno yeyuno a derecha.

Atresia yeyuno ileal: La radiografía simple de abdomen de pie muestra niveles hidroaéreos proximales a la lesión y basta para establecer el diagnóstico.

Íleo meconial: El intestino comprometido está dilatado por la retención de meconio en la vida intrauterina. Luego de unas pocas horas del nacimiento el abdomen se distiende por la deglución de aire o alimentación y aparece el vómito bilioso.

En el examen físico las asas dilatadas se aprecian y palpan a través de la pared. Una mayor distensión abdominal con dolor o cambio de color de la pared revela perforación.

La radiografía simple de abdomen muestra asas dilatadas y con paredes engrosadas. La mezcla del meconio con aire se aprecia como burbujas con aspecto de vidrio esmerilado (signo de Neuhauser). Calcificaciones, aire libre o grandes niveles aire líquido sugieren perforación. (Cienfuegos y Varela)

5.5.6.5 Tratamiento

- Debe instalarse una sonda nasogástrica para aspiración continua
- Iniciar la reposición de volumen y electrolitos
- Cirugía electiva dentro de las próximas 24 a 48 horas: se encuentran bandas fibrosas, llamadas de Ladd. Ellas deben ser resecaadas para liberar la obstrucción mecánica. Los vasos mesentéricos son disecados para ampliar su eje y prevenir la recurrencia del vólvulo
- Descomprimir estómago
- Hidratación parenteral con corrección de trastornos electrolíticos
- Aplicación de enema
- Si existe intestino lesionado puede ser necesaria la resección con ostomía de descarga.
- El manejo pre-quirúrgico debe incluir: estabilización general del recién nacido, hidratación parenteral y profilaxis antibiótica, previa instalación de una sonda nasogástrica, que permite descomprimir el tubo digestivo y aspirar parte del aire y de las secreciones acumuladas. Exámenes de laboratorio: glicemia, pruebas de coagulación, nivel ácido-base y electrolitos plasmáticos.
- Anastomosis intestinal. Cuando es posible resecaar adecuadamente la zona obstruida y no existe diferencia importante de diámetro entre la zona dilatada previa y la zona colapsada posterior a la obstrucción.
- Ostomía transitoria. Cuando la diferencia de diámetro entre ambas partes del intestino, previo y posterior a la obstrucción. (Saitua; Vargas2016).

Hiperbilirrubinemia neonatal

5.5.6.1 Patología

Se manifiesta como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que refleja un desequilibrio temporal entre la producción y la eliminación de bilirrubina. Las causas de ictericia neonatal son múltiples y producen hiperbilirrubinemia directa, indirecta o combinada, de severidad variable.

La ictericia se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y extremidades.

5.5.6.2 Epidemiología

La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente (60% de recién nacidos) en el neonato a término, y se caracteriza por ser mono-sintomática,

En un estudio Rodríguez y Figueras, (2008) describieron que una ictericia será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5 mg/dL diarios

Aproximadamente el 60% de los recién nacidos de término y el 80% de los prematuros desarrollan ictericia en la primera semana de vida, así como que el 10% de los recién nacidos alimentados con seno materno presentan ictericia durante el primer mes de vida. La mayoría de los recién nacidos presentan una condición conocida como ictericia fisiológica la cual generalmente es inofensiva, se resuelve entre el tercero y quinto día de vida y no presenta complicaciones en ausencia de comorbilidades como la prematurez, sepsis o enfermedad hemolítica, estos trastornos en algunos recién nacidos pueden llegar a ser suficientemente graves como para ponerlos en riesgo de morir o de presentar alteraciones del desarrollo neurológico a largo plazo (Olusanya, 2018).

Según Bhutani, citado en GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. (2013) estimó que en un año 481, 000 recién nacidos de término y prematuros tardíos presentan niveles séricos de bilirrubina mayores de 25 mg/dL, estimó que, de estos, 114,000 mueren y más de 63,000 sobreviven con daño neurológico de moderado a grave.

5.5.6.2 Fisiopatología

Gonzales (2005) Describió que la mayoría de la bilirrubina deriva de la hemoglobina liberada por la destrucción del eritrocito. El factor hemo por la acción de la enzima hemo-oxigenasa se transforma en biliverdina, produciéndose además monóxido de carbono que se elimina por los pulmones y hierro libre que puede ser reutilizado en la síntesis de hemoglobina. La biliverdina se convierte en bilirrubina por acción posterior de la biliverdina reductasa (NADPH). Esta bilirrubina se denomina indirecta o no conjugada y es un anión liposoluble y tóxico en su estado libre. Un gramo de hemoglobina produce 35 mg de bilirrubina y aproximadamente se forman 8-10 mg de bilirrubina al día por cada kilogramo de peso corporal.

La albúmina capta dos moléculas de bilirrubina indirecta. La primera se une fuertemente a la bilirrubina, pero la segunda tiene una unión lábil y puede liberarse fácilmente en presencia de factores clínicos (deshidratación, hipoxemia, acidosis), agentes terapéuticos (ácidos grasos por alimentación parenteral) y algunas drogas (estreptomina, cloranfenicol, alcohol benzílico, sulfisoxazole, ibuprofeno), que compiten con esta unión y liberan bilirrubina en forma libre a la circulación. Un gramo de albúmina puede unir hasta 8,2 mg de bilirrubina. La bilirrubina indirecta libre penetra fácilmente al tejido nervioso causando encefalopatía bilirrubínica. Al llegar la bilirrubina al hepatocito se desprende de la albúmina y es captada en sitios específicos por las proteínas Y-Z (ligandinas), cuyos niveles son bajos los primeros 3-5 días de vida, las cuales transportan la bilirrubina indirecta al interior del hepatocito hacia el retículo endoplásmico liso, donde se lleva a cabo la conjugación, siendo la enzima más importante la uridil difosfoglucuronil transferasa-UDPGT y el producto final un compuesto hidrosoluble, la bilirrubina directa o glucuronato de bilirrubina.

La bilirrubina directa o conjugada es excretada activamente hacia los canalículos biliares, la vesícula biliar y luego al intestino, donde la acción de las bacterias la transforman en urobilinogeno. La ausencia o escasa flora bacteriana, el inadecuado tránsito intestinal y la enzima beta glucuronidasa produce desconjugación de la bilirrubina que es reabsorbida por el intestino, incrementando la circulación entero hepática.

5.5.6.3 Manifestaciones clínicas

Dysart (2018) en su más reciente investigación describe entre las principales manifestaciones clínicas de la hiperbilirrubinemia neonatal los siguientes:

- Aparición en el primer día de vida
- Bilirrubina total sérica > 18 mg/dL.
- Velocidad de aumento de BTS > 0,2 mg/dL/h (> 3,4 micromol/L/h) o > 5 mg/dL/día (> 86 micromol/L/día)
- Concentración de bilirrubina conjugada > 1 mg/dL (> 17 micromol/L)
- Letargo
- Irritabilidad
- dificultad respiratoria

5.5.6.4 Medios Diagnósticos

En general son pocos los exámenes requeridos en la mayoría de los casos y se necesita solamente determinar el grupo y Rh sanguíneo materno y del neonato, bilirrubina sérica, hematocrito o hemoglobina, recuento de reticulocitos, prueba de Coombs y frotis sanguíneo.

- Inspección visual de la ictericia
- mediciones de bilirrubina transcutánea: Los niveles de bilirrubina estimados con la medición transcutánea dejan de ser equivalentes cuando los niveles de bilirrubina sérica se encuentran por arriba de 14.7 mg/dl (250 μ mol/l). Si la bilirrubina transcutánea se encuentra por arriba de 14.7 mg/dl (250 μ mol/l, se deberá medir las bilirrubinas séricas (estándar de oro por la precisión de la medición.
- Nivel de bilirrubina en sangre del cordón umbilical
- Medición de monóxido de carbono.
- Prueba de antiglobulina directa en la sangre del cordón umbilical (prueba de Coombs).

5.5.6.5 Tratamiento

Uso de fototerapia: los niveles de bilirrubina se pueden controlar en forma inicial colocando al recién nacido por abajo de una lámpara que emita luz en el espectro azul. Convierte la bilirrubina en un compuesto soluble en agua llamado lumirubina, que se excreta en la orina o la bilis sin necesidad de conjugación en el hígado. (GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal IMSS, 2019)

Exanguineotransfusión: Tiene la finalidad de eliminar rápidamente de la circulación la bilirrubina para reducir el riesgo de encefalopatía, así como los anticuerpos que pueden estar contribuyendo al hemólisis y en consecuencia a la presencia de anemia. El procedimiento consiste en tomar pequeñas alícuotas de la sangre del recién nacido y sustituirlas por la misma cantidad de sangre de un donador, hasta que el volumen de sangre del recién nacido se ha sustituido dos veces. La exanguinotransfusión se debe iniciar en forma inmediata cuando el recién nacido presenta hiperbilirrubinemia grave y muestra indicios de encefalopatía aguda. (GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal IMSS, 2019)

Inmunoglobulinas: disminuye la destrucción de los eritrocitos sensibilizados. Considera que el tratamiento con IgIV debe reservarse para casos con hemólisis, evidenciada por bilirrubina sérica que aumenta más de 8.5 micromol / litro por hora la dosis de la IgIV sea 500 mg/kg en infusión continua durante 4 horas. Siempre junto con la fototerapia.

VI. RESUMEN DEL CASO CLINICO

6.1 Valoración Clínica del sujeto del cuidado (Patrones funcionales de M. Gordon)

NOMBRE: RN M.A **EDAD:** 8/30 Días **FECHA DE NACIMIENTO:** 16 julio 2021

Diagnostico Medico: RN con Obstrucción Intestinal e Hiperbilirrubinemia Neonatal

Peso Actual: 1040gr **Talla:** 40cm **Perímetro Cefalico:**23cm

Perímetro Toracico:23cm **Perímetro Abdominal:**25cm

Pie: 6.5cm

Antecedentes del nacimiento:

RNP Femenino de 31 SDG por test de Capurro, producto de cuarta gesta, obtenida mediante cesárea, con retraso en el crecimiento intrauterino quien posterior a que se le dieron cuidados inmediatos, mediatos, reanimación inicial y colocado soporte ventilatorio mediante CPAP ingresa a UCIN

Antecedentes patológicos: Cirugía intestinal mediante laparotomía exploratoria.

Actualmente cursando 8º día de vida, en incubadora bajo calor constante, signos vitales F/C 165 lpm, F/R 64 rpm, SapO2 100% T° 36.7°C, peso de 1040gr y talla de 40cm, irritable a estímulos táctiles, luminosos y dolorosos, fontanelas anterior y posterior normo tensas, mucosa oral hidratada, encías y tegumentos con ligero tinte icterico nivel 1(cara y cuello) en escala de kramer (Anexo 2) bilirrubinas: total 5.02mg/dl, Directa 0.42mg/dl, Indirecta 4.60 del día 23 de julio del 2021, tratada mediante fototerapia de luz azul con protección ocular. oxígeno suplementario mediante cánula nasal a 2lts/min, al momento de la valoración se identifica 1 episodio de apnea con descenso de la saturación al 82%, disminución de la F/C hasta 143 lpm, y cianosis distal, estimulándose en región plantar, respondiendo favorablemente, presentando 2 episodios durante el turno. Se observan reflejos de succión y deglución débiles, cursando 1 de 6 días de ayuno indicados, presentando glicemia capilar de 65mg/dl, sonda orogástrica a derivación con presencia de remanente de pozos de café y contenido biliar drenando 3 ml durante el turno. antecedente de cirugía intestinal, con herida por encima de porción umbilical, limpia, cubierta sin datos de infección, abdomen distendido con un incremento del perímetro abdominal de 23cm a 25cm con asas intestinales palpables y ruidos peristálticos disminuidos. Catéter central percutáneo dos días de instalación en miembro superior derecho, de 2 lúmenes, con NPT de 130 ml a 5.5ml/hr y

cloruro de sodio 0.3 ml/hr, funcional, con adecuada implantación, limpio sin datos de infección, con catéter periférico en dorso de mano izquierda, calibre #24, sin datos de flebitis o infiltración, actualmente transfundiendo 11ml de paquete globular (Indicado para reposición de volumen por pérdidas en cirugía del día previo)

Uresis de 20.1ml durante el turno, con un gasto urinario de 2.41, sin antecedentes de evacuación, por lo cual se decide estimulación rectal de manera gentil con supositorio de glicerina, logrando una evacuación meconial de consistencia mucosa de 0.7gr, pérdidas insensibles 4.1, obteniendo un balance +16.7 del turno, sin antecedentes de inmunización de acuerdo a esquema nacional de vacunación.

6.1.1 PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Paciente femenino de 31 SDG, producto de cuarta gesta, obtenida mediante cesaría, medicamento delicado, con antecedente de aplicación de fitomenadiona .1mg, sin registro de inmunización de acuerdo al esquema nacional de vacunación, quien actualmente cursa con fototerapia de luz azul, transfusión de paquete globular del día 24 julio del 2021. hijo de madre diabética e hipertensa, quien refiere haber recibido inmunización de acuerdo a esquema de embarazo, con antecedente de 4 consultas prenatales en donde se le informo sobre su estado de salud y el retraso en el crecimiento intrauterino para la edad de la menor, sin antecedentes de prácticas perjudiciales para la salud, quien vive en casa propia contando con servicios básicos con prácticas higiénicas adecuadas., habitada por ambos padres y dos de sus hijos.

6.1.2 NUTRICIONAL / METABÓLICO

Actualmente presenta un peso de 1040 Kgr , talla 40 cm, perímetro cefálico 23 cm , perímetro torácico 23 cm , perímetro abdominal 25cm, pie 6.5 cm, cabello con adecuada implantación, mucosa oral bien hidratada, piel frágil, con coloración icterica nivel 1(cara y cuello) en escala de Kramer (Anexo 2)encías con ligero tinte icterico sin piezas dentales presentes, glucemia capilar de 65mg/dl,cursando día 1 de 6 días indicados de ayuno, con catéter central percutáneo instalado el día 22 de julio del 2021 en miembro superior derecho, de 2 lúmenes, con NPT en lumen distal (amarillo) 130 ml a 5.5ml/hr (aminoácidos pediátricos al 10% 2.5gr/kg, dextrosa al 50 % 8.6 gr/kg, lípidos smoflipid 1gr/kg, gluconato de calcio 0.9mEq/ml, heparina 40ul, MVI pediátrico 1.8 ml.), funcional, limpio sin datos que indiquen infección como salida de secreción, enrojecimiento y aumento de la temperatura

al tacto en el sitio de inserción, laboratorios bilirrubinas: Total 5.02mg/dl, Directa 0.42mg/dl, Indirecta 4.60 del día 23 de julio del 2021, con terapia de infusión a base de solución fisiológica a 0.3ml/hr por 24 hrs,

6.1.3 ELIMINACIÓN / INTERCAMBIO

Sonda orogástrica instalada el día 22 de julio 2021 a derivación, drenando sedimentos de pozos de café y contenido biliar 3 ml, eliminación urinaria de 20.1 ml , con un gasto urinario de 2.41, sin antecedentes de evacuación, por lo cual se decide estimulación rectal de manera gentil con supositorio de glicerina, logrando una evacuación meconial de consistencia mucosa escasa de 0.7gr,durante el turno, presentando perdidas insensibles 4.1, obteniendo un balance +16.7 con abdomen distendido incrementando perímetro abdominal de 23cm a 25cm con asas intestinales palpables y ruidos peristálticos disminuidos.

6.1.4 ACTIVIDAD / EJERCICIO

A la auscultación presencia de taquicardia 165 LPM, ritmo cardiaco continuo, sin presencia de ruidos anormales o soplos, campos pulmonares bien ventilados, sin presentacia de ruidos anormales. con frecuencia respiratoria de 64 RPM durante el sueño, con oxígeno suplementaria mediante cánula nasal a 2lt/min, saturando al 100%. Al momento de la valoración se identifica 1 episodio de apnea con descenso de la saturación hasta 82%, con cianosis distal y disminución de la frecuencia cardiaca de 165 lpm hasta 143 lpm, presentando 2 durante el turno, al momento se estimula en la región plantar, respondiendo favorablemente

6.1.5 SUEÑO / DESCANSO

Fisiológico de acuerdo a la edad.

6.1.6 COGNITIVO / PERCEPTUAL

Alerta, respondiendo a estímulos táctiles, sonoros, luminosos y dolorosos, reflejos de succión y deglución débil, presión, agarre y plantar presente, fontanela posterior y anterior normo tensas.

6.1.7 AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Los padres se muestran interesados, cooperadores y a su vez preocupados por el estado de salud de la menor, así como los factores socioeconómicos que este genera.

6.1.8 ROL / RELACIONES

Recién nacido hijo menor de tres hermanos, padres casados, sin aparente o expresada dificultad de relación entre ellos, expresan adecuada dinámica familiar.

6.1.9 SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Sin datos patológicos

6.1.10 TOLERANCIA AL ESTRÉS

Actualmente irritable a estímulos táctiles, y dolorosos presentando aumento de la frecuencia respiratoria por encima de parámetros normales e inicio del llanto con sese sin estimulación,

6.1.11 VALORES / CREENCIAS

Actualmente familia profesa religión católica.

PATRONES ALTERADOS

1. Eliminación / Intercambio
2. Nutricional/ Metabólico
3. Actividad / Ejercicio

6.2 Diagnósticos Enfermeros

Patrón respiratorio ineficaz R/C Inmadurez neurológica M/P Patrón respiratorio anormal, Disminución de la capacidad vital, Apneas

Motilidad gastrointestinal disfuncional R/C prematuridad M/P Abdomen distendido, Dificultad para defecar, Residuo gástrico de color bilioso, Cambios en los ruidos intestinales

Hiperbilirrubinemia Neonatal R/C Retraso en la eliminación del meconio M/P Perfil sanguíneo anormal, Piel de color amarillo-anaranjada, Esclerótica amarilla

Riesgo de termorregulación ineficaz F/R Fluctuaciones en la temperatura ambiente, Extremos de la vida, Extremos de peso, Reserva insuficiente de grasa subcutánea, Condición que afecta la regulación de la temperatura

Riesgo de infección F/R Inmunización inadecuada, Exposición a brotes de enfermedades, Inmunosupresión, Procedimiento invasivo, Alteración de la peristalsis

6.3 Planificación (Indicadores de resultados NOC)

6.4 Ejecución (NIC, GPC, fundamentación de cada intervención)

6.5 Evaluación (medición de indicadores)

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón: Actividad /Ejercicio</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria de 64 rpm • Dos episodios de apnea • Uso de oxígeno complementario mediante cánula nasal 2lts/min • Aumento de la frecuencia cardiaca <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 4 actividad /reposo Clase:4Respuesta cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00032 Patrón respiratorio ineficaz</p> <p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>Factor relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmadurez neurológica <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio anormal • Disminución de la capacidad vital. • Disminución de la ventilación por minuto. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p>		
		<p>Dominio: II:Salud fisiológica</p>	<p>Clase: E Cardiopulmonar</p>	
		<p>Criterio de resultado:0415 Estado Respiratorio</p>		
		<p>Indicadores</p> <p>041501 Frecuencia respiratoria</p> <p>041502 Ritmo respiratorio</p> <p>041529 Inquietud</p> <p>041510 cianosis</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3 desviación moderada del rango normal</p> <p>3 desviación moderada del rango normal</p> <p>4 leve</p> <p>4 leve</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5 sin desviación del rango normal</p> <p>5 sin desviación del rango normal</p> <p>5 ninguno</p> <p>5 ninguno</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 fisiológico complejo Clase: K control respiratorio INTERVENCION: 3350 Monitorización Respiratoria ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones 2. Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, etc. 3. Aplicar sensores de oxígeno continuos no invasivos con sistemas de alarma apropiados en pacientes de riesgo 4. Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. 5. Observar si hay disnea y los factores que la mejoran o empeoran. <p>Campo:2 Fisiológico: Complejo Clase: K control respiratorio INTERVENCION: 3320 Oxigenoterapia ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado 2. Administrar oxígeno suplementario según indicación 3. Vigilar el Flujo de litros de oxígeno 4. Observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia 5. Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alternativo para fomentar la comodidad según corresponda. 	<p>Controlar la oxigenación del paciente ayuda al profesional a detectar precozmente situaciones de hipoxemia y valorar alteraciones del patrón respiratorio. (Rellan,Garcia,2015)</p> <p>La oxigenoterapia es una herramienta fundamental para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, La meta de la oxigenoterapia es conseguir una adecuada entrega de oxígeno a los tejidos sin crear toxicidad. (Rellan,Garcia,2015)</p>	<p>Criterio de resultado: 0415 Estado Respiratorio</p>	
		Indicadores	Puntuación final
041501 Frecuencia respiratoria	3 desviación moderada del rango normal		
041502 Ritmo respiratorio	5 sin desviación del rango normal		
041529 Inquietud	5 ninguno		
041510 cianosis	4 leve		

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nutricional/ Metabólico Eliminación/ Intercambio <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eliminación intestinal escasa Coloración icterica de la piel Asas intestinales palpables Uso de estimulación rectal para la evacuación. <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio:3 Eliminación e intercambio Clase:2 Función gastrointestinal</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional</p> <p>Definición: Aumentó, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</p> <p>Factor relacionado</p> <ul style="list-style-type: none"> Prematuridad <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdomen distendido Aumento en el residuo gástrico Dificultad para defecar Residuo gástrico de color bilioso Cambios en los ruidos intestinales 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: II:Salud fisiológica		Clase: Eliminación	
		Criterio de resultado: 0501 Eliminación Intestinal			
		Indicadores	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
050101 Patrón de eliminación	1 gravemente comprometido	3 moderadamente comprometido			
050112 Facilidad de eliminación de las heces	1 gravemente comprometido	3 moderadamente comprometido			
050129 Ruidos Abdominales	3 Levemente comprometido	5 no comprometido			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 Fisiológico: Básico Clase: B control de la alimentación</p> <p>INTERVENCION: 0430 control intestinal ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda 2. Monitorizar los sonidos intestinales 3. Administrar supositorios de glicerina, si es necesario. 4. Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. <p>Campo: 1 fisiológico-: Básico Clase: D apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCION: 1200 Administración de nutrición parenteral total ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según el protocolo del centro 2. Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones de NPT 3. Evitar el uso de catéter para fines distintos a la administración de NPT 4. Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT 5. Pesar al paciente diariamente 6. Mantener las precauciones universales 	<p>La evaluación clínica continua permitirá constatar la mejoría o empeoramiento del recién nacido, y guiar el tratamiento a estimular la evacuación de heces meconiales y de esta manera evitar complicaciones en el tracto digestivo del prematuro y/o determinar posibles anomalías. (Archunda,2013)</p> <p>La nutrición parenteral total es la administración de nutrientes al organismo a través del sistema circulatorio a individuos en estado crítico, y debe cumplir con el aporte adecuado de nutrimentos que cubran el requerimiento de energía o proteínas, así como vitaminas y minerales para llevar a cabo los procesos anabólicos y promover el aumento de peso,mantener un balance positivo de líquidos y masa muscular y proporcionar calorías para las demandas metabólicas.(Gil,2016)</p>	<p>Criterio de resultado: 0501 Eliminación Intestinal</p>	
		Indicadores	Puntuación final
		050101 Patrón de eliminación	2 sustancialmente comprometido
		050112 Facilidad de eliminación de las heces	1 gravemente comprometido
		050129 Ruidos Abdominales	4 Levemente comprometido

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón:</p> <p>Eliminación/ intercambio</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel de coloración icterica • Aumento de bilirrubinas • Contenido gástrico con restos biliares por sonda orogástrica • Bajo peso y talla • Eliminación intestinal escasa <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad a la estimulación 	<p>Dominio: 2 Nutrición Clase: 4 Metabolismo</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00194 Hiperbilirrubinemia Neonatal</p> <p>Definición: Acumulación de bilirrubina no conjugada en sangre (menos de 15 ml/dl) que ocurre después de las 24 horas de vida.</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la eliminación del meconio <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfil sanguíneo anormal • Piel de color amarillo-anaranjada • Esclerótica amarilla 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: II:Salud fisiológica	Clase: I regulación metabólica		
		Criterio de resultado: 0803 Función Hepática			
		Indicadores	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
080308 Aumento de la Bilirrubina total sérica	4 leve	5 ninguno			
080315 Ictericia	2 moderado	4 leve			
080323 Ganancia de peso	4 leve	5 ninguno			
080333 Agitación	3 moderado	5 ninguno			

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:5 familia Clase: W cuidados de un nuevo bebe INTERVENCION: 6924 Fototerapia: Neonato</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay signos de ictericia 2. Solicitar el análisis de los niveles de bilirrubina, según corresponda por protocolo o como solicitud del facultativo principal 3. Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer mucha presión 4. Colocar las luces de fototerapia encima del bebe a una altura adecuada 5. Monitorizar los signos vitales según protocolo o según se precise 6. Cambiar la posición del lactante cada 4 horas según protocolo 7. Pesar a diario <p>Campo:2 Fisiológico: Complejo Clase: N Control de la perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION: 4220 Cuidados del catéter central de inserción periférica.</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el propósito del catéter, sus beneficios, riesgos asociados a su uso al paciente/familia. 2. Infundir la medicación y nutrición, según ordenes o de acuerdo con el protocolo 3. Observar si se producen complicaciones inmediatas como hemorragia, lesión de tendones y nervios, descompensación cardiaca, dificultad respiratoria o embolia por el catéter. 4. Observar si hay signos de flebitis, (p.ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema. 5. Mantener las precauciones universales 	<p>Existe evidencia clara que la fototerapia es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la ictericia en los recién nacidos, llegando el propósito del tratamiento es evitar el kernicterus.</p> <p>Los niveles de bilirrubina se pueden controlar en forma inicial colocando al recién nacido por abajo de una lámpara que emita luz en el espectro. La energía luminosa con longitud de onda adecuada convierte a la bilirrubina alojada en la piel en una forma inofensiva que puede excretarse por la orina. (GPC. Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal,2019)</p> <p>Los catéteres centrales de inserción periférica son útiles en situaciones donde el recién nacidos de muy bajo peso tendrá una estancia hospitalaria prolongada que es preciso un control gasométrico y hemodinámico intensivo, para mantener un equilibrio hemodinámico adecuado y evitar multipunciones en el paciente. (Mendez,2015)</p>	<p>Criterio de resultado: 0803 Función Hepática</p>	
		Indicadores	Puntuación final
		080308 Aumento de la Bilirrubina total sérica	5 Ninguno
		080315 Ictericia	4 leve
		080323 Ganancia de peso	4 leve
		080333 Agitación	5 ninguno

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón: Nutricional/Metabólico</p> <p>Datos objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cara y cuello de coloración icterica • Bajo peso y talla • Prematurez • Uso e incubadora bajo calor constante <p>Datos Subjetivos:</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad/ Protección Clase: 6 Termorregulación</p> <p>Etiqueta diagnóstica:</p> <p>00274 Riesgo de termorregulación ineficaz</p> <p>Definición: Susceptible a la Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia, que puede comprometer la salud.</p> <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluctuaciones en la temperatura ambiente • Extremos de la vida • Extremos de peso • Reserva insuficiente de grasa subcutánea • Condición que afecta la regulación de la temperatura 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p>		
		<p>Dominio: II:Salud fisiológica</p>	<p>Clase: I regulación metabólica</p>	
		<p>Criterio de resultado: 0801 Termorregulación: recién nacido</p>		
		<p>Indicadores</p> <p>080116 inestabilidad de la temperatura</p> <p>080119 respiraciones irregulares</p> <p>080114 hiperbilirrubinemia</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>3 moderado</p> <p>3 moderado</p> <p>4 leve</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>4 leve</p> <p>4 leve</p> <p>5 ninguno</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN									
<p>Campo: I Familia Clase: W Cuidados de un nuevo bebe INTERVENCION: 6820Cuidados del lactante prematuro</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Ofrecer a los progenitores una información precisa y basada en las evidencias sobre la afección, el tratamiento y necesidades del lactante Facilitar el vínculo/apego entre los progenitores y el lactante Instruir a los progenitores para que identifique las señales y estados del lactante mostrar cómo llamar la atención visual o auditiva del lactante Realizar cambios posturales frecuentes del lactante Para estar los estímulos ejemplo luz ruido manipulación y procedimientos en el entorno del lactante y reducirlos cuando sea posible. Usar movimientos lentos y suaves al manipular alimentar y cuidar a la Lactante Monitorizar los ingresos y las perdidas <p>Campo: I Fisiológico: Complejo Clase: M Termorregulación INTERVENCION: 3900 Regulación de la temperatura</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas según corresponda Instalar un dispositivo de monitorización de temperatura central continuo si es preciso Mantener humedad del 50 % o más en incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente 	<p>El desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que le permita integrarse a la vida familiar y a la sociedad a través de la termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro.</p> <p>Al nacer, la transición del ambiente intrauterino al extrauterino crea un cambio térmico significativo que desafía la habilidad de termorregulación del RN. Debido a la inmadurez de cada órgano y sistema y al tamaño corporal, los prematuros son vulnerables tanto al enfriamiento como al sobrecalentamiento; tienen una tasa metabólica mayor que los lactantes y adultos, la que se debe no sólo a las demandas de energía relacionadas con el crecimiento, sino también a los requerimientos relacionados con la gran área de superficie corporal y el aumento de la relación superficie-masa.</p>	<p>Criterio de resultado: 0801 Termorregulación: recién nacido</p> <table border="1" data-bbox="1556 423 1766 1427"> <thead> <tr> <th data-bbox="1556 423 1766 505">Indicadores</th> <th data-bbox="1766 423 1946 505">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1556 505 1766 659">080116 inestabilidad de la temperatura</td> <td data-bbox="1766 505 1946 659">4 Leve</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1556 659 1766 781">080119 respiraciones irregulares</td> <td data-bbox="1766 659 1946 781">3 moderado</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1556 781 1766 1427">080114 hiperbilirrubinemia</td> <td data-bbox="1766 781 1946 1427">4 leve</td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	Puntuación final	080116 inestabilidad de la temperatura	4 Leve	080119 respiraciones irregulares	3 moderado	080114 hiperbilirrubinemia	4 leve	
Indicadores	Puntuación final										
080116 inestabilidad de la temperatura	4 Leve										
080119 respiraciones irregulares	3 moderado										
080114 hiperbilirrubinemia	4 leve										

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón: Nutricional/Metabólico</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catéter central de inserción periférica instalado • Sonda orogástrica a derivación drenando líquido biliar • Herida quirúrgica abdominal • Poca eliminación intestinal <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estancia hospitalaria prolongada. 	<p>Dominio:11 Seguridad/Protección Clase:1 Infección</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00004 Riesgo de infección</p> <p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunización inadecuada • Exposición a brotes de enfermedades • Inmunosupresión • Procedimiento invasivo • Alteración de la peristalsis 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio:II Salud fisiológica	Clase: L Integridad tisular		
		Criterio de resultado: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas			
		<p>Indicadores</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>110115 Lesiones Cutáneas</p> <p>110117 Tejido cicatricial</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>4 levemente comprometido</p> <p>4 leve</p> <p>5 ninguno</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>5 No comprometido</p> <p>5 ninguno</p> <p>5 ninguno</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 seguridad Clase: V control de riesgo INTERVENCION: 6540 control de infecciones ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro 2. Limitar el número de visitas según corresponda 3. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. 4. Poner en practica precauciones universales 5. Usar guantes estériles según corresponda 6. Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v 7. Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea necesario <p>Campo: 7 Comunidad Clase: D Control de riesgo de la comunidad INTERVENCION: 6610 identificación de riesgos ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar la evidencia de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. Determinar el cumplimiento de los tratamientos médico y de enfermería 2. Aplicar actividades de reducción de riesgo 3. Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.: 	<p>Las medidas para lograr una buena higiene son la base para prevenir la propagación de infecciones y controlar los brotes de enfermedades. Las buenas prácticas de control de infecciones reducen la necesidad de usar antimicrobianos. Las prácticas eficaces de prevención y control de infecciones son particularmente importantes para reducir los riesgos de infecciones asociadas a la atención de salud</p> <p>La gestión de riesgos es una metodología que se utiliza cada vez más en los servicios sanitarios. Sus principales objetivos son, incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo y disminuir los costes evitables.</p>	<p>Criterio de resultado: 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas</p>	
		Indicadores	Puntuación final
		110113 Integridad de la piel	5 No comprometido
		110115 Lesiones Cutáneas	5 ninguno
		110117 Tejido cicatricial	5 ninguno

VII. PLAN DE ALTA

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: RN: M.A

EDAD: 8/30 días **SEXO:** Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: RN con obstrucción intestinal e hiperbilirrubinemia neonatal

FECHA DE ELABORACIÓN: 24 de julio 2021

ASPECTO DESARROLLAR	A	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN		<ol style="list-style-type: none">1. Acudir al hospital más cercano en caso de urgencia.2. Llamar a la exención proporcionada para localizar al médico neonatólogo de cabecera.
URGENTE		<ol style="list-style-type: none">3. Dificultad respiratoria: Identificar el uso de músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, cianosis peri- bucal y distal, quejido respiratorio.4. Cambios en las evacuaciones: frecuencia, consistencia, coloración oscura, presencia de sangre, cantidad y dificultad para evacuar Cambios en la coloración normal de la piel (rosada) a amarilla-anaranjada, pálida o cianótica (azul) <p>Ver (anexo 3) signos y síntomas de alarma en el recién nacido</p>
INFORMACIÓN		<p>Fomentar técnicas de agarre de pezón para una alimentación correcta.</p> <ul style="list-style-type: none">• La boca del bebé debe estar bien abierta• El labio inferior debe quedar hacia afuera (evertido)• El mentón debe estar pegado al seno• Areola más visible en la parte superior <p>Importante posterior a la alimentación poner a erupar al bebe y recostar de cubito lateral derecho o izquierdo para evitar bronco aspiración</p>
DIETA		<p>Lactancia materna a libre demanda.</p> <p>Complementar solo en caso necesario con formula láctea infantil.</p>
AMBIENTE		<p>Mantener en un lugar donde permanezca bajo vigilancia constante, sin presencia de ruidos excesivos y situaciones que puedan provocar irritabilidad en él bebe.</p> <p>Mantener un ambiente libre de humo de tabaco, bien ventilado, libre de cambios bruscos de temperatura, convivir en un ambiente saludable para el menor</p>
RECREACIÓN TIEMPO LIBRE	Y	<ol style="list-style-type: none">1. Fomentar el apego con familiares cercanos, hermanos padres, abuelos etc. Buscando siempre se sigan las medidas higiénicas necesarias, evitando dar besos, tocar cara y manos del bebe.

	<p>2. Fomentar la estimulación temprana y habilidades motoras como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tome suavemente las manitas y juega con sus dedos uno a uno. • Realiza masajes lentos en sus pies y manos, y observe cómo reacciona. • Tumbado boca arriba, tome su mano izquierda y haga que toque su hombro derecho y viceversa. • También boca arriba, toma las plantas de sus pies y lleva sus rodillas lentamente sobre el pecho. Repite este movimiento 5 veces con cada pierna
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<p>Se orienta sobre la medicación actual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ampicilina 9.5mg I.V cada 24 hrs por 5 días. 4. Supositorio de glicerina ¼ vía rectal solo por razón necesaria. 5. Iniciar esquema de vacunación acorde a la edad y bajo indicación médica.
ESPRITUALIDAD	<p>Seguir apoyándose en su religión siempre y hasta donde le haga sentir cómodo.</p> <p>Buscar redes de apoyo como el programa “semillas de amor” del grupo “enfabebe” que brindan capacitación, orientación, asesoría a padres de bebés prematuros.</p>

VIII. CONCLUSIONES

El proceso cuidado enfermero, es considerada la herramienta más importante para llevar a cabo el trabajo del profesional de enfermería, ya que ayuda a recabar la información necesaria ya sea objetiva o subjetiva de la persona que demanda sus cuidados sana o enferma, su familia y el entorno en el que comúnmente se desenvuelve.

Es un aprendizaje complejo de obtener y comprender, ya que requiere de habilidades, que únicamente son obtenidas con la practica constante, además de que debemos de enfocarnos y apegarnos siempre a las bases teóricas-filosóficas que nos han dejado al pasar de los años las diferentes teoristas cuyo objetivo principal siempre fue brindar las herramientas necesarias para mantener y fortalecer a la enfermería como profesión, hoy en día catalogada dentro de la rama de las ciencias sociales y humanísticas siempre enfocándose en el cuidado, de ahí que es considerada la ciencia del cuidado.

Aún falta mucho por conocer y desarrollar entorno a diversos temas en los que hoy en día podríamos implementar el proceso cuidado enfermero en especial aquellos que significan un reto de salud para los sistemas y profesionales sanitarios, entre ellos lo que quejan al recién nacido, desde un enfoque científico- académico, de ahí la importancia que tiene mantenernos constantemente actualizados en estos temas para lograr en la medida de lo posible contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad de estos recién nacidos

En lo particular la elaboración del documento permitió adquirir conocimientos, ya que lleva a reforzar los conocimientos adquiridos durante la preparación profesional con relación al proceso de atención de enfermería , los planes de cuidados y la manera adecuada de utilizar la NANDA,NIC y NOC ya que el realizar un PCE que pone al límite todos los conocimientos ,habilidades y atención para poder desarrollarlo de manera adecuada , en los cimientos correctos y sobre todo otorgar una atención de calidad, oportuna y objetiva y para ello fue necesario investigar e indagar más sobre el recién nacido preterminó y patologías como la obstrucción intestinal e hiperbilirrubinemia neonatal que llevaron a cuestionar realmente en cuanto la actuación oportuna de enfermería y los demás profesionales de la salud influyen en la restauración de la salud ya que verdaderamente ambas patologías son complejas y comúnmente van de la mano una con otra en este tipo de pacientes y de no manejarse de manera oportuna puede traer consigo consecuencias graves para la salud del individuo

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agustín, Román. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4) Recuperado en 04 de agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192006000400007&lng=es&tlng=es
- Archundia, Vicencio, (2013), Obstrucción Intestinal, en primera edición, por McGraw-Hill interamericana editores, s. a. de c. v. cirugía 2 , recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1434§ionid=94944541>
- Bulechek, Butcher, Dochtermam y Wanger, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (pp2013) 148,149,236) 6ª edición España: Elsevier.
- Cienfuegos Varela B, (2016) Obstrucción intestinal neonatal, Guía de Práctica Clínica, recuperado 01 agosto de 2021, de http://www.manuellosses.cl/BNN/gpc/Obstruccion_Intestinal_Neonatal.pdf
- Cuidados del recién nacido prematuro sano hospitalizado. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; 2019. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Dirección de atención médica departamento estatal de enfermería grupo de desarrollo de guías de práctica clínica en enfermería, (2016), Proceso de atención de enfermería, servicios de salud de Veracruz, recuperado el 02 de agosto de 2021, de <https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>
- Gil Vargas, Sardaneta, Rosas, (2016), Síndrome de obstrucción intestinal, *Revista Mexicana de Atención Primaria a la Salud*. Recuperado 08 de agosto de 2021 de

https://www.researchgate.net/publication/317157296_Sindrome_de_obstruccion_intestinal_neonatal

González, Monroy, (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>

Gordon, (2000), PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. Cultura de los cuidados , (p,128-138).recuperado el 04 de agosto de 2021 de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5116/1/CC_07-08_16.pdf

Guevara, Evies, Rengifo, Salas, Manrique, & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*, 13(33), 318-327. Recuperado en 04 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000100016&lng=es&tlng=es.

Herdmaan, Kamitsuru, (2018) Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación 2018-2020 (pp. 195,223,250,404) 11ª edición España: Rlsevier.

Kevin C. Dysart (2018) *Hiperbilirrubinemia neonatal, manual msd recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-metab%C3%B3licos-electrol%C3%ADticos-y-t%C3%B3xicos-en-reci%C3%A9n-nacidos/hiperbilirrubinemia-neonatal#>*

Mazzi Gonzales de Prada, (2005). Hiperbilirrubinemia neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 44(1), 26-35. Recuperado en 04 de agosto de 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102406752005000100007&lng=es&tlng=es.

Moorhead, Johnson, Maas, y Swanson (2013) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), (pp.322,370,378,379,400) 5ª edición España: Rlsevier.

Raile, Allegood (2018) Modelos y Teorías en enfermería: Modelo del sistema conductual (pp.273-289) 9ª edición España. S.L.U.: Elsevier.

- Reina G., Nadia Carolina (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico, (17),18-23. [fecha de Consulta 3 de agosto de 2021]. ISSN: 1692-3375. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
- Reyes, (2009) fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología (pp.87-110) 1ª edición México Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.
- Rodríguez, Figueras,(2008) Ictericia Neonatal, Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, asociación española de pediatría 38, 372-383 .recuperado 28 de julio de 2021,de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
- Rodríguez,García,Aragón. (2015) El recién nacido prematuro, Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, asociación española de pediatría,8,69- 77.recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
- Román,(2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
- Saitua D, Obstrucción intestinal en el recién nacido. Sociedad chilena de cirugía pediátrica. Consultado 3 de agosto de 2021. Recuperado de <https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2018/02/Obstruccio%CC%81n-intestinal.pdf>
- URRA, (2009). AVANCES DE LA CIENCIA DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA DISCIPLINA. *Ciencia y enfermería*, recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000200002>

X. GLOSARIO DE TERMINOS

Atresia intestinal: Malformación que genera que el bebé nazca con un segmento del intestino cerrado o bloqueado en uno o más sectores, dejando un espacio y causando que no haya comunicación entre las diferentes partes del intestino.

Auscultación: Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal,

Cordón umbilical Conducto flexible formado por dos arterias y una vena envueltas por una sustancia gelatinosa, que une la placenta con el ombligo del embrión y del feto; mide unos 50 cm y a través de él se produce el intercambio de oxígeno, anhídrido carbónico y sustancias nutritivas entre la madre y el hijo.

Deglución: Es un proceso reflejo de inicio voluntario, que se desarrolla entre la boca y el estómago, en el que se coordinan el aparato respiratorio y digestivo y cuyas finalidades son la ingestión y la prevención de aspiración de la vía aérea.

Distención Abdominal: Hinchazón o sensación de llenura en el abdomen. Con frecuencia, es el resultado de la acumulación de gas en los intestinos y puede obedecer a muchas causas; entre otras, comer demasiado, intolerancia a la lactosa y estreñimiento.

Ictericia: Coloración amarilla en la piel, las membranas mucosas o los ojos.

Infeción: Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.

Malnutrición: Se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona

Meconio: La primera evacuación de un bebé se conoce como meconio. El meconio está compuesto de líquido amniótico, moco, lanugo (el vello fino que cubre el cuerpo del bebé), bilis y células que se han desprendido de la piel y el tracto intestinal. El meconio es espeso, pegajoso y de color negro verdoso.

Modelo: Son representaciones que ayudan a comprender aquello que no se puede ver. Son abstracciones simbólicas de la realidad.

Motilidad intestinal: Es el movimiento que tiene el tubo digestivo para propulsar el bolo alimenticio de la boca hacia el ano y tiene las funciones de transportar y fragmentar los alimentos, mezclar las secreciones digestivas con el alimento para que puedan absorberse.

Nacimiento con producto preterminó: Al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

NPT: Forma de nutrición que se administra en una vena. La nutrición parenteral no usa el aparato digestivo. Se le puede dar a una persona que no puede absorber nutrientes por el tracto intestinal debido a enfermedad intestinal.

Perístalsis: Contracción natural del estómago y de los intestinos por la cual se impulsan de arriba abajo las materias contenidas en el tubo digestivo.

Plan de cuidados de enfermería: Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Tiene como objetivo alinear a todos los involucrados en el cuidado de una persona dependiente para enfocar todos los esfuerzos hacia un objetivo común.

Proceso de Atención de enfermería: Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Recién nacido preterminó: Aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

Restricción en el crecimiento intrauterino, a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

SDR: síndrome de dificultad respiratoria.

Técnica de Kramer: Método clínico confiable y conveniente para estimar la concentración sérica de la bilirrubina en niños ictericos sin necesidad de tomar muestras de sangre continuas y repetidas

Teoría en enfermería: Conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.

Turgencia: Es la elasticidad de la piel. Es la capacidad para cambiar de forma y retornar a la normalidad.

Valoración de Apgar: a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

XI. ANEXOS

Anexo 1: Valoración por patrones funcionales

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES
DE SALUD DE MARJORY GORDON**

Inicial: RA 19 A Edad: 6/30 Sexo: Femenino
 Lugar de nacimiento: San Luis Potosí Lugar de residencia: San Luis Potosí
 Estado civil: Soltera Escolaridad: N/A Situación económica: Medio
 Diagnóstico médico actual: Riñón policístico (RPN) Servicio: Unidad de Cuidado Intensivo Nefrológica
Hipertensión arterial (HTA)
Diabetes mellitus tipo 2

Antecedentes de	Paciente	Madre	Padre	Motivo (situación actual del problema, evolución, terapéutica recibida)
Diabetes		✓		<u>RPN y HTA obtenidos por historia de</u> <u>metabolismo diabético e hipertensión arterial</u> <u>con los distintos respaldos por historia de</u> <u>hipertensión con un FGA de 30.7, se dan</u> <u>cuidados inmediatos y se dan a una</u> <u>dieta controlada con su régimen.</u>
Hipertensión		✓		
Renales				
Cardíacas	✓			
Quirúrgicas	✓			
Alérgicas				
Otros	✓			

Breve descripción de la patología: presenta RPN leve tratado mediante CPAP
con hipotensión. De mediante laboratorio, con hipertensión
con los oval, obstrucción abdominal distal, tratado mediante
ex terapéutica.

Exámenes de laboratorio y gabinete (Resultados alterados relevantes):

Hb 15.4
Leucocitos 12
Bilirrubina 1.746 3rd ECG
D.O. 49

Interconsultas: 4 consultas perinatales

Dieta prescrita: Azuno

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

¿Cuántas horas duerme diariamente? 8 hrs De 6 a 8 hrs De 4 a 6 hrs + de 8 hrs

¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? 1 o 2 veces 3 a 4 veces + más de 4 veces *A la estimulación*

¿Cuándo se levanta se hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día?
 Siempre Algunas veces Nunca

¿Tiene pesadillas? Siempre Algunas veces Nunca

¿Toma alguna sustancia para dormir? Siempre Algunas veces Nunca

¿Tiene periodos de descaño-reles a lo largo del día? Siempre Algunas veces Nunca

¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?
 Siempre Algunas veces Nunca

¿Durante su estancia hospitalaria existe alguna dificultad para conciliar el sueño? Sí No

Especifique: Activa de estimulación

PATRÓN 6: COGNITIVO / PERCEPTUAL

Toma decisiones independientemente: Sí No Está orientado: Tiempo Persona Espacio

Tiene pérdida de memoria: Sí No Sabe leer: Sí No Sabe escribir: Sí No

Dificultad para aprender: Sí No Dificultad de comprender: Sí No Dificultad de expresión: Sí No

Lenguaje: Comprensible Incomprensible Fobias/miedos: Sí No Especificar: _____

Alteraciones: Visuales Auditivas Olfatorias Tacta De equilibrio

Nivel de conciencia: Alerta Apático Confuso Estuporoso Comatoso Sedado

Recuperación pos anestésica: Sí No Dolor: Sí No Localización: _____ Escala visual analoga (EVA) _____

Datos agregados con el dolor: _____ Medidas no farmacológicas: _____

Alteraciones neurológicas:
 Crisis convulsivas Marea Hiperestesia Hipostesia Miosis Midriasis
 Anisocoria Parestesia Irritabilidad Parálisis Ataxia Signos meníngeos: _____

Alteración en reflejos: Sí No Especificar: decrecida, según Tono muscular: disminuido

Resultados de estudios de laboratorio / gabinete: _____

¿Qué información tiene el paciente / familia sobre su enfermedad y cuidados? _____

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Reactividad emocional: Adecuada al contexto Confusa Baja autoestima Desesperanza

Percepción imagen corporal: Ajustada a la realidad Rechazo Equivocada

Actitud frente a su cuerpo: Aceptación Sobre valoración Ira

Auto descripción de sí mismo: Ajustada a la realidad Positiva Exageración Negativa Indiferente

Autoevaluación general y competencia personal: Ansiedad Impotencia Tristeza

Sentimientos respecto a auto evaluación personal: Culpa Inferioridad Euforia Inutilidad Otra: _____

Ideas de suicidio (describir plan, si es mencionado): Sí No

Importante adaptarse para afrontar / compensar los sentimientos: _____

Percepción de exigencias o presiones: Sí No ¿Cuáles? _____

PATRON 8: ROL - RELACIONES

¿Con quien vive? sochos y Hermandad En su familia, desempeña el rol de hija
 ¿Que persona es más significativa para usted? _____ Se ha distanciado de ella Si No ¿Por que? _____
 ¿Ha modificado sus actividades cotidianas en los últimos meses?
 Si No Especifique _____ ¿Se siente solo? Si No
 Personas de quien ud recibe apoyo: Familia Compañeros de trabajo Amigos De las personas con las que vive
 Vecinos Compañeros de escuela Otros

Especifique el tipo de apoyo: _____
 Tiene problemas con alguno de los anteriores: Si No Especifique cual y con quien _____
 ¿Quién le cuida o usted? _____
 ¿Dificultades por cuidar a ser cuidado? Si No Especifique _____
 Tiene problemas por cuidados prolongados: _____ Especifique _____
 Ha tenido pérdidas significativas en los últimos meses: Si No Especifique _____
 Presenta: Dolor Dolor anticipado Negación Culpa Ira
 En su hogar existe o ha existido: Maltrato Sospecha de maltrato Abuso Violencia Rechazo
 La relación entre los padres es: Buena Regular Mala Especifique _____

PATRON 9: SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Mujer: NIA
 Identidad sexual: Heterosexual Bosexual Homosexual
 Fecha de inicio de: Menarca _____ Telarquia _____ Pubarquia _____
 Función sexual: Fecha de IVSA _____ Protección durante la relación _____ No de parejas _____
 Esta satisfecha con su actividad sexual: Si No ¿Por que? _____
 Método de planificación familiar: Si No ¿Cuál? _____ Dispareunia: Si No
 ¿Tiene más de un año sin menstruar: Si No ¿Ciclos menstruales regulares? Si No
 En el último año ha presentado cambios en su ciclo menstrual? Si No ¿Cuales? _____
 Presenta alguna de las siguientes alteraciones:
 Disminución de la libido Presencia de bochornos Resequedad vaginal Transpiraciones nocturnas
 Insomnio Último Papanicolaou _____ Última autoexploración de mamas: _____ Última menstruación: _____
 Reproducción: Embarazos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____

Hombre:
 Identidad sexual: Heterosexual Bosexual Homosexual
 Fecha de desarrollo de genitales externos: _____ Pubarquia _____ Andropausia _____
 Cambios en el timbre de voz: _____ Método de planificación familiar: Si No ¿Cuál? _____
 Función sexual: Fecha de IVSA _____ Protección durante la relación _____ No de parejas _____
 Esta satisfecho con su actividad sexual: Si No ¿Por que? _____
 Número de hijos: _____ Examen de próstata: _____ Frecuencia: _____
 Problemas de erección: Problemas de eyaculación precoz: Satisfacción sexual: Si No

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Ha tenido algún cambio, crisis o pérdida importante recientemente? Si No ¿Cuál? Viernes

El cambio le ocasiona: Amenaza Preocupación Ansiedad Sobreprotección
 Crecimiento Lo niega Se autoleiona Abuso de sustancias

¿Anteriormente había tenido algún otro cambio, crisis o pérdida importante? Si No

¿Éxito en la resolución de problemas? Si No ¿Se adaptó a los cambios? Si No

¿Cambios en el estilo de vida? Si No ¿Cambios de residencia? Si No

Presenta algunas alteraciones como:

Alteración del Humor <input type="checkbox"/>	Agresión <input type="checkbox"/>	Tristeza <input type="checkbox"/>	Cefalea <input type="checkbox"/>	Desesperanza <input type="checkbox"/>
Actitud defensiva <input type="checkbox"/>	Culpa <input type="checkbox"/>	Irritabilidad <input checked="" type="checkbox"/>	Preocupación <input type="checkbox"/>	Negatividad <input type="checkbox"/>
Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>	Angustia <input type="checkbox"/>	Náusea <input type="checkbox"/>	
Diarrea <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		

¿Qué medidas utiliza para disminuir el estrés _____

PATRÓN 11: VALORES / CREENCIAS

Actitud religiosa del usuario: Si No Especifique Familia de religión católica

Se apoya usted en sus valores o creencias frente a su enfermedad: Si No Especifique _____

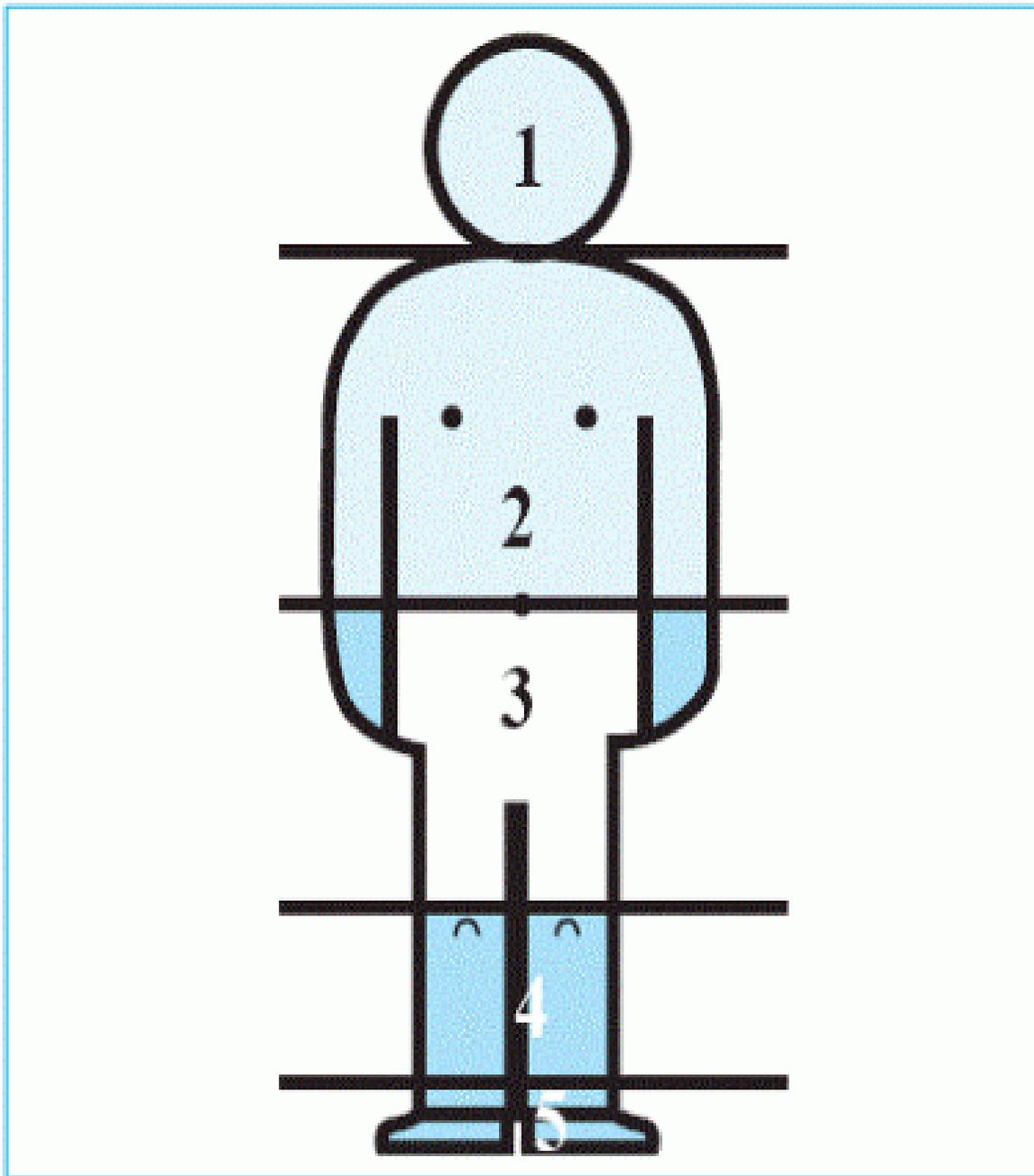
Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su enfermedad: Si No Especifique _____

Sus prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su tratamiento: Si No Especifique _____

Mitos o creencias del usuario/ familia sobre su estado de salud y cuidado: Si No Especifique _____

Mitos o creencias del usuario/ familia sobre su estado de salud y cuidado: Si No Especifique _____

Anexo 2: Escala de Kramer



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

(Gonzalez,2005)



SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO

¿CUANDO CONSULTAR AL MEDICO?

-  *Respira con dificultad y más rápido de lo normal (más de 60 veces por minuto)*
-  *Disminuye al apetito o no recibe el pecho*
-  *Presenta fiebre (temperatura mayor o igual a 38 grados) así sea en una sola oportunidad*
-  *Le suena el pecho al respirar*
-  *Somnolencia o no despierta con facilidad*
-  *Convulsiones o ataques*

Si su bebé presenta al menos uno de los anteriores signos acuda de inmediato al centro médico más cercano.

levita

(Navarro,2020)