



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

ESTUDIO DE CASO:

**Estudio de caso a Neonato Prematuro de 32
Semanas de gestación con Síndrome de
Dificultad Respiratoria y Atresia duodenal**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA NEONATAL**

P R E S E N T A:

LIC. MARTINEZ CALIXTO TANIA ITZEL

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. VITA ESPINOSA PÉREZ



CIUDAD DE MÉXICO 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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

ESTUDIO DE CASO:

**Estudio de caso a Neonato Prematuro de 32
Semanas de gestación con Síndrome de
Dificultad Respiratoria v Atresia duodenal**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN**

ENFERMERÍA NEONATAL

P R E S E N T A:

LIC. MARTINEZ CALIXTO TANIA ITZEL

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. VITA ESPINOSA PÉREZ



CIUDAD DE MÉXICO 2021

RESUMEN

Estudio de caso Neonato Prematuro Tardío de 32 Semanas de gestación con Síndrome de Dificultad Respiratoria y Atresia duodenal

En el presente estudio de caso se aborda como paciente a un neonato que se encuentra hospitalizado en la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez con los diagnósticos de Atresia duodenal, más síndrome de dificultad respiratoria. Para llevar a cabo este trabajo se realizó una investigación que reúne diversos artículos de interés para una investigación de calidad con los cuales logramos cumplir los objetivos planteados que fue principalmente el otorgar atención de calidad e individualizada a un neonato aplicando los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson a través del proceso de Atención de Enfermería. El paciente fue dado de alta satisfactoriamente a su hogar, con la atención otorgada tras un consentimiento informado en el cual se le informó a la madre los motivos de realizar el estudio de caso, cuidando la integridad de su hijo en todo momento. Finalmente se concluye que la atresia duodenal tiene un pronóstico adecuado si el manejo es oportuno, existieron diversas complicaciones entre las cuales fue dehiscencia de herida quirúrgica que fue corregida satisfactoriamente.

In the present case study, a neonate who is hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of the Federico Gómez Children's Hospital is approached as a patient with the diagnoses of duodenal atresia, plus respiratory distress syndrome. To carry out this work, a research that brings together various articles of interest for quality research with which we managed to meet the objectives set, which was mainly to provide quality and individualized care to a newborn applying the basic concepts of Virginia Henderson's theory through the process of Care of Nursing, each of these objectives was met and the patient was successfully discharged to his home, an investigation was carried out over several weeks where the most important points to carry out the investigation were addressed, consent was requested informed in which the mother was informed. The reasons for conducting the case study, taking care of the integrity of your child at all times, it was found that duodenal atresia has an adequate prognosis if the management is timely, there were various complications among which was surgical wound dehiscence that was satisfactorily corrected.

AGRADECIMIENTOS

- A la profesora Guadalupe Romero por su cátedra sabiduría y conocimientos precisos y rigurosos que llevaré conmigo en mi transitar profesional. Gracias por su perseverancia paciencia y tolerancia para sembrar su semilla de conocimientos en alma y espíritu.
- A mi Asesora Vita Espinosa por tu apoyo y motivación para la culminación de mis estudios de posgrado y por su apoyo en la elaboración de este estudio de caso.

DEDICATORIA

- Para mi Esposo e Hijo que llegaron a cambiar mi vida en el momento perfecto y preciso, por convertirse en mi apoyo, motivación y felicidad que por ellos y para ellos fue este sacrificio y esfuerzo que este día podemos celebrar.
- A mi hermana Diana por su apoyo incondicional cariño y amor en todo momento, en cualquier situación supliendo todas las demandas y cada una de las etapas de este posgrado.
- A mis padres sus palabras fueron sabias, al igual que sus lecciones de vida las cuales me guiaron aprendiendo de ello para poder llegar hasta aquí hoy en día.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Agradecimientos.....	4
Dedicatoria	5
Introducción.....	7
Objetivos	8
Capitulo 1. Fundamentacion.....	9
Capitulo 2. Marco Teorico	11
2.1 Marco Conceptual	11
2.2 Marco Empírico	13
2.3 Modelo De Virginia Henderson.....	16
Capítulo 3 Metodología	25
Capítulo 4 Aplicación Del Proceso De Atención De Enfermería.....	26
Capitulo 5 Conclusiones Y Recomendaciones.....	70
Referencias	71

{

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso se aborda como paciente a un neonato que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez con los diagnósticos de Recién nacido tardío + SDR + Atresia duodenal, para llevar a cabo este trabajo se realizó una investigación que reúne diversos artículos de interés para una investigación de calidad, está dividido en capítulos; en el primero abordamos la importancia del problema y la frecuencia con que se manifiesta a nivel nacional y mundial. Se define en que consiste el padecimiento como factor de Dependencia, se realiza una descripción de la metodología utilizada, sin dejar a un lado los aspectos éticos, que resultan importantes y fundamentales en la práctica profesional En nuestro segundo capítulo, presentamos el análisis de los documentos revisados, así como la propuesta filosófica y modelo de Virginia Henderson. Dentro del tercer capítulo se aborda la metodología y justificación de todos los instrumentos recabados y utilizados en este trabajo

A su vez, en nuestro capítulo 4 desarrollamos el proceso de atención de enfermería, el cual se caracteriza por ser un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. En el proceso de conceptualización del cuidado se han identificado dimensiones como la conceptualización del cuidado, la interacción, la participación, y el afecto ético como esenciales en el acto de cuidar.

Una herramienta para la presentación del siguiente estudio de caso fue la propuesta filosófica de Virginia Henderson; el proceso de cuidado de enfermería no puede efectuarse sin un enfoque de relación-ayuda con el paciente, es necesario que se establezca una relación demostrativa; la enfermera debe adoptar actitudes que ayuden al paciente a recuperar su independencia en un tiempo establecido.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un estudio de caso a una neonato aplicando los conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson y el del proceso de Atención de Enfermería.

Objetivos específicos

- Proporcionar cuidados especializados a un neonato con alteración en la necesidad de respirar normalmente utilizando la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y Modelo de Virginia Henderson en un hospital de tercer nivel.
- Identificar la mejor evidencia para el estudio de caso.
- Realizar una valoración focalizada a un neonato hospitalizado en la UCIN.
- Identificar y jerarquizar las necesidades el neonato hospitalizado en la UCIN.
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales de riesgo interdependientes o de salud de acuerdo con la valoración de las 14 necesidades del paciente basados en el modelo de virginia Henderson.
- Elaborar planes de cuidado para después ejecutarlos y evaluarlos.
- Elaborar un plan de alta para evitar reingresos hospitalarios y asegurar un cuidado optimo en el hogar.

CAPITULO 1. FUNDAMENTACION

PREMATUREZ

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto ¹. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.¹

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos y costo eficaces, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive. El uso deficiente de la tecnología en entornos de ingresos medios está provocando una mayor carga de discapacidad entre los bebés prematuros que sobreviven al periodo prenatal.²

En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Los recién nacidos prematuros con enfermedad respiratoria constituyen un grupo de pacientes que ocupa en alto porcentaje las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Una encuesta realizada por The National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network en Estados Unidos de Norteamérica reportó que de noviembre de 1989 a Octubre de 1990 nacieron aproximadamente 470 mil recién nacidos en forma prematura. De los cuales el 30% desarrollaron síndrome de dificultad respiratoria, y en la mayoría de los casos necesitaron intubación endotraqueal, ventilación mecánica y administración de surfactante.

El SDR se presenta tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados, con una frecuencia que varía del 15 al 50%. La diferencia en las tasas de morbilidad y mortalidad es consecuencia de la gran diversidad de tratamientos que existe entre los diferentes centros hospitalarios.³

ATRESIA DUODENAL

Esta anomalía es la tercera atresia en orden de frecuencia del aparato digestivo. La incidencia estimada es de 1 cada 5.000 a 10.000 nacidos vivos. La atresia duodenal se debe a la falta de canalización del duodeno embrionario. Esta falla puede estar relacionada con un evento isquémico o con factores genéticos.

La incidencia de la atresia duodenal se estima entre 1/10.000 y 1/6.000 nacimientos vivos, afectando casi por igual a hombres y mujeres. La atresia duodenal, a diferencia de otras atresias intestinales, se asocia con frecuencia con otras anomalías congénitas como síndrome de Down, que está presente en 25 a 40% de los casos.⁴

El diagnóstico de la atresia duodenal puede sospecharse en el período prenatal si hay polihidramnios, dilatación intestinal, ascitis o varias de ellas combinadas. La ecografía prenatal puede detectar una doble burbuja en aproximadamente el 50% de los casos.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

1. Prematurez

Se define como prematuro a todo recién nacido menor a 37 semanas (según OMS), lo que corresponde al 6-10% de todos los partos.⁵

2. Síndrome de dificultad respiratoria

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino . La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado.

3. Atresia duodenal

Es una afección en la cual la primera parte del intestino delgado (el duodeno) no se ha desarrollado adecuadamente. No está abierto y no puede permitir el paso de los contenidos del estómago.⁶

4. Dolor

Define como dolor al "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial".

5. Dehiscencia

La dehiscencia de la herida quirúrgica es la separación posoperatoria de la incisión. Implica un aumento de la estancia hospitalaria y de la recuperación posquirúrgica

6. Estenosis

Conexión entre dos vasos, que puede ser espontánea o como resultado de una intervención quirúrgica. En el cuerpo humano hay una gran cantidad de anastomosis, tanto entre arterias como entre venas, normalmente de pequeño calibre.

7. Anastomosis

Estenosis un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal. Puede ser de origen congénito o adquirido por tumores, engrosamiento o hipertrofia, o por infiltración y fibrosis de las paredes o bordes lumbinales o valvulares.

8. Peso bajo al nacimiento

El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. Entre los múltiples factores asociados al BPN se ha señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan a la funcionalidad insuficiencia placentaria, así como a las alteraciones propiamente fetales.⁷

9. Penrose

Es un tubo de caucho, delgado y aplanado los hay de varios tamaños más delgado más grueso más largo más corto, etc. que se mantiene colapsado mientras no pasa líquido por su interior. Se coloca a través de una abertura cutánea y actúa por capilaridad. Se coloca al finalizar la intervención quirúrgica antes de cerrar la pared, y a través de una pequeña incisión se asegura mediante un punto de sutura. Una vez terminada la cirugía se puede colocar una bolsa de colostomía para recoger las secreciones.

2.2 MARCO EMPÍRICO

Tras la búsqueda de artículos relacionados con la problemática del paciente del presente trabajo se encontraron solo 10, de los cuales se presentan a continuación

El primer artículo revisado es Sobre el modelo conceptual de Virginia Henderson el cual comienza marcando la trayectoria biográfica de Virginia Henderson, cuáles fueron sus bases teóricas, y cómo éstas influyeron en su propio modelo conceptual. En éste, focaliza principalmente a la persona, su entorno, y salud para establecer los postulados o asunciones científicas como ejes y engranes vitales de dicho modelo: 14 necesidades básicas; independencia personal; búsqueda de la plenitud mediante el cumplimiento de todas sus necesidades. Por supuesto, expone la importancia filosófica que debe adoptar la enfermería, sus objetivos, y papel frente al usuario/paciente.

Las palabras clave para este artículo fueron: Teoría, Henderson, necesidades.

El segundo artículo es Obstrucción duodenal en pacientes pediátricos el cual Presenta enfermedades supeditadas a la obstrucción duodenal en bebés pediátricos y su correlación clínica, radiológica y quirúrgica. Para ello, revisaron expedientes clínicos relacionados con obstrucciones duodenales en el Hospital San José Tec de Monterrey, donde investigan causas a través de reportes quirúrgicos y métodos de imagen, Como resultado, identificaron atresia duodenal, membrana duodenal, vena porta preduodenal, compresión por bandas Ladd y mal rotación intestinal con vulvo. Gracias a lo anterior concluyen que el “signo de doble burbuja” es el patrón obstructivo del duodeno, el cual representa una urgencia quirúrgica, y que sus causas son diversas.

Las palabras clave para este artículo fueron: Obstrucción, duodeno, estenosis, atresia.

El tercer artículo es sobre atresia duodenal que Establece que la probabilidad de que un bebé prematuro padezca atresia duodenal se estima es de 1/11,000 en Europa, no importa el género. Se clasifica en tres tipos: diafragma duodenal, y dos completas atresias duodenales. Resalta que no se sabe exactamente qué ocasiona la atresia duodenal, sin embargo, se sospecha de anomalías vasculares, anormalidades en la migración neurológica, y fallas en la recanalización del lumen duodenal; el método

para confirmar la atresia duodenal es mediante una radiografía que muestre la característica “doble burbuja” en la primera porción del duodeno y el estómago. Por otro lado, desarrolla un diagnóstico diferencial que indica a la trisomía 21 como posible causante. Indica también como único tratamiento la cirugía, la cual tiene un excelente pronóstico para el prematuro.

Las palabras clave para este artículo fueron: Atresia, Prematurez.

El cuarto artículo detalla que las causas de la atresia duodenal son desconocidas, sin embargo, se sabe son problemas durante el desarrollo del embrión y que el duodeno no cambia a un estrado sólido, como normalmente debería suceder. Indica que un ultrasonido fetal podría detectar la atresia duodenal observando la cantidad de líquido amniótico, y también el estado del duodeno y estómago del bebé. Indica también que el único tratamiento a seguir es la cirugía, aunque expresa que podría haber ciertas complicaciones después, como problemas con el tránsito intestinal, o reflujo gastroesofágico.

Las palabras clave para este artículo fueron: Atresia, duodeno, prematuro.

Sobre el quinto artículo describe la atresia duodenal como la tercera anomalía en orden de frecuencia del aparato digestivo (1 de cada 5,000 a 10,000 nacidos); la falla puede estar relacionada con un evento isquémico o factores genéticos (síndrome de down), apunta. También dice que mediante una ecografía puede detectarse la atresia duodenal (polihidratos, dilatación intestinal, y ascitis), aunque su porcentaje de efectividad es del 50%; al bebé recién nacido, debe realizarse una radiografía para detectar la característica “doble burbuja”. Por último, señala que el único tratamiento posible es la cirugía, la cual brinda un buen pronóstico.

Las palabras clave para este artículo fueron: Duodeno, estenosis y atresia.

El artículo número 6 comienza por mostrar un ultrasonido abdominal y señala el signo de la “doble burbuja”, detallando que para confirmar el hallazgo de atresia duodenal debe haber continuidad entre ambas burbujas. Además, señala que la atresia duodenal se asocia al 30% de los casos con trisomía 21. Además de describir de manera detallada el proceso fisiopatológico de la atresia duodenal (defecto congénito relacionado al lumen gástrico), y señalar los tres tipos que existen, menciona su incidencia, la cual va de 1/10,000 – 40,000 al año; es responsable del 60% de las

obstrucciones intestinales. Concluye que la cirugía es el único tratamiento existente, y que la atresia duodenal presenta una asociación con aneuploidías y otras malformaciones

Las palabras clave para este artículo fueron: atresia duodenal, prematuro

Dentro del séptimo artículo que es sobre infecciones en sitio de herida quirúrgica sostienen que la Infección de la Herida Quirúrgica (IHQ) tiene elevada incidencia y mortalidad en neonatos, por lo cual analizan sus factores de riesgo con tal de poder identificar pacientes susceptibles, y los factores modificables en los que puedan actuar. Para ello, toman una muestra de 90 intervenciones quirúrgicas en recién nacidos (centrados en factores de riesgo pre, intra y posquirúrgicos, los cuales son posibles causantes de IHQ).

Las palabras clave para este artículo fueron: Infección, herida, neonatos.

El octavo artículo fue sobre el dolor en neonatos el cual reconsidera el dolor del niño, y como se ha tratado de manera insuficiente. Por lo cual, abordan al neonato, el cual debe someterse a intervenciones invasivas, aunque no existen datos suficientes para afirmar que éstos sean capaces de percibir el dolor; afirman, el tratamiento insuficiente del dolor hace aumentar la morbilidad. Por lo cual, presentan las escalas de medida más utilizadas de dolor para valorar al neonato a término y pretérmino (basadas en observación, comportamiento, y alteraciones fisiológicas). Por otro lado, consideran las medidas generales en el tratamiento del dolor en el neonato, como evitar procedimientos dolorosos innecesarios, cuidado del ambiente que lo rodea, soluciones orales dulces, entre otros, sin embargo, consideran otros recursos como medidas farmacológicas dado que los cuidados mencionados anteriormente no son suficientes.

Las palabras clave para este artículo fueron: Dolor, neonatos.

El artículo noveno fue sobre los factores de riesgo para la Prematurez y este comienza por expresar que la Prematurez es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad perinatal; 75% de las muertes neonatales. Por ello, plantea como objetivos conocer los factores de riesgo que influyen en la Prematurez de los recién nacidos en el Hospital de Ginecoobstetricia 23 del IMSS, Monterrey Nuevo León. La muestra consistió en 300 mujeres que finalizaron su embarazo entre las semanas 28 y 36, y

600 entre las semanas 37 y 41. Resultado: edad materna mayor a 35 años (14.6%), placenta previa (9.3%), infecciones urinarias (76%).

Las palabras clave para este artículo fueron: Prematurez, mortalidad, riesgo, complicaciones.

Y por último el artículo decimo que nos habla sobre la nutrición parenteral total en el recién nacido resaltan la importancia del uso de nutrición parenteral total (NTP), para los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). Como objetivo buscan determinar si el empleo del NTP con lípidos facilita mayor crecimiento en las primeras horas de vida. Para comprobarlo, su muestra consistió en 50 RNMBP que recibieron NTP con lípidos durante sus dos primeras semanas de vida. Por otro lado, 100 RNMBP alimentados por vía oral antes del tercer día. Esto con el fin de comparar la evolución nutricional de ambos grupos empleando indicadores nutricionales. Los resultados arrojaron que la NTP es muy útil en el manejo nutricional de los RNMBP.

Las palabras clave para este artículo fueron: nutrición parenteral, neonatos.

2.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson

Fue una estadounidense que pasó su vida dedicada a la práctica e investigación de la enfermería. Desde 1950, su total dedicación a la misma dio origen a teorías y fundamentos que se aplican hasta la fecha.

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City, ciudad del estado de Missouri, Estados Unidos un 19 de marzo.

A la edad de 21 años, inicia sus estudios de enfermería en Washington D.C. (en la escuela del ejército); su máxima motivación para seguir este camino fue la Primera Guerra Mundial, ya que asistió a varios de sus compatriotas durante ese período.

Al graduarse en 1921, Virginia Henderson consigue su primer trabajo como enfermera en el Henry Street Settlement, una agencia de servicio sociales sin fines de lucro,

ubicada en Manhattan, Nueva York. Un año más tarde, comenzaría su carrera como docente (1922).

A partir de allí, comenzaría su larga formación a través de los años:

- 1926: Ingresa al Teachers College (Universidad de Columbia).
- 1929: Ejerce el cargo de Supervisora Pedagógica en el Strong Memorial Hospital (Rochester, Nueva York).
- 1930: Regresa a Teachers College y dicta cursos sobre prácticas clínicas y técnicas de análisis de enfermería.
- 1932: Obtiene el título de Licenciada en Teachers College.
- 1934: Obtiene el título de Magíster en Arte en Teachers College.
- 1948-1953: Realiza la revisión de la quinta edición del libro de Berta Harmer "Textbook of principles and practice of nursing", publicado en 1939.
- 1955: Publica la sexta edición del libro "Textbook of principles and practice of nursing".
- 1959: Dirige el proyecto Nursing Studies Index.
- 1966: Publica "The Nature of Nursing".
- 1980: Ya retirada, permanece asociada a la investigación en la Universidad de Yale.
- 1983: Recibe el premio Mary Tolles Wright Founders.
- 1978: Publica la sexta edición de "The principles of Nursing".
- 1988: Recibe una mención de honor por sus aportes a la enfermería de parte de A.N.A. (American Nurses Association).

Virginia Henderson fallece el 30 de noviembre del año 1996 a la edad de 99 años.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, donde el papel de la enfermera es la realización, suplencia o ayuda de las

acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. Su marco conceptual se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales.

La valoración con el enfoque de VH nos posibilita percibir que tan capaz es el individuo de controlar su entorno físico en caso de una enfermedad y que tanto esta puede inferir en tal capacidad; también nos permite determinar que intervenciones se deben implementar para proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.⁸

Conceptos principales

Henderson define a la Enfermería como: “La enfermería consiste principalmente en ayudar a las personas sanas o enfermas a llevar a cabo aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o bien, a una muerte tranquila), las cuales podrían efectuar sin ayuda si contara con la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento. Posiblemente la contribución específica de la enfermería es ayudar a las personas a que se vuelvan independientes de tal ayuda lo más pronto posible.”

En cuanto al concepto de salud VH expresa que es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de la satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas.

Independencia en el niño

“Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por el de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrolla en la que se encuentra.”

Dependencia del niño

“Dependencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega a la edad normal de hacerlo.”

Continuum independencia – dependencia

La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que la asista, le enseñe lo que debe de hacer o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Se determino el tiempo o duración de la dependencia que puede ser desde Algunos Días – Algunos Semanas (Dependencia transitoria) hasta Algunos meses – Varios Años (Dependencia permanente o crónica); y el Grado de Dependencia que puede ser Ligera o Total.

Fuentes de dificultad en este modelo son:

- a) Conocimiento. Se refiere a la situación de salud, como manejarla y a los recursos internos y externos disponibles, esto es, saber qué hacer y cómo hacerlo.
- b) Fuerza. Puede ser física e intelectual. En el primer caso, se trata de los aspectos relacionados con el (poder hacer) que incluye la fuerza y el tono muscular, la capacidad psicomotriz. La fuerza psíquica se refiere a la capacidad sensorial e intelectual, es decir, para procesar información y que le ayude a tomar decisiones
- c) Voluntad. Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse hacerlas durante el tiempo necesario.

Postulados

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero, independiente.

Valores

- La enfermera tiene funciones que son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal cualificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

Afirmaciones teóricas

1. Relación enfermera-medico. La enfermera tiene un trabajo independiente a la del médico, aunque exista relación entre ellos.

2. Relación enfermera-equipo de salud. La enfermera siempre trabajo en un equipo con el resto del personal de salud que tiene un mismo objetivo.

3. Relación enfermera-paciente. Se identifican tres niveles:

- Acompañamiento. Fomenta la relación terapéutica con el paciente como miembro del equipo de salud.
- Suplencia. Compensa lo que le hace falta al paciente.
- Ayuda. Establece las intervenciones clínicas.

Los cuidados son llevados para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma.

Virginia Henderson considera que las 14 necesidades de su propuesta son básicas e indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera.

NECESIDAD	CARACTERISTICAS
Oxigenación	El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento
Nutrición	El organismo precisa de líquidos y nutrientes para vivir
Eliminar	El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento
Movimiento y postura	La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria
Descanso y sueño	Son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica.
Vestir y desvestirse	Además de construir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor.
Termorregulación	El cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango para asegurar su correcto funcionamiento, dispone de una serie de mecanismos de pérdida y ganancia de calor para regularla
Mantener una higiene adecuada	Es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico.

Evitar peligros	Un correcto aprendizaje, evitara numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas.
Comunicación	Es fundamental expresar los sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de las personas y su entono
Valores y creencias	Las personas piensan actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fe.
Autorrealización	Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto.
Recreación	Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental
Aprendizaje	La educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona

Supuestos principales metaparadigmas

Enfermería

- La enfermera tiene una función primordial que ayuda a individuos sanos o enfermos.
- Una enfermera actúa como miembro del equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen médico, pero apoya su plan, si existe un medio encargado.
- Una enfermera puede valorar las necesidades básicas humanas.
- La enfermera actúa independientemente del médico, promueve su plan y debe hacerlo si es miembro del equipo de salud la enfermera posee conocimientos de los campos de la ciencias sociales y biológicas
- La enfermera puede evaluar necesidades básicas

Persona

- La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
- El cuerpo y mente de una persona no se puede separar.
- El paciente y su familia constituyen una unidad.
- El paciente requiere ayuda para procurar su independencia
- Los catorce componentes de la enfermería abarcan las necesidades del paciente

Salud

- La salud es una cualidad de vida
- La salud es básica para el funcionamiento del ser humano
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante para cuidar el enfermo.

- El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad
- Los individuos mantendrán u obtendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios

Entorno

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en esa capacidad.
- Los médicos se sirven de las observaciones y valoración de las enfermeras en las que se basan sus prescripciones y apartados de protección.
- Los individuos sanos pueden ser capaces de vigilar su entorno, pero la enfermedad puede interferirse en tal capacidad
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes, de lesiones producidas por agentes mecánicos
- Las enfermeras deben tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar peligros
- Las enfermeras deben recibir formación sobre medidas de seguridad

Afirmaciones teóricas

La relación enfermera paciente, existen tres niveles en relación entre la enfermera y el paciente, clasificados desde una relación muy dependiente.

- 1) La enfermera como sustituto del paciente
- 2) La enfermera como ayuda para el paciente
- 3) La enfermera como compañera del paciente

Henderson describe esta opinión cuando dice que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el apego a la vida del suicida, en condiciones de convalecencia la enfermera ayuda a adquirir o recuperar su independencia.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

Se eligió a un paciente neonato en el área de UCIN dentro del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Solicitamos autorización de la madre para la realización de este estudio mediante un consentimiento informado (Anexo1) Realizamos una evaluación y exploración física posteriormente aplicamos la cédula de valoración basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson (Anexo2), se analizaron cuidadosamente, para poder determinar en las en las que presentaba alguna alteración, posteriormente se realizó una investigación y búsqueda de bibliografía para poder comprender en su totalidad las patologías que presentaba en determinado momento, una vez teniendo la bibliografía requerida se procedió a realizar el proceso de atención de enfermería.

Comenzamos por la primera etapa que fue valoración donde recabamos los datos de nuestro paciente, al realizar la exploración física pudimos evaluar sus necesidades principales para llegar a la segunda etapa del proceso que es diagnosticar en base a las necesidades que se presentaron algún tipo de alteración y en las que no los diagnósticos fueron realizados mediante el formato PES (problema, etiología y signos y síntomas) Dentro de la etapa de planeación donde jerarquizan los diagnósticos encontrados para poder dar un seguimiento integral y de manera continua se llevó a cabo el plan de cuidados logrando cumplir cada necesidad del paciente para poder llegar a realizar una evaluación donde se valoró la funcionalidad de los cuidados e intervenciones brindados posteriormente Se elaboró un plan de alta tomando en cuenta las necesidades para lograr en casa continué con un manejo adecuado abarcando todos los aspectos necesarios resaltando la importancia de la Alimentación con seno materno y el conocimiento sobre los datos de alarma.

CAPÍTULO 4 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FACTOR DE DEPENDENCIA

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino. La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados.

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida. La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.

Por lo general, el feto comienza a producir surfactante alrededor de las 24 semanas de gestación. Entre las semanas 34 y 36 del embarazo ya hay suficiente surfactante en los pulmones del feto como para permitir que los sacos de aire permanezcan abiertos. Por lo tanto, cuanto más prematuro sea el recién nacido, menor es la cantidad de surfactante disponible y mayor la probabilidad de desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria.

FISIOPATOLOGÍA.

La etiología del SDR es un déficit transitorio de surfactante por disminución de la síntesis, alteraciones cualitativas o aumento de su inactivación. La pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional, que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido y tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio.¹³

El tratamiento con surfactante exógeno disminuye la tensión superficial, y por ello, la presión de apertura necesaria para iniciar la inspiración

Por otra parte, dificulta el colapso alveolar espiratorio al retrasar su vaciamiento, por lo que mantiene la capacidad residual funcional. Ambas acciones favorecen el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación y la ventilación, es decir, el intercambio gaseoso pulmonar.

CLINICA

En la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio. Los primeros síntomas se inician al nacer o en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada, para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad.

DIAGNOSTICO

En un neonato pretérmino con dificultad respiratoria, el diagnóstico se basa en los antecedentes, datos clínicos y en el aspecto radiográfico de los pulmones, si bien la radiografía puede no reflejar la intensidad de la afectación pulmonar, sobre todo

cuando el neonato recibe asistencia respiratoria. En la evolución natural de la enfermedad aparecen los cambios típicos, aunque no patognomónicos de SDR: disminución del volumen pulmonar, opacificación difusa de los campos pulmonares con un moteado fino de aspecto de vidrio esmerilado y presencia de broncograma aéreo. El cuidado de estos pacientes debe efectuarse en unidades de cuidados intensivos neonatales, donde el personal de enfermería especialmente entrenado los asistirá y controlará.

PREVENCION

Lo ideal es realizar la prevención primaria evitando el parto pretérmino y, la secundaria, mediante la administración de corticoides prenatales, en mujeres con riesgo de presentar un parto prematuro antes de las 35 semanas. Ha sido demostrado que la administración de corticoides a la madre disminuye la incidencia de SDR, la mortalidad y la tasa de hemorragia intraventricular

La aplicación precoz de CPAP puede evitar la inactivación del surfactante, incluso cuando hay una cierta deficiencia, como ocurre en los menos inmaduros, favoreciendo el mantenimiento de un volumen alveolar adecuado y evitando su colapso. De igual forma, después del tratamiento con surfactante el mantenimiento de un volumen alveolar adecuado mediante CPAP puede contribuir a una evolución favorable.

TRATAMIENTO

Está encaminado fundamentalmente a conseguir una buena función pulmonar y un adecuado intercambio gaseoso, evitando complicaciones como el enfisema intersticial, el neumotórax. La administración traqueal de surfactante exógeno es el tratamiento mejor evaluado en el cuidado neonatal. Produce una rápida mejoría de la oxigenación y de la función pulmonar, aumentando la CRF y la distensibilidad pulmonar, lo que supone una disminución de las necesidades de O₂ y del soporte ventilatorio, con menores tasas de enfisema intersticial y neumotórax. Además, aumenta la supervivencia y la calidad de vida, dado que no se incrementan las alteraciones neurológicas a largo plazo. El surfactante más utilizado es el natural, si bien se sigue investigando en los productos sintéticos.¹⁴

La administración de surfactante se puede realizar de modo profiláctico, en niños con riesgo de presentar SDR, o terapéutico cuando presentan algún dato compatible con esta enfermedad pulmonar. La profilaxis se realiza en los más inmaduros (menores de 27 semanas), con un alto riesgo de presentar un SDR grave y en los menores de 30 semanas que precisen intubación en sala de partos. La utilización de CPAP precoz puede disminuir las necesidades de ventilación mecánica. El tratamiento se realizará de forma precoz en los que no se ha realizado profilaxis y presentan algún dato de SDR. Las técnicas de instilación traqueal han sido estandarizadas según el tipo de preparado utilizado, aceptándose como tratamiento completo la aplicación de una dosis inicial, seguida de un máximo de dos dosis adicionales, a las 6 - 12 horas desde la instilación de la primera, si el paciente sigue intubado y precisa una FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) superior a 0,3. La mayoría de los casos responden favorablemente al tratamiento, pero un 20% no lo hacen; en éstos hay que descartar la presencia de otras alteraciones como la neumonía, hipoplasia, hipertensión pulmonar o, más raramente, de una cardiopatía congénita. Su aplicación se puede realizar de forma lenta, sin retirar la ventilación y con un tubo endotraqueal de doble luz.

PRONÓSTICO

Con tratamiento, la mayoría de los recién nacidos sobrevive. La producción natural de surfactante aumenta después del nacimiento. Con la producción continua de surfactante y, algunas veces, con apoyo respiratorio y terapia surfactante, el síndrome de dificultad respiratoria por lo general se resuelve en 4 o 5 días.

OXIGENOTERAPIA.

Debe incrementarse la FiO₂ para mantener la pO₂ entre 50 y 60 mmHg, evitando cifras más elevadas para disminuir el riesgo de lesión pulmonar y retinopatía de la prematuridad.

ASISTENCIA RESPIRATORIA.

La CPAP puede aplicarse precozmente para evitar el colapso pulmonar, ya que favorece la síntesis de surfactante y puede modificar el curso del SDR. También permite una extubación rápida después de la instilación traqueal de surfactante, o después de un periodo prolongado de ventilación mecánica disminuye el fracaso de la extubación. Se aplica de forma no invasiva mediante cánulas, preferentemente binasales. Los ventiladores más empleados son los de flujo continuo, ciclados por tiempo y con límite de presión. Tienen dispositivos que miden el flujo y que permiten sincronizar la ventilación espontánea del niño con los ciclos del ventilador, de modo que se pueden ofrecer distintos tipos de ventilación, sincronizada, asistida/controlada, etc. Esto disminuye el esfuerzo respiratorio del paciente, su nivel de agitación y mejora el acoplamiento al dispositivo mecánico, evitando complicaciones graves como HIV y facilitando el ajuste de los parámetros a cada situación. También monitorizan el volumen corriente, permitiendo un mejor control del ventilador y contribuyen a disminuir el riesgo de hipocarbia. Cuando los resultados no son satisfactorios, es necesario utilizar elevadas presiones inspiratorias o el riesgo de fuga aérea complica la evolución, la ventilación de alta frecuencia puede ser de utilidad. Esta consiste en aplicar volúmenes corrientes mínimos, próximos al espacio muerto, a frecuencias superiores a 300 ciclos por minuto, aplicando una presión media de la vía aérea elevada para conseguir un óptimo reclutamiento alveolar.

SURFACTANTE PULMONAR

El surfactante se encuentra en el pulmón de los mamíferos y su función principal es disminuir la tensión superficial de los alvéolos, evitando la atelectasia pulmonar. En 1959, *Avery y Mead*, señalaron que el déficit de surfactante era la causa de la enfermedad de la membrana hialina (EMH).

El surfactante se encuentra en el pulmón de los mamíferos. Es incierto el momento en que comienza a producirse el surfactante en el feto. Se ha encontrado un 40 % en fetos de 500 g y la formación es generalmente completa cuando llega a término.

El surfactante pulmonar es una mezcla de lípidos y proteínas y sintetizado por los neumocitos tipo II, almacenado en los cuerpos lamelares y secretado en los alvéolos.

Su función principal es disminuir la tensión superficial de los alvéolos y evitar la atelectasia. Factores hormonales y otras sustancias intervienen en su formación.

La síntesis de surfactante depende en parte del pH, temperatura y perfusión normales. La asfixia, la hipoxemia, la hipotensión y el enfriamiento pueden suprimir la síntesis de surfactante. El epitelio pulmonar puede también ser dañado por alta concentración del oxígeno y el barotrauma, produciéndose una reducción del surfactante. La deficiente síntesis o liberación del surfactante produce atelectasia e hipoxia. El flujo pulmonar se reduce y la injuria isquémica de las células produce efusión y material proteínaceo que inhibe la formación de surfactante.

En la clínica se utilizan los surfactantes naturales y los sintéticos. Los naturales son el humano, muy poco empleado, y el bovino y el porcino, que tienen una pequeña proporción de proteína para evitar reacciones antigénicas. En vista de las dificultades y costo de los surfactantes naturales, se busca la obtención de surfactantes sintéticos, formados con lípidos y polipéptidos, que se obtienen más fáciles y a menor costo. Los surfactantes naturales son más eficaces que los sintéticos, pero con estos se obtienen también resultados satisfactorios y al ser más baratos permiten ampliar su uso a otras enfermedades pulmonares.

EFFECTOS FISIOLÓGICOS DEL SURFACTANTE

Disminuye la tensión alveolar de los alvéolos, estabiliza los alvéolos y los bronquios terminales, evita el edema, mejora la compliance, la capacidad residual funcional, la presión media de la vía aérea, el índice de ventilación (IV), el índice arterio-alveolar de oxígeno, la resistencia y el trabajo respiratorio; disminuye la presión de la arteria pulmonar, aumenta el flujo sanguíneo de la arteria pulmonar y mejora el transporte ciliar.

El surfactante exógeno se incorpora a los neumocitos. Tiene efectos antiinflamatorios y propiedades inmunológicas: disminuye los efectos de los radicales de oxígeno, protege las células pulmonares, aglutina bacterias y antígenos, activa a los macrófagos y la fagocitosis, elimina las endotoxinas.

DEFICIENCIA DE SURFACTANTE PULMONAR

La deficiencia de surfactante puede ser primaria, que es la causa de la EMH, o secundaria cuando hay una injuria pulmonar, como ocurre en la neumonía, síndrome de aspiración meconial, pulmón asfíctico, SDR tipo adulto y otras enfermedades pulmonares.

SURFACTANTE EN SDR

Efectos del empleo de surfactante en la EMH

Disminuye la severidad y la duración de la ventilación, disminuye las alteraciones radiológicas, el bloqueo aéreo, la infección nosocomial, la hemorragia intraventricular (HIV) y el costo hospitalario.

Efectos secundarios del empleo de surfactante en la EMH

La administración rápida puede producir cianosis, cambios bruscos de los gases sanguíneos, fluctuaciones de la tensión arterial y del flujo sanguíneo cerebral. Muy ocasionalmente la administración de surfactante exógeno en el tratamiento de la EMH puede contribuir a la aparición del ductus arterioso persistente y la hemorragia pulmonar.

Respuesta al surfactante en la EMH

- Inmediata, buena y sostenida (2/3 partes): muy buen pronóstico.
- Respuesta buena con recaída (1/6): ductus arterioso permeable, hipertensión pulmonar persistente.
- Respuesta pobre o ninguna (1/6): ductus arterioso permeable, disfunción miocárdica, *shock* cardiogénico, hipertensión pulmonar persistente, bloqueo aéreo, infección pulmonar y proteína en el alvéolo (pulmón asfíctico).

Causas de no respuesta al surfactante en la EMH

- Surfactante de mala calidad, no buena dilución, dosis pequeña.
- Mala técnica de administración.
- Mal manejo ventilatorio.

- Prematuro no estabilizado: hipotérmico, acidótico o hipotenso.
- Depresión miocárdica o hipervolemia.
- Pulmón asfíctico: proteínas inhibitorias y hemorragia.
- Inmadurez estructural pulmonar.
- Hipoplasia pulmonar.

Administración del surfactante en la EMH: *Profiláctico*

- En prematuros que nacen con puntuación de Apgar bajo.
- En prematuros de < 30 semanas de edad gestacional antes de la hora de vida (posible en el salón de partos) con VPPC (CPAP). Disminuye la mortalidad y la incidencia de hemorragia intraventricular.

Rescate

Se realizan previamente hemoglobina, gasometría y radiografía de tórax y se coloca una sonda nasogástrica. Se administra el surfactante después de estabilizado el recién nacido (temperatura, tensión arterial, sin acidosis severa, ni anemia). En relación con la intubación traqueal algunos prefieren la vía nasal a la bucal.

Se coloca al neonato en las posiciones: decúbito prono, lateral derecho y lateral izquierdo. Durante la administración se debe aumentar la presión inspiratoria pico (PIP) 3 cm H₂O para facilitar la entrada del líquido y disminuir o evitar algunas reacciones secundarias (hipoxemia, hipercapnia) por obstrucción de las vías aéreas. Se repite la gasometría a los 30 min y la radiografía de tórax a las 4 h. Si la respuesta es buena el neonato se pone rubicundo, la PaO₂ aumenta más de 75 torr y hay una mejoría en la interpretación radiográfica.

Se requiere monitoreo de la presión sanguínea, gases sanguíneos, electrolitos, calcio y glucosa. Los líquidos se restringen a 50-60 mL/kg las primeras 48 h o hasta el comienzo de la diuresis, pero en los neonatos de menos de 28 sem un mayor aporte de líquido es necesario por mayor pérdida por evaporización. Algunos requieren soporte también inotrópico, con drogas vasoactivas.

Generalmente se emplean antibióticos por la posibilidad de asociación con una infección congénita. En los neonatos en que después de una buena respuesta hay

una recaída (generalmente después de 6 h) se repite la dosis hasta 4 veces. Esto es posible por la persistencia del conducto arterioso, hipertensión pulmonar persistente o por haber proteínas en los alvéolos. Hasta 1/6 o más de los casos puede no haber respuesta al surfactante. Recientemente se ha señalado que en caso de falla se debe repetir el surfactante al 6to día.

ATRESIA DUODENAL

Epidemiología

La incidencia de la atresia duodenal se estima entre 1/10.000 y 1/6.000 nacidos vivos, afectando casi por igual a hombres y mujeres.

Concepto:

La atresia y estenosis duodenal se deben a una afección en la cual el duodeno no se desarrolla correctamente, caracterizada por obstrucción incompleta de la luz intestinal con un pequeño orificio en un diafragma o membrana, impidiendo que el contenido del estómago pase al intestino. Durante la tercera semana del desarrollo embriológico, la segunda parte del duodeno da el cordón pancreático y biliar que va a guiar la formación del sistema hepatobiliar y pancreático. Simultáneamente el duodeno pasa de una fase sólida a una fase donde se restablece el lumen entre la octava y décima semana. Es en este periodo embriológico donde se presentan las atresias y las estenosis.⁹

Etiología

Anomalías vasculares, anomalías en la migración de las células neurales y fallas en recanalización del lumen duodenal pueden ser sus causas, también podría estar relacionada con un evento isquémico o factores genéticos, sin embargo, se desconoce la causa exacta.

Fisiopatología

Resulta de una interrupción del aporte vascular del intestino durante el desarrollo de éste en la vida fetal, por lo cual, puede resultar en estenosis, atresia, o múltiples atresias, lo cual da lugar a futuros problemas de alimentación.

Se clasifica en tres tipos según su mecanismo fisiopatológico: tipo 1 (diafragma duodenal) se identifica por la presencia de una membrana mucosa diafragmática en la mucosa con una pared muscular intacta; tipo 2 (atresia duodenal completa): se caracteriza por la existencia de un cordón fibrótico corto que conecta dos extremos o bolsas del duodeno; tipo 3 (también atresia duodenal completa): extremos proximal y distal en la obstrucción se encuentran completamente separados, a veces junto al páncreas anular.

Cuadro clínico

- Inflamación de la parte superior del abdomen.
- Vómitos intermitentes sin distensión abdominal.
- Vómito temprano en grandes cantidades y posiblemente verdoso.
- Vómito continuo, incluso cuando el bebé no ha sido alimentado durante horas.
- Sin deposiciones después de las primeras heces del meconio.
- Pérdida de peso, deshidratación y alcalosis metabólica hipoclorémica.
- En casos raros, puede haber una abertura en la membrana mucosa y puede haber obstrucciones menos graves meses después (incluso años) después del nacimiento.

Diagnóstico

Debe ser confirmado mediante una radiografía abdominal que muestre la apariencia característica de “burbuja doble”, es decir, una burbuja atrapada en la primera porción del duodeno y otra el estómago. En cuanto al tipo membranoso con una pequeña abertura luminal se diagnostica, debe realizarse una endoscopia para detectarla.¹⁰

Además, puede realizarse una ecografía prenatal desde la semana 16 a la 20 por la aparición de dilatación del estómago y del bulbo duodenal, lo cual mostrará si las cantidades de líquido amniótico son altas en el útero (polihidramnios).

Por otro lado, del 30% al 50% de los lactantes es una anomalía aislada, pero usualmente se asocia a factores congénitos; del 20 al 30% de los neonatos con atresia duodenal portan trisomía 21, mientras que del 20 al 25% tienen anomalías cardíacas. Deformaciones tales como insuficiencia del crecimiento duodenal, páncreas anular, y anomalías del tracto biliopancreático o quistes del colédoco son asociados a la atresia duodenal, así como la estenosis pilórica de aparición tardía en casos de diafragma mucoso incompleto, y otras formas de atresia intestinal, vólvulo del intestino delgado por malrotación, duplicación del duodenal y estenosis duodenal.

Debe considerarse que a pesar de la asociación de mutaciones con atresia duodenal en ciertos casos, aún no se ha realizado ningún mapa genético específico que lo demuestre.

Tipos de Atresia Duodenal

- Atresia con membrana. Lo que ocluye el paso del alimento es una membrana.
- Los dos extremos del duodeno se unen mediante un cordón fibroso.
- No existe el cordón entre los dos extremos y por lo tanto están completamente separados

Tratamiento

El manejo implica reanimación neonatal y corrección quirúrgica en el periodo neonatal. Para el estómago se debe colocar una sonda con el propósito de descomprimir y corregir, mientras que la deshidratación y descompensación de electrolitos se debe compensar vía intravenosa (IV, directo en vena).

Además, requiere intervención quirúrgica, dichas intervenciones pueden ser duodenoduodenostomía, duodenoduodenostomía laparoscópica y duodenoyeyunostomía (la cirugía exacta dependerá del tipo de anomalía). Las complicaciones postoperatorias son raras (megaduodeno, síndrome de asa ciega, reflujo duodenogástrico, esofagitis, pancreatitis, colecistitis y colelitiasis) ocurren rara vez. ¹¹

Pronóstico

El pronóstico con una intervención quirúrgica temprana es excelente. Sin tratamiento la afección es mortal.

Descripción del paciente

Habitus exterior

Recién nacido sexo masculino, bajo en sueño fisiológico, con apoyo ventilatorio fase 1 en puntas nasales dentro de nido en cuna de calor radiante apagada, apariencia acorde a edad, con sonda orogástrica drenando contenido gástrico biliar, ligera palidez tegumentaria, ligeramente diaforético en posición supina, ocupando pañal, cubierto con sabanas, bajo monitorización continua no invasiva. Presencia de catéter PICC en miembro torácico derecho funcional, miembros torácicos sin compromiso vascular.

Antecedentes

Familiares

Residen en Pinotepa Nacional Oaxaca, en zona rural, no tienen acceso a todos los servicios de urbanización madre de 15 años, escolaridad secundaria terminada, ocupación estudiante, padre de 22 años con escolaridad secundaria, se dedica a la agricultura local, consume aproximadamente 2 cigarros al día, presencia de alcoholismo social, niega consumo de drogas y presencia de tatuajes.

Obstétricos

G: 1 P:1 C:0 A:0 H:1

Embarazo no planeado, si deseado, refiere no haber llevado control prenatal, no se realizaron ultrasonidos, tampoco ultrasonido estructural con un incremento ponderal durante el embarazo de 4 a kg refiere ingesta de ácido fólico hierro y vitaminas iniciando en el segundo mes y durante todo el embarazo no se aplicó vacunas de influenza y TDPA, refiere infecciones urinarias durante el tercer trimestre y cervicovaginitis no presentó preeclampsia, refiere llevar alimentación balanceada durante el embarazo con un consumo diario de 1 litro de agua.

Antecedentes maternos

Madre 15 de años, escolaridad secundaria terminada , se dedica al hogar, desconoce grupo y factor RH, enfermedades y tratamientos negados, niega tabaquismo, alcoholismo es de manera social, niega uso de toxicomanías, perforaciones y tatuajes, de religión católica, no asiste a ningún tipo de templo religioso ,actualmente residen en el estado de Oaxaca Pinotepa Nacional en zona rural .

Antecedentes neonatales

valoración inicial fecha: 20/04/2021

Recién nacido de 41.2 SDG edad corregida activo y reactivo, irritable a estímulos y manipulación, con ventilación mecánica Fase 3 , se aprecian secreciones visibles en cánula , cabeza con fontanelas normotensas, palidez de tegumentos ojos simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz, mucosas orales deshidratadas, presencia de sonda orogástrica a derivación drenando contenido gástrico biliar, pabellones auriculares bien implantados, narinas permeables , tórax cilindro campos pulmonares correcta amplexión y amplexación a la auscultación se aprecian estertores bilaterales, glándulas mamarias simétricas , abdomen globoso, depresible con peristalsis presente , disminuida 9x¹ , perímetro abdominal de 31 cm presencia de herida quirúrgica en flanco izquierdo descubierta, dolorosa a la palpación , con eritema alrededor , ligera hipertermia en zona de herida , presencia de Penrose a derivación que presenta eritema alrededor, drenando liquido serohemático aproximadamente de 1-2 ml x¹, miembro torácico derecho con catéter PICC funcional ,genitales de acuerdo a sexo micción y evacuación instantánea miembros pélvicos sin compromiso vascular.

VALORACION FOCALIZADA SUBSECUENTE 1 FECHA: 26/04/2021

Recién nacido activo y reactivo irritable al manejo con apoyo ventilatorio fase 1 con puntas nasales, a 2 ltx¹, abdomen blando y depresible presencia de herida Qx dehiscente, con eritema, salida de secreción purulenta e hipertermia alrededor de la herida, presencia de picos febriles llegando hasta 39.2 C los cuales se controlan con antipiréticos y medios físicos , se realizan curaciones de sitio de herida agregando morfina 2ml antes de realizar la curación, a la cual presenta llanto inconsolable , facies de dolor , alteración de la frecuencia cardiaca siendo de 188x¹ y respiratoria presentando

polipnea de 87x¹. Se mantiene en vigilancia , se brindan antipiréticos y tratamiento antimicrobiano.

Valoración focalizada subsecuente 2 fecha: 10/05/2021

Lactante menor activo y reactivo, irritable a estímulos con apoyo de oxígeno indirecto a 1 lt por minuto manteniendo saturaciones por arriba de 90%, mucosas orales hidratadas, se inicia alimentación por vía oral , los reflejos de succión y deglución son débiles lo cual dificulta la ingesta, madre no muestra interés a extracción de leche materna refiere que dejó de producir leche durante el tiempo que su hijo estuvo en ayuno, abdomen con presencia de cicatriz por herida quirúrgica, limpia, cubierta con gasas y apósito transparente. Signos vitales con parámetros normales.

valoración focalizada subsecuente 3 fecha: 31/05/2021

Lactante menor activo y reactivo a estímulos adecuada coloración de tegumentos, pupilas isocóricas, fontanelas normotensas, pabellones auriculares con adecuada implantación, mucosas orales hidratadas, reflejos de succión y deglución presentes, tolerando adecuadamente vía oral, y campos pulmonares con adecuada amplexión y amplexación, presencia de murmullo vesicular, abdomen blanco, depresible sin dolor a la palpación , con presencia de cicatriz por herida quirúrgica, genitales de acuerdo al sexo con micción y evacuación de forma espontánea.

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Nombre: R. N S.V Niño Servicio UCIN

Fecha: 20/04/2021

Necesidad	Estado		Causa de la dificultad			Interacciona con la necesidad principal	
	Independ.	Depend.	F.F	F.C	F.V	Si	No
1 Respirar normalmente		X					X
2 comer y beber adecuadamente		X	X			X	
3 Eliminación.	X						X
4 Moverse y mantener buena postura.	X					X	
5 Dormir y descansar.		X				X	
6 Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.	X						X
7 Mantener la temperatura corporal dentro los límites normales.		X	X				X
8 Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.		X	X				X
9 Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.		X				X	
10: Comunicarse con los demás expresando emociones.	X						X
11: Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores	X						X
12 Ocupación para autorrealizarse.	X						X
13 Participar en actividades recreativas.	X						X
14 Necesidad de aprendizaje.	X						X

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente activo y reactivo. • El paciente tiene diversas necesidades de manera independiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo • Escolaridad de ambos padres trunca • Falta de compromiso por parte de la madre en la extracción de lactancia materna • Viven en zona rural que no tiene los servicios de salud de manera cercana. • No cuentan con casa propia.

ANALISIS DE NECESIDADES

- La necesidad de oxigenación esta de manera dependiente nivel 5 ya que se encuentra con apoyo ventilatorio en fase 3 con secreciones visibles en cánula orotraqueal, presentando desaturaciones de hasta 79%.
- La segunda necesidad es comer y beber está en dependencia nivel 5 ya que el RN se encuentra en ayuno con una sonda SOG a derivación, sus reflejos de succión y deglución se encuentra débiles a pesar de realizar constantes ejercicios, obtiene la alimentación de manera parenteral, para posteriormente iniciar la via oral.
- La tercera y cuarta necesidad se encuentran en independientes ya que no existe alteración que impida la micción o evacuación y movilidad,
- La necesidad 5° que es la de dormir se encuentra en estado de dependencia está bajo sueño fisiológico depende del cuidado y estímulos externos para llevar acabo un sueño profundo y constante, ya que no es regular ni profundo por el constante estimulo sonoro y visual que existe dentro de la UCIN.
- La necesidad 6 que es mantener la temperatura corporal está en manera independiente ya que no tiene ningún problema para mantener la termorregulación.
- La séptima necesidad tiene un grado de dependencia con nivel 2 ya que no logra alcanzar una termorregulación eficaz con temperatura de 38.6°C el origen está a determinar, presuntamente se debe a su herida quirúrgica pero aún no se obtienen los resultados de los laboratorios solicitados.
- La octava necesidad se encuentra de manera dependiente ya que nos habla sobre el mantenimiento correcto de la higiene de la piel y la integridad de esta, el RN cuenta con pérdida de la continuidad de la piel debido a una herida quirúrgica, en abdomen añadiéndole que presenta eritema alrededor de la zona.

- En cuanto a la necesidad numero 9 al igual que todas las restantes se encuentran en independencia ya que no existen alteraciones que comprometan su grado de independencia.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA



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

TRATADOS DE ACUERDO CON LA JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

FECHA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE RESOLUCIÓN
20/04/2021	1. Dependencia en la necesidad de oxigenación r/c Falta de fuerza para expectorar las secreciones, m/p desaturaciones hasta de 79%.	
20/04/2021	2. Deterioro de la integridad cutánea r/c presencia de herida Qx dehiscente m/p eritema y salida de secreción serohemática constante.	
20/04/2021	3. Riesgo de infección r/c sistema inmunitario débil, aumento a la exposición de agentes patógenos, presencia de herida dehiscente.	
20/04/2021	4. Dependencia en la necesidad de integridad de la piel r/c exposición a material adhesivo	

26/04/2021	<p>m/p eritema alrededor de bolsa de Penrose.</p> <p>5. Alteración en la necesidad de sueño y descanso r/c ambiente con constantes estímulos externos luz y sonido m/p ausencia de sueño profundo, despertares continuos con llanto, facies de discomfort .</p>	
26/04/2021	<p>6. Dependencia en la necesidad de mantener la temperatura corporal r/c proceso infeccioso m/p fiebre de 38.6°C</p>	
26/04/2021		
26/04/2021	<p>7. Dolor r/c presencia de herida Quirúrgica dehiscente m/p CRIES 8 llanto incontrolable, facies de dolor, alteración de la frecuencia cardíaca y respiratoria, muecas de dolor y despertares continuos.</p>	
10/05/2021	<p>8. Alteración en la necesidad de comunicación por parte de la madre hacia el neonato r/c falta de conocimiento e, inseguridad al manejo m/p ausencia de contacto durante visita por parte de la madre</p>	
10/05/2021	<p>9. Trastorno de la identidad personal r/c cambios en el rol de la madre m/p expresión verbal por parte de la madre a sentimiento de extrañeza y desempeño ineficaz del rol.</p>	
10/05/20214		

10/05/2021	<p>10. Desorganización en el neonato r/c exposición a estímulos luminosos constantes y exceso de ruido.</p> <p>11. Falta de conocimiento por parte de la madre para continuar con alimentación de forma exclusiva de lactancia materna m/p expresa verbalmente dudas acerca de las técnicas para producir mayor cantidad de leche y las posiciones para llevar a cabo la lactancia.</p>	
30/05/2021	<p>12. Disposición para completar el esquema de inmunizaciones m/p madre expresa verbalmente dudas sobre tiempos y fechas de vacunas correspondientes.</p>	
30/05/2021	<p>13. Independencia en la necesidad de aprendizaje m/p adecuado desarrollo de reflejos coordinación entre succión y deglución.</p> <p>14. Independencia en la necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores r/c espiritualidad efectiva m/p practicas parenterales religiosas que no interfieren con el tratamiento.</p>	

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
20/04/2021	1 Oxigenación	Dependencia	5	Parcial	Falta de Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Dependencia en la necesidad de oxigenación r/c Falta de fuerza para expectorar las secreciones, m/p desaturaciones hasta de 79%.

Objetivo:

Mantener los niveles de oxigenación dentro de parámetros normales mediante la permeabilidad de la vía aérea.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Aplicación de Oxigenoterapia</p> <p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia de patrón respiratorio, signos vitales y coloración de la piel. 	<p>La saturación de oxígeno es una medida de la cantidad de oxígeno que la hemoglobina está transportando como un porcentaje de la capacidad de carga máxima, resulta imprescindible valorar signos vitales para evaluar cambios y los patrones de estos.¹⁵</p>

<p>Permeabilidad de vía aérea mediante Aspiración de secreciones</p>	<p>La aspiración es una técnica que permite remover secreciones acumuladas en la vía aérea que no pueden ser eliminadas efectivamente por otros medios.</p> <p>La presión de vacío debe ser de 60-100 mmHg, es recomendable incrementar 10% a la fracción inspirada de oxígeno, previo y durante el procedimiento para mantener una reserva adecuada. El procedimiento se realiza bajo asepsia estricta, la sonda de aspiración será estéril, flexible y no colapsable con una longitud suficiente para sobresalir un centímetro de la cánula orotraqueal, es recomendable el uso de circuitos cerrados de aspiración.</p>
---	--

Evaluación

Durante el tiempo en el que fue evaluada esta necesidad el recién nacido presento una serie de desaturaciones de manera intermitente, con el tratamiento indicado fue disminuyendo la necesidad de aspiración, posteriormente cambio de apoyo ventilatorio fase 3 a fase 2 con puntas nasales de alto flujo, para posteriormente estar con puntas nasales y lograr el retiro completamente de oxígeno. Es dado de alta sin necesidad de aditamentos que suministren oxigenoterapia.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
20/04/02021	8 integridad de la piel	Dependiente	4	Parcial	Falta de fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de la integridad cutánea r/c presencia de herida Qx dehiscente m/p eritema y salida de secreción serohemática constante.

Objetivo:

Lograr que el sitio de herida Qx no presente infección o dehiscencia realizando curaciones constantemente mediante un plan de cuidados de la piel

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Manejo de heridas.</p>	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación y Vigilancia de herida QX 	<p>El desarrollo de una infección de la herida quirúrgica depende de la contaminación de la herida al final de un procedimiento quirúrgico y específicamente se relaciona con la patogenicidad y la cantidad de inóculo del microorganismo que esté presente,</p>

<p>Se realizará diariamente una curación utilizando materiales estériles, además de los principios de asepsia cuidando la integridad de la piel en todo momento, evitando que existan fugas en la bolsa de Penrose, drenando continuamente para así evitar desprendimiento de la bolsa.</p>	<p>enfrentados a la eficacia de la respuesta inmune del huésped.</p> <p>Cerca del 50% de las infecciones de la herida quirúrgica se presentan durante la primera semana del posoperatorio y casi el 90% se diagnostican dentro de las dos semanas siguientes de la cirugía. ¹⁶</p>
---	---

Evaluación

La herida evoluciono en la semana de evaluación encontrándose con un nivel de dependencia 4 a un nivel 6 , presentando dehiscencia , acompañada de dolor continuo, salida constante de secreción y eritema.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
20/04 /2021	9 Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	Dependiente.	5	Parcial	Falta de fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección r/c sistema inmunitario débil, aumento a la exposición de agentes patógenos, presencia de herida Qx con eritema y salida de secreción serohemática.

Objetivo:

Disminuir el riesgo de presentar infección en el sitio de herida quirúrgica mediante curación de herida siguiendo las precauciones estándar.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Acción de enfermería</p> <p>Prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud.</p> <p>Lavado de manos siguiendo los 5 momentos.</p>	<p>La prevención de la infección nosocomial constituye una oportunidad de intervención para promover la seguridad de los pacientes. Las estrategias para obtener la mejora de las medidas de prevención disponibles son el principal desafío en la práctica clínica.</p>

	<p>La evidencia ha demostrado que es importante la creación de una cultura de seguridad en el entorno de los cuidados intensivos, que permita un cambio en la percepción de los profesionales</p> <p>La higiene de las manos es la práctica más simple, efectiva e importante para la prevención de la diseminación de organismos infecciosos en hospitales¹⁷</p>
--	--

Evaluación

El neonato al pasar de los días presento infección en sitio de herida Qx , se comenzó el tratamiento con antibióticos y antipiréticos, para el tratamiento de la infección , y para la dehiscencia el manejo fue realización de curaciones constantes y colocación de apósitos transparentes para mantener la herida limpia y seca.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
20/04 /2021	8 Mantener la hiegiene corporal e integridad de la piel	Parcial	5	Parcial	Falta de fuerza	Ayuda h

Diagnóstico de enfermería:

Dependencia en la necesidad de integridad de la piel r/c exposición a material adhesivo m/p eritema alrededor de bolsa de Penrose.

Objetivo:

Mejorar el estado de la integridad de la piel, evitando el recambio constante de bolsa para evitar contacto constante con materiales dermoabrasivo.

Intervención de enfermería Cuidados de la piel.	
Acción de enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Uso de Sulfadiazina de Plata • Mantener la piel seca. 	La salud de la piel de alrededor del estoma es sumamente importante ya que nos va a garantizar el buen sellado de los adhesivos y por lo tanto la seguridad frente a posibles fugas.

<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a la bolsa de Penrose. • Drenar continuamente bolsa de estoma para evitar infiltraciones. 	<p>Tratamiento y profilaxis de infecciones en úlceras, quemaduras y heridas quirúrgicas. También como adyuvante de la cicatrización.¹⁸</p>
---	---

Evaluación

Para el cuidado alrededor de la piel del sitio de inserción del Penrose se le indico la colocación de sulfadiazina de plata, lo cual disminuyo considerablemente el eritema que presentaba nuestro paciente.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
26/04/2021	5 Necesidad de dormir y descansar	Dependiente.	4	Temporal	Falta de fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la necesidad de sueño y descanso r/c ambiente con constantes estímulos externos luz y sonido m/p ausencia de sueño profundo, despertares continuos con llanto, facies de disconfort.

Objetivo:

Lograr la independencia en el sueño y descanso del neonato mediante el control de estímulos visuales y auditivos durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Control ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> Acción de enfermería Disminuir el excesivo ruido y luz. 	<p>Los lactantes en la unidad de cuidados intensivos neonatales están expuestos a estrés, que incluye ruidos de alta intensidad. El ambiente de ruido en la UCIN es más fuerte que en la mayoría de los ambientes domiciliarios o de</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquizar y organizar las intervenciones para disminuir la manipulación en lo posible. • Establecer y respetar el horario de penumbra. 	<p>oficina y contiene ruidos molestos de corta duración y a intervalos irregulares.</p> <p>El ambiente de una UCIN está diseñado para sostener las necesidades fisiológicas del recién nacido prematuro y contrasta ampliamente con el ambiente intrauterino. Estas características tan distintas puede interferir en el desarrollo, en sus estados conductuales y en la capacidad de desarrollar respuestas adaptativas.</p> <p>El ruido, la iluminación excesiva y la manipulación permanente del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos</p> <p>Todo esto impide al RN crítico, y especialmente al prematuro, establecer respuestas organizadas, y afectan el desarrollo cerebral. Este desarrollo se lleva a cabo mediante los mecanismos de crecimiento y maduración y la influencia de factores biológicos y ambientales¹⁹</p>
---	--

<p>Evaluación</p> <p>Se favoreció la disminución del ruido en el área donde se encuentra el neonato, cuidando monitores y alarmas así como el modular la voz del personal alrededor de el lo que causo un impacto considerable, el neonato pudo conciliar el sueño de manera efectiva lo que disminuyo su irritabilidad al despertar.</p>
--

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
26/04/2021	9 seguridad y protección	Dependiente	5	Parcial	FF	Ayuda

Diagnóstico de enfermería

Dependencia en la necesidad de mantener la temperatura corporal r/c proceso infeccioso m/p fiebre de 38.6°C

Objetivo:

Alcanzar la independencia en la necesidad de temperatura corporal en el neonato mediante control térmico.

Intervención de enfermería	Fundamentación
Termorregulación	
Acción de enfermería <ul style="list-style-type: none"> Control térmico 	El tratamiento de la fiebre siempre debe iniciar con la aplicación de medios físicos por medio de los procedimientos comprobados por experiencia clínica para el descenso de la temperatura corporal como son: colocar al paciente en un ambiente fresco y ventilado,

<ul style="list-style-type: none"> • Ministración de medicamentos • Paracetamol 	<p>desnudar al paciente, inmersión en baño con agua templada o baños de esponja.</p> <p>El consumo de antipiréticos dependerá del grado de disminución de la fiebre, el tiempo en el que se consigue el efecto, la vida media, las indicaciones para determinada población y la presencia de efectos secundarios que deben tenerse en cuenta.²⁰</p>
---	--

Evaluación

El paciente se mantuvo durante 3 días con el nivel de dependencia en el mismo nivel, al determinar el factor que detonaba los picos febriles se inicia con antibióticos y antipiréticos , disminuyendo así su nivel de dependencia de un 5 a un 3.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
26/04 /0202 1	9 Evitar los peligros ambientales	Dependiente	5	Temporal	Falta de fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Dolor r/c presencia de herida Quirúrgica dehiscente m/p CRIES 8 llanto incontrolable, facies de dolor, alteración de la frecuencia cardiaca y respiratoria, muecas de dolor y despertares continuos.

Objetivo:

Lograr el bienestar en el neonato mediante el control del dolor durante 24 horas.

Intervención de enfermería Control del Dolor	Fundamentación
Acción de enfermería	Los neonatos que se encuentran en la incubadora, además de la capacidad de percibir el dolor, son capaces de

<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor con medidas no farmacológicas. • Manejo del dolor mediante medidas farmacológicas. 	<p>reconocer el sufrimiento, la ansiedad y el miedo. Por lo que es necesario el tratamiento analgésico en neonatos, incluso en prematuros Se intentará que el ambiente sea lo más agradable posible; reducción máxima del ruido y música suave de fondo; regulación de las visitas de los familiares; evitar el calor, el frío y el hambre</p> <p>Generalmente se utilizan para el tratamiento del dolor leve o moderado, o como coadyuvante de otros analgésicos como los opioides y así poder reducir la dosis de estos últimos.²¹</p>
--	---

Evaluación

Se ministraron diversos tipos de analgesia para realizar las curaciones de la herida dehiscente, aun así, presentaba signos claros de dolor, como llanto inconsolable, aumento de signos vitales Se opto por el uso de morfina para el manejo de dolor ministrada minutos antes de realizar la curación.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
26/04 /2021	10 Comunicarse con los demás	Dependiente	4	Temporal	Falta de voluntad	Acompañante

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la necesidad de comunicación por parte de la madre hacia el neonato r/c falta de conocimiento e, inseguridad al manejo m/p ausencia de contacto durante visita por parte de la madre

Objetivo:

Favorecer el vínculo madre hijo animando a los padres al manejo y contacto con su hijo.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Educación para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Favorecer el vínculo materno y Paterno explicando beneficios e importancia de el vínculo. 	<p>La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo</p>

	<p>materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial.</p> <p>Bowlby considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce</p> <p>La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar.²²</p>
--	--

Evaluación

La madre expreso verbalmente sentirse “inútil” ante el cuidado de su hijo pues no podía hacer nada por él, deajo de extraerse leche materna pues expreso no servía de nada pues su hijo estaba en ayuno , se le brindo información sobre la importancia y los beneficios que tenían que fuera constantemente a la visita

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
10/05/2021	12 autorrealización	Dependencia	4	Temporal	Falta de voluntad	Acompañamiento

Diagnóstico de enfermería:

Trastorno de la identidad personal r/c cambios en el rol de la madre m/p expresión verbal por parte de la madre a sentimiento de extrañeza y desempeño ineficaz} de su papel como madre.

Objetivo:

Lograr que la madre se involucre de manera directa en el cuidado de su hijo mediante la resolución de dudas verbales.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Acción de enfermería</p> <p>Educación para la salud</p> <p>Resolución de dudas</p>	<p>El padre aporta la determinación de la estabilidad emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de euforia que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño.</p> <p>Para Bowlby existe en la madre una disposición intuitiva para que sus intervenciones sean guiadas por su hijo,</p>

	puede controlar su conducta en función de los efectos en su bebé y modificarla.
--	---

23

Evaluación

Después de que la madre expreso tener miedo al manejo de su hijo se le brindo educación para la salud y orientación respecto al manejo el cual fue mejorando y se fortaleció el vínculo, con el paso de los dias fue perdiendo el miedo al manejo de su bebe y se involucró de manera eficaz.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
10/05/2021	5 Dormir y descansar	Dependiente	4	Temporal	Falta de Fuerza	Acompañamiento

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de desorganización en el neonato r/c exposición a estímulos luminosos constantes y exceso de ruido.

Objetivo:

Lograr que el neonato alcance organización en las etapas y procesos que le corresponden al lactante mediante acciones que disminuyan sus factores estresantes.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de ruido y exposiciones a la luz 	<p>Las personas encargadas de su atención deben sensibilizarse y aprender a reconocer los signos de autorregulación y las señales de estrés para modificar la forma de atención y cuidados.</p>

	<p>El bostezo, el estornudo y el hipo son signos de desorganización frente a la estimulación del ambiente. A pesar de que los neonatos pueden exhibir conductas que son indicadores de estrés, también pueden mostrar signos de autorregulación y signos de organización. Algunas señales con que los neonatos muestran que se encuentran organizados son:²⁴</p> <ul style="list-style-type: none">• Color estable.• Ritmo respiratorio regular• Frecuencia cardíaca regular.• Posición flexionada o recogida.
--	--

Evaluación

El neonato al pasar de los días logro conciliar el sueño de manera profunda, siendo de 3 horas, además de que su madre logro tener más contacto con él, lo que favoreció que se pudiera controlar su nivel de estrés.

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
10/05 /2021	2 Comer y beber adecuadamente	Dependiente.	4	Parcial	Falta de voluntad	Apoyo

Diagnóstico de enfermería:

Falta de conocimiento por parte de la madre para continuar con alimentación de manera exclusiva de lactancia materna m/p expresa verbalmente dudas acerca de las técnicas para producir mayor cantidad de leche y las posiciones para llevar a cabo la lactancia.

Objetivo:

Mantener en independencia la necesidad de comer y beber en la madre mediante orientación de la lactancia materna durante la estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
Educación para la salud	
Acción de enfermería	La leche materna humana es el alimento ideal para los niños, pues tiene

Lograr una lactancia materna eficaz	propiedades inmunológicas y nutricionales que no se encuentran en ninguno de sus sucedáneos. Este es un fluido vivo, cambiante, desarrollado a través de millones de años de evolución que se adapta en función de las necesidades de cada etapa de la vida de los lactantes, por lo que protege su salud y estimula su óptimo desarrollo físico y mental. ²⁵
--	--

Evaluación

Se realizaron intervenciones oportunas brindando educación para la salud respecto a los beneficios de la lactancia materna, tanto para ella como para el bebe, se le adiestro sobre posiciones para lactar, además de la importancia de beber al menos dos litros de agua. Por lo tanto, la necesidad se mantuvo en

**PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL
BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

Fecha	Necesidad	Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
10/05 /2021	9 Evitar peligros ambientales	Independiente	1	Temporal		Acompañamiento

Diagnóstico de enfermería:

Disposición para completar el esquema de inmunizaciones m/p madre expresa verbalmente dudas sobre tiempos y fechas de vacunas correspondientes.

Objetivo:

Brindar orientación necesaria para que la madre logre y tenga el conocimiento de los tiempos para un esquema de inmunización completo y en tiempo oportuno

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Acción de enfermería</p> <p>Orientación respecto a importancia de vacunación</p>	<p>La vacunación es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario.</p>

	<p>Tras vacunarnos, nuestro sistema inmunitario produce anticuerpos, como ocurre cuando nos exponemos a una enfermedad, con la diferencia de que las vacunas contienen solamente microbios (como virus o bacterias) muertos o debilitados y no causan enfermedades ni complicaciones.²⁶</p>
--	--

Evaluación

La madre mostraba interés en las fechas en las que se vacunaría a su hijo pues estaba pronta a ser dada de alta y quería tener las fechas correspondientes y adecuadas para llevar a cabo la inmunización.

Capítulo 5 conclusiones y recomendaciones

Se lograron cumplir los objetivos planteados del estudio, el paciente fue dado de alta a domicilio por mejoría, actualmente se mantiene comunicación con la madre, con base a toda la información recabada se realizó un plan de alta, con el cual fue entregado a su mamá para garantizar un oportuno cuidado en casa, se brindó orientación. sobre datos de alarma, para que conociera, reconociera y sea capaz de intervenir acertadamente, se analizó la teórica de Virginia Henderson y se analizaron todas sus necesidades, se distinguió las que estaban en dependencia, como las que se encontraban en independencia, trabajando en ambas para lograr un egreso satisfactorio del paciente.

Personalmente la realización de este trabajo me agrado por que pude realizar una investigación exhaustiva sobre las patologías existentes, me causo un poco de conflicto trabajar con el formato PES en la elaboración de diagnósticos ya que toda mi formación universitaria había utilizado NANDA-NIC-NOC, Con apoyo de mi asesora se fueron mejorando los diagnósticos hasta llegar a los aquí presentados.

El Proceso de atención de enfermería me permite organizar la información de manera sistemática para poder brindar una atención integral abarcando y atendiendo de manera prioritaria sus necesidades, se evaluó una a una y se jerarquizaron de acuerdo a su grado de dependencia.

REFERENCIAS

1. Pr Niels. Doudenal artresia [internet]. Orphanet; abril 2021 [revisado 7 de mayo]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=1452.
2. Rodríguez, CSI. Ramos, GR. Hernández, HRJ. Factores de riesgo para la prematurez. Estudio de casos y controles [internet]. Medigraphic; 2011 [revisado 9 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45750>.
3. Quiroga, A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería [internet]. Fundasamin; 2014 [consultado 5 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>.
4. Pr Niels. Doudenal artresia [internet]. Orphanet; abril 2021 [revisado 7 de mayo]. Disponible en: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=EN&data_id=1452.
5. OMS. Safe Motherhood. Termal protection of the Newborn: a practical guide [internet]. WHO; 1996 [revisado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/pbRk9gs>.
6. Cochran, W. Obstrucción duodenal [internet]. Manual MSD; 2019 [revisado 7 de mayo]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/obstrucci%C3%B3n-duodenal>

7. Palau Puig albana ,Evaluación del crecimiento posnatal en los prematuros de muy bajo peso con edad gestacional menor a 32 sdg al nacimiento [internet]. [revisado 9 de mayo, 2021]. Disponible en <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457736/app1de1.pdf?sequence=1>

8. Pino Armijo, P. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría [internet]. MEDwave; 2012 [revisado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5548>.

9. Adler, L. DiMaggio, J. Doudenal atresia [internet]. MedlinePlus; 4 de marzo, [revisado 7 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/001131.htm>.

10. Zarebski, V. Artresia Duodenal [internet]. SAUB; [revisado 7 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://saumb.org.ar/adiag/d/20>.

11. Cano Muñoz, I. Montoya Mendoza, N. Obstrucción duodenal en pacientes pediátricos [internet]. Anales de Radiología México; 2011 [revisado 7 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2011/arm114g.pdf>.

12. Rivera, M. Posturas de los bebés prematuros para un desarrollo fisiológico óptimo [internet]. Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología; 2010 [consultado 6 de abril, 2021]. Disponible en: <https://relaped.com/posturas-de-los-bebes-prematuros-para-un-desarrollo-fisiologico-optimo-2/>.

13. Aguilar Solano, A. M. G. Galindo Alvarado, A. M. Jiménez Sánchez, N. Guía Práctica Clínica. Manejo del Recién Nacido Prematuro. Evidencias y recomendaciones [internet]. IMSS; 2010 [consultado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/JbRjw1s>.
14. Fisioterapia respiratoria, Valoración fisioterapéutica y objetivos fisioterapéuticos técnicas y métodos de tratamiento de las patologías mas frecuentes: EPOC, asma, cirugía cardiopulmonar; otras cirugías. Comunitaria [Internet]. [Citado 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/rehabilitación->
15. The BOOST II United Kingdom, Australia, and New Zealand Collaborative Groups. Oxygen Saturation and Outcomes in Preterm Infants [internet]. The New England Journal of Medicine; mayo 30, 2013 [consultado 5 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa>.
16. Rojo, R. Fanjul, M. Casillas-García, M.A. *et al.* Infección de la herida quirúrgica neonatal: análisis [internet]. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil Gregorio Marañón; 2015 [revisado 8 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/EbCGFan>.
17. Delgado Acosta, Hilda María, Suárez del Villar Seure, Sadis, Vega Galindo, Mabel, Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en un Servicio de Neonatología. MediSur [Internet]. 2012;10(1):32-38. [citado en junio del 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.np?id=180023041005>

18. Contreras-de-la-Fuente HS, Castillo-Arcos L del C, Álvarez-Aguirre A. Confortneonatal del recién nacido pre-término. *Index enferm.* 2017;26(4):280-4. [citado en junio del 2021]. Disponible en: <https://app.bibguru.com/p/80572919-74ba-4a08b423-ec87fc79a77b>
19. OMS. Safe Motherhood. Thermal protection of the Newborn: a practical guide [internet]. WHO; 1996 [revisado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/pbRk9gs>.
20. Stavis, R. L. Hipertermia en recién nacidos [internet]. Manual MSD; 2019 [consultado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/WbRjbB6>.
21. Vidal, M. A. Calderón, E. Martínez, E. *et al.* Dolor en neonatos [internet]. Scielo; 2005 [revisado 9 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/bbCZF0s>.
22. Kusari, A. Han, A. Virgen, C. Cuidado de la piel en recién nacidos [internet]. Intramed; 2019 [consultado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/CbRx6TQ>.
23. Como vestir a un recién nacido. [Internet]. 7/7/2016. [citado en junio del 2021]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/diapers_clothing/Paginas/dressing-your-newborn.aspx
24. Brito Quevedo, I. L. Castillo Sánchez, R. A. Morales Mora M. *et al.* Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional [internet]. CENETEC; 2010 [consultado 5 de

mayo2021]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/418>

25. Chattás, G. Baño del recién nacido pretérmino. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino [internet]. Revista Enfermería Neonatal; 2010 [consultado 6 de mayo, 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/lbRxpno>.

26. Ruíz García, R. M. Garrido Manóv S. Padilla Camacho L. R. Necesidad de eliminación del recién nacido [internet]. Revista Pediatría y Neonatología; 3 agosto, 2017 [consultado 5 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/necesidad-de-eliminacion-recien-nacido/>.

ANEXOS
ANEXO 1

CÉDULA DE VALORACIÓN PARA EL RECIÉN NACIDO.

1. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: **RN S.V Niño**

Fecha De Nacimiento: **22/02/2021**

Hora del Nacimiento: **3:00 a.m.**

Sexo: **Masculino.**

Diagnóstico (S):

Atresia Duodenal, RNPT 32 SDG, SDR, Hijo de madre adolescente.

Hospital o lugar de nacimiento: **Oaxaca HG "Dr. Pedro Espinoza Rueda"**

SDG Al Nacimiento: **32 SDG** Edad Corregida: **41.2 SDG**

Apgar: 1' **7** 5' **9** Silverman: **1/1** Capurro: **32 SDG Ballard: 32 SDG**

Peso al Nacer: **1760g** Peso Actual: **2690g**

Talla al Nacer: **43cm.** Talla Actual: **47 cm**

Vía de Nacimiento: Parto (**X**) Cesárea () Fortuito ()

En caso de cesárea cuál fue el motivo:

Características del líquido: **Claro**

2. ANTECEDENTES:

Madre:

Nombre: **Emili Victoria Soriano Valverde**

Edad: **15 años** Grupo Sanguíneo: **Desconoce** Escolaridad: **Preparatoria**

Ocupación: **Estudiante**

Enfermedades conocidas: **Negadas**

Tratamiento actual: **No**

Número de Consultas Prenatales: **Ninguna**

¿En qué Trimestre Iniciaron? **No**

Ultrasonido estructural: Si () No (**X**)

Ultrasonidos: Si (**X**) No () Número (**1**) Trimestre: (**2**) Resultados: **Sin alteraciones**

Exámenes de Laboratorio: **Negadas**

Citología vaginal: Si () No (**x**)

Resultados: _____

VIH: **No** VDRL: **No**

Vacunas: **Ninguna**

Realización de curva de tolerancia a la glucosa: Si () No (X)

Vitaminas durante el embarazo: **Ácido Fólico y Sulfato Ferroso**

Diabetes Gestacional: Si () No (x)

hipertensión Arterial: Si () No(x)

Preeclampsia: Sí () No (x)

Eclampsia: Si () No (x)

Cervicovaginitis: Si () No (x)

IVU: Si () No (x)

(Si la respuesta es sí), ¿Qué tratamiento llevó?:

Peso antes del embarazo: **Desconoce** Peso ganado: **4-6 kg aprox.**

Tatuajes: Si () No (x)

Toxicomanías : : Si () No (x)

Tabaquismo: Si () No (x) Frecuencia:_____

Alcoholismo: Si () No (x) Frecuencia:____

Drogas: Si () No (x) Frecuencia:_____

Antecedentes heredados familiares relevantes:
Ninguno.

Alimentación antes y durante el embarazo:

Sana, 1 litro de agua al día, incluye frutas y verduras

Número de embarazos: **1**

Parto (**1**) Cesárea (**0**) Abortos (**0**) Número De Hijos: **1** Vivos: **1**

Embarazo: Planeado () No Deseado (**x**)

Padre

Nombre: **Magdaleno Salinas Salinas.**

Edad: **22 años** Grupo Sanguíneo: **Desconoce** Escolaridad: **Secundaria.**

Ocupación: **Campesino**

Enfermedades conocidas: **Negadas**

Tratamiento actual: _____

Toxicomanías Si (**x**) No ()

Tabaquismo: Si (**x**) No () Frecuencia: **2 al día.**

Alcoholismo: Si (**x**) No () Frecuencia: **Social.**

Drogas: Si () No (x) Frecuencia: _____

Tatuajes: Si () No (x)

Antecedentes Heredo Familiares relevantes:

Negadas.

Habitus exterior:

Recién nacido sexo masculino, bajo en sueño fisiológico, en cuna de calor radiante apagada, presencia de sonda orogástrica drenando l contenido gástrico biliar piel con ligera palidez tegumentaria, ligeramente diaforético en posición fetal libremente escogida, usando pañal, cubierto con sabanas, bajo monitorización continua no invasiva. Miembros torácicos sin compromiso vascular aparente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales:

FC: **162** FR: **60x¹**

Temperatura: **36.9°C**

Saturación: **97 %**

TA: **71/45 mmHg**

Recién nacido de 41.2 SDG edad corregida activo , reactivo, irritable a estímulos y manipulación, en posición libremente escogida , cabeza con fontanelas normotensas, ligera palidez de tegumentos mucosas orales semihidratadas, con presencia de sonda orogástrica a derivación drenando contenido gástrico biliar, ojos simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz, pabellones auriculares bien implantado, narinas permeables , respiración nasal , tórax cilindro campos pulmonares con adecuada ventilación correcta amplexión y amplexación con murmullo vesicular bilateral ,glándulas mamarias simétricas , abdomen globoso, depresible con peristalsis presente , disminuida , perímetro abdominal de 31 cm presencia de herida quirúrgica en flanco izquierdo descubierta, dolorosa a la palpación , con eritema alrededor , ligera hipertermia, presencia de Penrose a derivación drenando liquido serohemático aproximadamente de 1-2 ml, miembros torácicos ambos con catéter periférico #24 permeables ,genitales de acuerdo a sexo micción y evacuación instantánea miembros pélvicos sin compromiso vascular aparente.

NECESIDADES

Necesidad 1: Respirar normalmente

FR: **60x¹** FC: **162x¹** SpO₂: **97%** Llenado capilar: **2s** T/A: **71/45mmHg**

Pulso braquial: **Presente** Pulso femoral: **Presente**

Cianosis: () Cianosis central () Acrocianosis: ()

Tipo de respiración:

() Nasal (**x**) Mixta () Oral/bucal () Eupnea () Taquipnea ()

Bradipnea

() Ortopnea () Cheyene-stokes () Superficial () Apnea de sueño Otra:

Datos de dificultad respiratoria:

() Aleteo nasal () Quejido espiratorio () Retracción xifoidea () Tiraje intercostal

() Disociación toraco - abdominal. Silverman: **1**

Características de secreciones:

() Blanquecina () Verdosas () Espesas () Fluidas () Abundantes (**X**) Escasas

() Purulentas () Hemáticas () Olor Otro:

Ruidos respiratorios:

() Ventilado () Disminuido () Sibilancias () Estertores

() Crepitantes () Estridor () Roncus (**x**) Murmullo vesicular

Otro:

Apoyo Ventilatorio:

() Fase 1 () Fase 2 () Fase 3

Especifique: _____

Modo de ventilación mecánica:

() VM controlada () VM asistida/controlada () Presión soporte

() Mandataria intermitente () VM CPAP

Vc: _____ FiO₂: _____ Flujo: _____ PEEP: _____ I:E

Pr: _____ Tiempo inspiratorio: _____

Características físicas o anatómicas que interfieran con el proceso de respiración:

Exploración física de campos pulmonares:
Ventilados adecuadamente, amplexión y amplexación.

Medicamentos inhalados: Ninguna.

Gases arteriales

Ph: **7.34** PaO₂:PaCO₂: **45.3mmHg** HCO₃:**24.1** SatO₂:**97%** HbO: **10.00**

Dependencia: () Independencia: (X) Nivel: _____

Fuente de dificultad: FV () FC () FF ()

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.

Alimentación/ hidratación: () Ayuno () Enteral (X) Parenteral () LME

Frecuencia de ingesta: () Libre demanda () cada 3 horas () otra:
Continua.

Reflejo de succión: () Buena (x) Débil () Ausente

Técnica de alimentación: () Succión () Sonda orogástrica () Sonda
nasogástrica () Alimentador () Vaso

Tolera la Vía oral. Si (-) No (-)

Tipo de leche: () Leche Humana () Fórmula Tipo: _____ kcal/oz _____

Fontanelas: (x) Normotensas () Deprimidas () Abombadas

Características de los labios: **Semihidratados**

Tipo de paladar : Ojival (x) Estrecho () Hendido ()

Trastornos digestivo: (x) Si () No **Atresia Duodenal**

Características de la piel: Hidratada (x) Deshidratada: ()

Características de las mucosas: Hidratadas () Deshidratada (x)

Medicamentos vía oral: () Si (x) No

Especifique: _____

Uso de vitaminas o suplementos: (x) Si () No

Especifique: **Vitafusin, NPT**

Ganancia ponderal: Si (x) No () Peso previo: **1760g** Peso actual: **2690 g**
diferencia: **930g**

El neonato inicio lactancia materna postnatal: Si () No (x)

Después de que tiempo: _____

¿Se suspendió la LME? Si (x) No ()

Motivo: **Atresia Duodenal**

Se realiza escala de LATCH a la madre

() Si (x) No Puntaje: _____

Exploración del abdomen:

Perímetro abdominal prepandrial: **31cm** Perímetro abdominal posprandial: **N/A**

(x) Dependencia () Independencia Nivel: **3**

Fuente de la dificultad: FF (x) FV () FC ()

Necesidad 3: Eliminación.

Eliminación urinaria (x) Espontánea () Sonda vesical () Globo vesical

Gasto urinario en 24 horas: 314 ml

Color:

() Transparente () Amarilla (x) Turbia () Hematuria () Pardo o negro

() Marrón Sedimento ()

PH: **5.0** Densidad Urinaria: _____ Cuerpos cetónicos: **Negativos**

Proteína: **25mg/dl** Nitritos: **Negativos** Bilirrubina: **1**

Glucosa: **Negativos** Sangre: **Negativos**

Presencia de :

() Hipospadias () Epispadias () Fimosis () Hidrocele () Fístulas

() Labios fusionados () Malformaciones

Especifique: _____

Dependiente () Independiente (x) Nivel: _____

Nivel de dependencia: FF () FV () FC ()

Eliminación intestinal

Frecuencia en 24 horas: **2 veces** Color: **Verde**

Consistencia: **Líquida** Olor: _____

Estimulación anorectal: Si () No (x)

Estomas de eliminación: Si () No (x) Ubicación: _____

Características: _____

Dependiente () Independiente (x) Nivel: _____

Nivel de dependencia: FF () FV () FC ()

Observaciones: Comienza a presentar evacuaciones de contenido biliar aspecto meconial.

Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura.

Posición: Libre (X) Forzada ()

Supina () Prona () Decúbito lateral: Izquierdo () Derecho (X)

Cuna de calor radiante () Incubadora () Bacinete () Incubadora mixta ()

Tipo de contención: Nido Grado de contención: ligera solo para dar posición

Tono muscular: Si (X) No () Posición simétrica: Si (X) No ()

Alineación en hemicuerpo: Si (X) No () Columna vertebral: Integra Si (X) No ()

Alteración: Si () No (X) Cuál: _____

Movimientos espontáneos: Si (X) No ()

Presencia de:

Convulsiones () Tipo: _____ Nistagmus ()

Espasticidad () Decorticación () Descerebración ()

Medicamentos Opioides () Benzodiazepinas () Antibióticos ()
¿Cuáles? _____

Síndrome de supresión: SI () NO (X)

Maniobra de Ortolani: Negativa

Maniobra de Barlow: Negativa

Dependiente () Independiente (X) Nivel de dependencia:_____

Nivel de dependencia: FF () FC () FV ()

Necesidad 5: Dormir y descansar.

Está libre de molestias e irritaciones: Si () No (X)

Horas de sueño: **14 horas** El sueño es profundo: Si () No (X)

Cuántas veces al día duerme: **10** Mañana (X) Tarde (X) Noche (X)

Despierta por sobre estímulos fácilmente Si (XX) No ()

Iluminación: Si () No () Nivel sonoro alto: Si (X) No () Tacto: Si (X) No ()

Sedación: Si () No (X) Tiempo: _____ días

El sueño es: Inducido () Fisiológico (X)

Despierta constantemente Si (X) No ()

¿En qué duerme ? **Cuna radiante apagada.**

¿Presenta irritabilidad y somnolencia después de haber dormido? **Si**

¿Existe alguna condición o patología que le impida conciliar el sueño? Si () No (X)

Especifique: _____

¿Hay necesidad de algún aditamento o técnica para conciliar el sueño? Si (X) No ()

Especifique: **Su llanto suele ser incontrolable hasta que lo cargan.**

Dependencia (X) Independencia () Nivel: **2**

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 6: Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.

Tipo de ropa que utiliza: Pañal (XX) Sábanas () Gorro () Otro tipo de prenda ()

Cuál: _____

Usa alguna ropa especial: Si () No () X

Especifique: _____

Cambio de pañal: Madre () Padre () Enfermera (X)

Frecuencia cambio de pañal: Cada 3 horas y si es necesario antes se revisa.

Cambio de ropa diario: Si (X) No () Confort: Si (X) No ()

Acorde al clima y ambiente la ropa que porta es: Inadecuada () Adecuada (X)

El aspecto de la ropa es: Limpio (X) Sucio ()

Qué aspecto tiene el RN respecto a su atuendo: Alineado (X) Desalineado ()

Se observa cómodo con la vestimenta: Si (X) No _____

Presenta alguna limitación que evita el arreglo personal: Dispositivos invasivos.

Dependencia () Independencia (X) Nivel: _____

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro los límites normales.

TC: 36.9 °C_ Hipertermia () Hipotermia () Eutermia () Febrícula (X)
Fiebre ()

Coloración de piel:

() Rosada () Pletórica (X) Pálida () Terrosa () Cianótica ()
Marmóreo

Observaciones: **Se reportan picos febriles hasta alcanzar el 38.6°C**

Edad gestacional: **45 SDG corregidas**

Área en la que se encuentra: **UCIN**

Estado de la piel: Diaforesis () Fría al tacto () Caliente al tacto (X)

Signos de asociación: Deshidratación () Infección (X)

Indicación de antipiréticos Si _____ No X_____

Pérdida de calor: Radiación () Convección () Evaporación (X)
Conducción ()

Dependencia (X) Independencia () Nivel: 2

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Baño: Si (X) No () Tipo de baño: Esponja () Artesa (X) Inmersión ()

Aseo Corporal: Cara () Cuerpo completo (X) Aseo bucal () Aseo genital ()

Cambios posturales: Si (X) No () Frecuencia: **Cada 3 horas**

Estado de la piel: Íntegra () Tersa () Húmeda () Seca ()
Hidratada ()

Turgente () Descamación () Lesión (X) Eritema (X) Mancha mongólica ()

Hematomas () Ictericia () Kramer: _____

Especificar el área: **Presencia de Herida Quirúrgica Abdominal con eritema alrededor de la herida.**

Presencia de: Vértex caseoso () Lanugo () Míllium ()
Ninguno (X)

Características del muñón umbilical: Limpio () Sucio () Ligado sangrado ()

Momificado () Ya es cicatriz umbilical (X)

Higiene del Muñón umbilical: frecuencia: Diariamente. agua (X) Alcohol ()
Otro ()

Valoración de úlceras por presión (Braden Q) Riesgo alto de UPP

Dependencia (X) Independencia () Nivel: 3

Fuente de dificultad: FF (X) FV () FC ()

Necesidad 9: Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Recién nacido de riesgo (X) Fuera de estado crítico () Crecimiento y desarrollo ()

Estado de alerta:

Activo/ Reactivo (X) Sueño fisiológico () Hipoactivo () Sedación ()

Monitorización: Invasiva () No invasiva (X) Sin monitor ()

Accesos vasculares: Catéter central () Catéter periférico corto (2) Sin catéter ()

Catéter percutáneo () Onfalocclisis ()

Fecha de instalación: 20/04/2021 Días de instalación: 4

Fecha de curación: N/A

Dispositivos invasivos: Si (X) No () Especifique: Sonda orogástrica

Dispositivo no invasivo: Si () No ()

Cuál: _____

Esquema de vacunación: BCG: Si () No (X) Hepatitis B: Si () No (X)

Tamiz metabólico: Si () No (X) Fecha de toma: _____

Resultado: _____

Tamiz auditivo: Si (X) No () Resultado: Sin alteraciones

Tamiz visual: Si (X) No () Resultado: Sin alteraciones

Tamiz cardiaco: Si (X) No () Resultado: Sin alteraciones

Tamiz ortopédico: Si (X) No () Resultado: Sin alteraciones.

Datos de laboratorio: (Resultados alterados)

Biometría hemática: Leucocitosis

Hemocultivo: sin resultados

Examen general de orina: PH 8.0

Constitución familiar: **Nuclear.**

Cambios recientes: Pérdidas () Enfermedades asociadas ()

Complicaciones ()

Especifique: _____

Cuidador primario: **Madre.**

Existe alguna dificultad para llevar a cabo el cuidado: Si (X) No ()

Especifique: **Son residentes del estado de Oaxaca y tuvieron que buscar vivienda ya que el traslado era imposible y caro.**

Tiene conocimiento sobre los signos de alarma del bebé: Si () No (X)

Riesgo de Caídas: **alto**

Valoración de sedación: COMFORT:N/A

CRIES: 3

Tratamiento terapéutico:

Reacciones adversas:

Dependencia () Independencia (X) Nivel: _____

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones.

Estado de consciencia: Activo-Reactivo (X) Hipoactivo () Irritable (X)

Respuesta a estímulos: Auditivos (X) Táctiles (X) Visuales (X)

Llanto: Consolable () Inconsolable () Enérgico () Persistente (X)
Ocasional () Apenas perceptible () Tipo de consuelo: _____

Presenta signos de estrés: Si (X) No ()

Aislamiento: Si () No (X) Tipo: _____

Dependiente () Independiente (X) Nivel: _____

Nivel de dependencia: FF () FV () FC ()

Necesidad 11: Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores

Religión que profesan los padres:

Católica () Cristiana () Testigo de jehová () Judío () Mormón ()
Otro () ¿Cuál? Ninguna _____

Creencia religiosa de la familia:

Católica (X) Cristiana () Testigo de jehová () Judío () Mormón ()
Otro () ¿Cuál? _____

Asisten a algún templo religioso Si () No (X)

Realizan algún ritual religioso: Si () No (X)
¿Cuál? _____

Practican el culto a imágenes, iconos o amuletos: Si () No (X)

¿Cuál? _____

La religión que profesan tiene restricciones en alguna intervención terapéutica Si
() No ()
¿Cuál? Ninguna .

Dependencia () Independencia (X) Nivel: _____

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 12: Ocupación para autorrealizarse.

Embarazo planeado: () Si (X) No El género del bebé es el deseado: (X) Si () No

Número de hijos:

Realiza técnica de mamá canguro: () Si (X) No Quien lo realiza: _____

Cuanto tiempo al día: _____ Si su respuesta fue NO especifique el motivo
: Manifiesta inseguridad y no desea realizar la técnica.

Cuidador primario: (X) Madre () Padre () Otro _____

Interactúa el cuidado primario con el neonato: (X) Si () No

Dependencia () Independencia (X) Nivel: _____

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas.

Se lleva a cabo estimulación temprana de acuerdo a la edad: Si (X) No ()

¿De qué tipo?

Estimulación auditiva: (X) Madre y padre hablan y algunas veces le cantan

Estimulación visual: (X) Madre a hijo mediante fascias.

Estimulación táctil: (X) Madre a hijo al momento de cargarlo.

Estimulación social: ()

Estimulación emocional: ()

Estimulación olfativa: ()

¿Qué respuesta hay del neonato a estos estímulos? Llanto () Sonrisa ()
Balbuceo ()

Ninguna (X)

¿Quién la lleva a cabo? **Madre , padre y enfermería.**

¿Cuántas veces a la semana? **Diariamente.**

Se lleva a cabo técnica de mamá o papá canguro: Si () No (X)

¿Cuánto tiempo? _____

Recibe lactancia materna: Sí () No (X)

¿Se llevan a cabo medidas de contención? Sí (X) No ()

¿Hay presencia de signos de estrés? ¿Cuáles? **Irritabilidad y llanto inconsolable**

¿Se llevan a cabo medidas para prevenir estrés en el neonato? Si(X) No ()

¿Cuáles? Disminución de ruidos , monitorización continua de alarmas de monitores.

Independencia: (X) Dependencia () Nivel: _____

Fuente de dificultad: FF () FV () FC ()

Observaciones:

Necesidad 14: Necesidad de aprendizaje.

Hitos del desarrollo: **Presenta atención a caras que se acercan continuamente.**

Área motriz gruesa: **Presente**

Área motriz fina: **Sin desarrollar**

Lenguaje y comunicación: **llanto a estímulos**

Cognitivo: _____

Succión: Presente () Ausente () Débil (X) No valorable ()

Deglución: Presente () Ausente () Débil () No valorable (X)

Búsqueda: Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Preensión: Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Moro: Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Babinski : Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Tónico cervical: Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Ascensión: Presente (X) Ausente () Débil () No valorable ()

Dependiente () Independiente (X) Nivel: _____

ANEXO 2

Instructivo de llenado de la Guía de valoración del recién nacido basada en la filosofía de Virginia Henderson

Esta guía tiene como objetivo la elaboración de la primera etapa del proceso de atención de enfermería que va de acuerdo a las 14 necesidades según Virginia Henderson enfocadas en el neonato.

El objetivo de este documento es facilitar el llenado, la identificación de situaciones que impliquen riesgo o alteración; así como, proporcionar datos

para la elaboración de Diagnósticos y realizar intervenciones específicas a cada necesidad.

Señalar con una “X” en los paréntesis y responder objetivamente las preguntas que se realizan.

Necesidad 1: Respirar normalmente

En esta necesidad se valorará la capacidad del neonato para mantener el intercambio gaseoso, se tomará en cuenta la frecuencia y el ritmo respiratorio, saturación parcial de oxígeno, pulsos, coloración tegumentaria, tipo de respiración, presencia y características de secreciones, ruidos adventicios, apoyo ventilatorio, interpretación de gases arteriales y valoramos datos de dificultad respiratoria para lo cual se utilizará la escala de Silverman-Anderson.

TEST SILVERMAN ANDERSON					
SIGNOS CLINICOS	ELEVACIÓN DE TORAX Y DEL ABDOMEN	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN DEL XIFOIDES	DILATACIÓN DE LAS ALAS NASALES	QUEJIDO ESPIRATORIO
GRADO 0	 SINCRONIZADAS	 NO EXISTE	 AUSENTE	 AUSENTE	 NO EXISTE
GRADO 1	 POCA ELEVACIÓN EN INSPIRACIÓN	 APENAS VISIBLE	 APENAS VISIBLE	 MÍNIMA	 SOLO AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO
GRADO 2	 BALANCEO	 MARCADA	 MARCADA	 MARCADA	 AUDIBLE SIN ESTETOSCOPIO

	PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	PUNTAJE
	0	NO DIFICULTAD RESPIRATORIO	EXCELENTE
	1 - 4	AUSENTE O LEVE	SATISFACTORIO
	5 - 7	MODERADA	GRAVE
	8 - 10	SEVERA	MUY GRAVE

FASES VENTILATORIAS		
FASE I	FASE II	FASE III
<ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno indirecto • Puntas nasales • Cámara cefálica 	<ul style="list-style-type: none"> • CPAP • Puntas nasales de alto flujo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilación mecánica invasiva • Ventilación mecánica no invasiva

Necesidad 2: Comer y beber adecuadamente.

El objetivo de esta necesidad es valorar los patrones alimenticios del Neonato de forma individualizada los requerimientos que este tiene de acuerdo a como se hará el aporte de la alimentación, si existe algún impedimento para brindarle alimento que lo mantenga en ayuno, si recibe alimento enteral con alguna técnica en especifica, la frecuencia, la cantidad de esta para cubrir los requerimientos necesarios, si esta tiene algún tipo de suplemento alimenticio, si existe la presencia de reflejos de succión y deglución, el tipo de leche que se le ministrara, algún dato de deshidratación (características de las fontanelas y piel), si el neonato está recibiendo la cantidad adecuada de nutrientes, los cuales se reflejaran en la ganancia ponderal paulatina. Se realizará una evaluación a la madre con la escala de LATCH que nos arroja datos acerca de las características de las mamas, para así garantizar una lactancia exitosa si fuese el caso de que el Neonato recibiese lactancia materna. Valoraremos las características de las mucosas orales para la identificación de algún problema que tenga que ver con alguna malformación que impida una adecuada alimentación.



ESCALA LATCH

@enfermeromurciano



Parámetros	0	1	2
Coger	Demasiado dormido. No se coge el pecho.	Repetidos intentos de cogerse. Mantiene el pezón en la boca. Llega a succionar.	Agarra el pecho. Lobos ajustados. Lengua debajo. Succión rítmica.
Deglución audible	Ninguno.	Un poco si se le estimula.	Espontáneo e intermitente si < 24 horas. Espontáneo y frecuente si > 24 horas.
Tipo de pezón	Invertidos.	Plenos.	Evertidos. Estimulación.
Comodidad / Confort (pecho, pezón)	Mamas ingurgitadas. Grietas. Dolor severo.	Mamas llenas. Pezón lesionado. Daño medio.	Mamas blandas. No hay dolor.

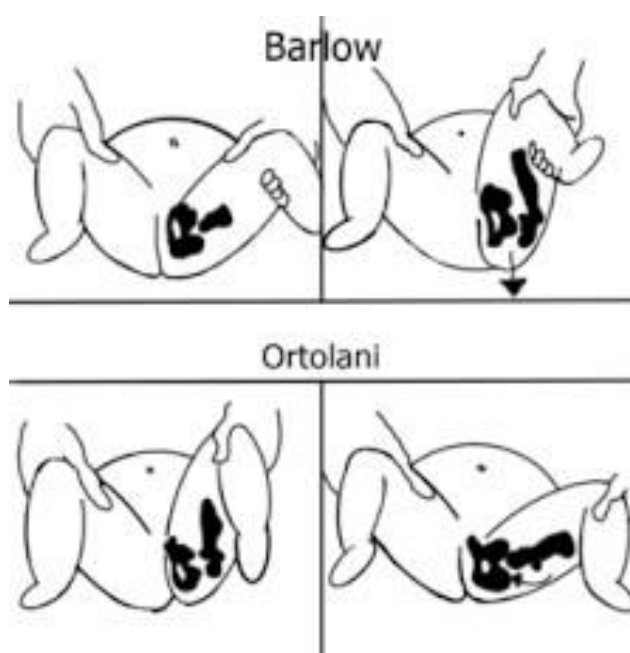
Necesidad 3: Eliminar por todas las vías corporales

En esta necesidad se valora la eliminación intestinal, urinaria. La fisiología de la defecación y de la orina, características de cada una de ellas. Los factores que influyen para la satisfacción de la necesidad de eliminación ya sean factores biofisiológicos, factores psicológicos y los factores socioculturales.

Se valora el resultado del metabolismo, la excreción de desechos que se lleva a cabo principalmente por la orina y las heces. Para su valoración inicial es la frecuencia con la que la realiza, la cantidad, el color, el olor, su aspecto, consistencia y forma de las heces, estado del abdomen (peristaltismo, distensión, globo vesical).

Necesidad 4: Moverse y mantener buena postura.

En esta necesidad se valorará los patrones de movimiento y postura. Se enfocará en la valoración de los reflejos primitivos para evaluar las respuestas musculoesqueléticas, automáticas e involuntarias del neonato. Así como el tono muscular y la integridad de la columna vertebral. En caso de encontrar alguna alteración se manifestará por medio de la evaluación de los reflejos primitivos. Se considera el uso de algunos medicamentos que han demostrado tener consecuencias al alterar el movimiento en los pacientes.



Necesidad 5: Sueño- Descanso

Dentro de esta necesidad podemos valorar los patrones de sueño / descanso a lo largo del día. El objetivo de esta valoración es describir la efectividad del sueño/descanso desde la perspectiva del neonato. Los datos recogidos en la valoración al ingreso permiten identificar el patrón de sueño/descanso del paciente en su práctica habitual, las valoraciones focalizadas nos permitirán identificar el comportamiento del sueño/descanso, durante el periodo de hospitalización.

Este patrón puede no ser evaluable en el momento del ingreso por diferentes motivos, entre otros:

Neonatos que están sedados, otras situaciones que deterioran el nivel de conciencia.

Neonatos ingresados en unidades especiales que dado su nivel de cuidados, no se tienen periodos de tiempo suficientemente largos para poder obtener sueño reparador.

Necesidad 6: Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse

La información del entorno interno y externo se canaliza a través de los receptores sensoriales y se transmiten a los centros cerebrales que se ocupan de la percepción y de la cognición. La difusión o el retraso de los procesos cognitivos como la atención, orientación, memoria y resolución de problemas pueden producir dependencia de otros.

Cual es el estado sensorial y perceptivo, así como el estado cognitivo y motor del neonato.

Las funciones sensoriales: visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas.

Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente

Durante el nacimiento, el neonato pasa de un ambiente que se encontraba entre 38-39°C in útero a una sala de partos que se encuentra entre 24 y 25°C, por lo tanto uno de los cambios al momento del nacimiento es la capacidad de Termorregular; cuando nos encontramos en un área de hospitalización nos enfrentamos a los diversos mecanismos de pérdida de calor y es importante saber reconocerlos para

trabajar en ellos y evitar que el neonato pierda calor, se enfríe y se desencadene estrés por frío.

Una de nuestras intervenciones es valorar la temperatura del neonato y mantenerlo dentro de los parámetros establecidos de eutermia, esto puede ser mediante la ropa, uso de nidos de contención y posicionamiento.

Necesidad 8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Tomando en cuenta la importancia del cuidado de la piel se valorará el baño, frecuencia, tipo de baño, observar si existen cuidados posturales, así como la cicatrización del muñón umbilical, todo esto con la finalidad de desarrollar un plan de cuidados con intervenciones específicas que nos permita una atención oportuna e integral.

Para ello utilizaremos la escala de BRADEN Q.

ESCALA BRADEN						
ESCALA BRADEN	PUNTOS	1	2	3	4	
	Percepción sensorial	Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i>	Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i>	Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i>	No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i>	
	Humedad	Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i>	Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i>	Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i>	Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i>	
	Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia	
	Movilidad	Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i>	Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i>	Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i>	Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i>	
	Nutrición	Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i>	Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i>	Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i>	Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i>	
	Fricción y deslizamiento	Es un problema <i>Movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i>	Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i>	Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i>		
	NIVELES DE RIESGO	ALTO RIESGO	≤12			
	RIESGO MODERADO	≤14				
	RIESGO BAJO	≤16				

Necesidad 9: Evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

En dicha necesidad se valoran la presencia o ausencia de lesiones psicológicas, fisiológicas y sociológicas. Así como la capacidad de protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física, psicológica y social.

En el primer apartado analiza las características del estado general del recién nacido; a continuación se enlistan el uso de dispositivos de monitorización de signos vitales y de tratamiento que pudieran propiciar la colonización de agentes patógenos.

Para comprobar el estado físico del paciente se buscan medidas de salud como lo son: la aplicación de vacunas, pruebas de detección (tamizaje) para recién nacidos, este último especificando los resultados obtenidos en cada uno de ellos, realizar el registro de los datos de laboratorios que presenten alteración.

Al valorar los factores socioculturales a los que se encuentra expuesto se interrogará acerca de la composición familiar y sobre las capacidades del cuidador primario para efectuar su cuidado.

En el apartado de observaciones para el tipo del catéter se especificará el tipo de apósito con el que está cubierto, si presenta datos de infección, si está funcional, número de lúmenes o si se encuentra heparinizado.

Por último identificar los factores de exposición a peligros en su entorno con la utilización de las siguientes escalas:

- Glasgow modificada

Puntuación	>1 año	<1 año
Respuesta apertura ocular 4 3 2 1	Espontánea A la orden verbal Al dolor Ninguna	Espontánea Al grito Al dolor Ninguna
Respuesta Motriz 6 5 4 3 2 1	Obedece órdenes Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna	Espontánea Localiza el dolor Defensa al dolor Flexión anormal Extensión anormal Ninguna
Respuesta verbal 5 4 3 2 1	Se orienta – conversa Conversa confusa Palabras inadecuada Sonidos raros Ninguna	Balbucea Llora – consolable Llora persistente Gruñe o se queja Ninguna

Escala de valoración del riesgo de caídas

<i>Criterio</i>	<i>Descripción</i>	<i>Puntaje</i>
Equipo	Incubadora Cerrada	0
	Cuna Radiante	1
	Incubadora de traslado	1
	Bacinete	2
Caídas previas	No	0
	Si	1
Tipo de Manipulación	Toma de peso	1
	Cambio de ropa	1
	Traslado para ingresar a otra área	1
	Traslado a estudios	1
	Toma de rayos X	1
	Interconsultas	1
	Inhaloterapia	1
	Procedimientos invasivos	1
	Familiar	1
	Baño	2
	Estado Neurológico	Hipoactivo
Activo		1
Irritable		2
Medicamentos	Sedantes	0
	Relajantes	0
	Otros	0
	Ninguno	1

De acuerdo con las condiciones del paciente se elegirá una de las siguientes escalas para valoración del dolor

- Escala de dolor Sistema de Codificación Facial Neonatal (NFCS)

MOVIMIENTO FACIAL	AUSENTE	PRESENTE
Entrecejo: raíz nasal ensanchada prominente	0	1
Cierre ocular: ojos cerrados apretados	0	1
Profundización del surco nasolabial	0	1
Apertura bucal	0	1
Estiramiento vertical de la boca	0	1
Estiramiento horizontal de la boca	0	1
Tensión de la lengua (ahuecamiento)	0	1
Vibración de la barbilla y la mandíbula inferior	0	1
Fruncimiento de labios como para formar una O	0	1
Protrusión lingual (solo en RNPT)*	0	1

* No es un signo de dolor en el recién nacido de término (RNT).
RNPT: recién nacido pretérmino.

- Escala de dolor Perfil de Dolor del Prematuro (PIPP)

Indicador	0	1	2	3
Edad gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 ⁶	28-31 ⁶	< 28
Comportamiento	Activo, despierto, ojos abiertos, movimientos faciales	Quieto, despierto, ojos abiertos, sin movimientos faciales	Activo, despierto, ojos cerrados, movimientos faciales	Quieto, dormido, ojos cerrados, sin movimientos faciales
Aumento de frecuencia cardíaca (latidos por minuto: lpm)	0-4	5-14	15-14	≥ 25
Disminución de Sat O ₂ ²	0-2,4 %	2,5-4,9 %	5-7,4 %	≥ 7,5 %
Entrecejo fruncido ²	Ninguno	Mínimo	Moderado	Máximo
Ojos cerrado	No	Mínimo	Moderado	Máximo
Surco nasolabial	No	Mínimo	Moderado	Máximo

Proceso: ¹Observar al niño 15 segundos. Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso.
²Observar al niño 30 segundos. Compara situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso.

- Escala de dolor Evaluación del Dolor y la Sedación Neonatal (N-PASS)

Criterio de evaluación	Sedación		Normal	Dolor/agitación	
	-2	-1		1	2
Llanto/irritabilidad	No llora con estímulos dolorosos.	Gime o llora mínimamente con estímulos dolorosos.	Llanto adecuado. Tranquilo.	Se irrita o llora en forma intermitente. Se lo puede consolar.	Llanto agudo o silencioso continuo. Inconsolable.
Comportamiento	No se despierta con estímulos. No se mueve espontáneamente.	Apenas se despierta con estímulos. Poco movimiento espontáneo.	Adecuado para la EG.	Inquieto, se retuerce. Se despierta seguido.	Se arquea y patea. De modo constante, despierto o se despierta mínimamente. No se mueve (sin estar sedado).
Expresión facial	Tiene la boca relajada. Sin expresión.	Mínima expresión con estímulos.	Relajado.	Demuestra dolor esporádicamente.	Demuestra dolor continuamente.
Tono muscular de los brazos y las piernas	Sin reflejo de agarre o prensión palmar. Flácido.	Reflejo de agarre o prensión palmar débil. Tono muscular disminuido.	Manos y pies relajados. Tono normal.	Aprieta intermitentemente los dedos de los pies, los puños o tiene dedos extendidos. El cuerpo no está tenso.	Aprieta continuamente los dedos de los pies, los puños o tiene los dedos extendidos. El cuerpo está tenso.
Signos vitales: Frecuencia cardíaca SaO ₂	No hay cambios con estímulos. Hipoventilación o apneas.	Variación < 10 % de los valores basales con los estímulos.	En rango normal para la EG.	Aumento del 10-20 % por encima de los valores basales. SaO ₂ del 76-85 % con estímulos. Rápida recuperación.	Aumento > 20 % de los valores basales. SaO ₂ ≤ 75 % con estímulos. Lenta recuperación. Falta de sincronía con el respirador.

En niños menores de 30 semanas, se le adicionará un punto al puntaje final.

- Medida de dolor postoperatorio. Escala CRIES

TABLA IV. MEDIDA DEL DOLOR POSTOPERATORIO SEGÚN LA ESCALA CRIES

Parámetros	0 puntos	1 punto	2 puntos
Llanto	No	Agudo-consolable	Agudo-inconsolable
FiO ₂ para Sat O ₂ > 95	0,21	< o = 0,3	> 0,3
FC y TA	< o = basal	> o < 20% basal	> o < 20% basal
Expresión facial	Normal	Muecas	Muecas/gemido
Periodos de sueño	Normales	Despierto muy frecuentemente	Despierto constantemente

- Para el paciente que se encuentre con sedación se podrá utilizar la escala comfort

NIVEL DE CONCIENCIA	RESPUESTA RESPIRATORIA	TENSIÓN ARTERIAL	TONO MUSCULAR
Profundamente dormido	1 No respiración espontánea ni tos	1 Por debajo de la media	1 Musculatura totalmente relajada
Ligeramente dormido	2 Mínimo esfuerzo respiratorio	2 En la media	2 Reducción del tono muscular
Somnoliento	3 Tos ocasional o resistencia contra el respirador	3 Infrecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	3 Tono muscular normal
Despierto	4 Lucha contra el respirador y tos frecuente	4 Frecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	4 Aumento del tono muscular (flexión dedos/pies)
Hiperalerta	5 Lucha contra el respirador y tos constante	5 Constantes elevaciones > 15 % sobre la media	5 Rigidez muscular
CALMA-AGITACIÓN	MOVIMIENTOS FÍSICOS	FRECUENCIA CARDIACA	TENSIÓN FACIAL
Calma	1 No movimiento	1 Por debajo de la media	1 Músculos faciales totalmente relajados
Ligera ansiedad	2 Movimientos ocasionales	2 En la media	2 Tono muscular facial normal
Ansiedad	3 Movimientos frecuentes	3 Infrecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	3 Tensión en algunos músculos faciales
Mucha ansiedad	4 Movimientos vigorosos de extremidades	4 Frecuentes elevaciones > 15 % sobre la media	4 Tensión en todos los músculos faciales
Pánico	5 Movimientos vigorosos de cabeza y tronco	5 Constantes elevaciones > 15 % sobre la media	5 Tensión extrema en la musculatura facial

Puntuación: 8-10: Sedación muy profunda, 10-17: S. profunda, 18-26: S. Superficial, 27-40: No sedación.

Necesidad 10: Comunicarse con los demás expresando emociones.

A pesar de las creencias antiguas, el neonato tiene su propia manera de comunicarse con quienes lo rodean, su expresión es a través del llanto y toda aquella persona que haya convivido suficiente tiempo con un neonato nos podría explicar que cada llanto es diferente.

En esta necesidad vamos a evaluar la efectividad de la comunicación del neonato tomando en cuenta su estado de conciencia, su reactividad a los diferentes estímulos encontrados en el entorno, ya sean auditivos, táctiles o visuales y finalmente se evaluará la periodicidad, calidad e intensidad del llanto del recién nacido.

Necesidad 11: Vivir de acuerdo con su propias creencias y valores.

La importancia de conocer la existencia de valores y/o creencias de los pacientes que deben considerarse en el proceso de hospitalización implica la identificación de lo significativo y correcto desde la perspectiva parental del recién nacido.

Registrar la religión que profesa la familia, prácticas e ideologías de los padres nos permite conocer y evaluar factores que podrían intervenir de forma favorable y no favorable en el régimen terapéutico del recién nacido.

Necesidad 12: Ocupación para autorealizarse.

En esta necesidad valoraremos si el neonato y el género del mismo fue deseado, si se practica una técnica de mamá canguro, de lactancia materna exclusiva y la interacción que tienen los cuidadores primarios con el neonato para favorecer el trinomio ya que estas serán fundamentales en la manera en que el neonato se autorrealiza, lo cual va a favorecer el neurodesarrollo.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas.

En esta necesidad vamos a valorar: Las relaciones que lleva el neonato, sus relaciones de contacto e interacción con sus cuidadores primarios, se aborda la manera en que se brindan actividades recreativas al paciente, y qué respuestas tiene a estas. Ya que estas son fundamentales en la manera en que se desarrolla interacciona y se interrelaciona.

En el primer apartado, se interroga la aplicación de estimulación temprana, el tipo de estimulación, qué es lo que se realiza, la respuesta del paciente a estos estímulos, además de quién la otorga y las veces en que se lleva a cabo. Posteriormente, el segundo recoge datos sobre el método de mamá o papá canguro; con qué frecuencia se hace, así como la lactancia materna y los motivos por los que se lleva o no se lleva a cabo. En el tercer apartado se busca recopilar datos sobre la aplicación de medidas para prevenir el estrés neonatal, entre estas la contención. O en lo contrario, si ya hay presencia de estrés y cómo se busca reducirlo

