

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



*Una Institución Adventista*

Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intermedios neonatales de un hospital de Lima, 2018

**Por:**

Yovana Cisneros Machahuay

**Asesor:**

Dra. Keila Miranda Limache

Lima, abril de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, KEILA MIRANDA LIMACHE adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intermedios neonatales de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada CISNEROS MACHAHUAY YOVANA para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintinueve días del mes de abril de 2019.



---

Dra. Keila Miranda Limache

Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con síndrome de  
distrés respiratorio en la unidad de cuidados intermedios neonatales de un hospital de Lima,

2018

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados  
Intensivos Neonatales

## JURADO CALIFICADOR



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Presidente



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Secretario



Dra. Keila Miranda Limachi

A sesor

Lima, 29 de abril de 2019

## Índice

Índice.....	iv
Resumen.....	x
Datos generales .....	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios: .....	13
Exámenes auxiliares .....	14
Tratamiento médico.....	16
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución .....	18
Diagnóstico enfermero .....	18
Primer diagnóstico.....	18
Etiqueta diagnóstica: Deterioro de intercambio de gases.....	18
Segundo diagnóstico. ....	18
Tercer diagnóstico.....	18
Cuarto diagnóstico.....	19
Quinto diagnóstico. ....	19
Planificación.....	22
Priorización. ....	22
Plan de cuidados.....	23
Capítulo III: Marco teórico .....	30
Deterioro del intercambio gaseoso.....	30
Riesgo de nivel de glucemia inestable. ....	34
Riesgo de infección .....	38

Ictericia neonatal .....	40
Interrupción de la lactancia materna .....	43
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	48
Evaluación por días de atención:.....	48
Primer diagnóstico.....	48
Segundo diagnóstico. ....	48
Tercer diagnóstico. ....	48
Cuarto diagnóstico.....	49
Quinto diagnóstico. ....	49
Bibliografía .....	50
Apéndices.....	54

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	14
Grupo sanguíneo y factor RH (22/04/2018).....	14
Tabla 2 .....	14
Examen completo de orina (23/04/2018).....	14
Tabla 2 .....	15
Hemograma completo (23/04/2018) .....	15
Tabla 3 .....	15
Análisis de Aga .....	15
Tabla 4 .....	16
Perfil tiroideo: 23/04/2018 .....	16
Tabla 6 .....	23
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alvéolo–capilar, evidenciado por cianosis, taquipnea, periodos de apnea, retracción xifodea, signos y síntomas de dificultad respiratoria.....	23
Tabla 7 .....	25
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de nivel de glucemia inestable Relacionado Ingesta diaria insuficiente, prematuridad.Evidenciado por hipotonia, letargo ,palidez, letargo. ....	25
Tabla 8 .....	26
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivos, Evidenciado por catéter venoso periférico, sonda orogástrica, manipulación) .....	26
Tabla 9 .....	27

Diagnóstico de enfermería: Ictericia Neonatal Relacionado e lrección nacido tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina.Evidenciado por esclerótica amarilla ,membranas mucosas amarillas, perfil hematológico anormal,piel de color amarillo anaranjado.....	27
Tabla 10 .....	29
Diagnóstico de enfermería: Lactancia materna ineficaz relacionado a prematuridad evidenciado ganancia de peso insuficiente. ....	29

## Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	54
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	58

## **Símbolos usados**

PAE: Proceso de atención de enfermería.

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

SDR: Síndrome distrés respiratorio.

RN: Recién nacido

RNPT: Recién nacido pre-término

LM: Lactancia materna

LMD: Lactancia materna directa

SO: Sonda oro gástrica

## Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al recién nacido pre término con iniciales P. R., aplicado durante 3 días al neonato a partir del segundo día de su ingreso al servicio de Intermedios-Neonatología del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé. El diagnóstico médico: recién nacido pre término 34 ss, bajo peso al nacer, síndrome de estrés respiratorio, riesgo de trastorno metabólico. Se realizó la valoración aplicando la guía de patrones funcionales de Margory Gordon, luego se formularon diagnósticos de enfermería, para los cuales se planificaron intervenciones que fueron ejecutadas y evaluadas. En los 3 días de atención se brindaron los cuidados de enfermería y se identificaron diez diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron cinco diagnósticos: deterioro del intercambio gaseoso relacionado a cambios en la membrana alveolo capilar, hipoglicemia, riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos, ictericia neonatal relacionado a neonato tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina, lactancia materna ineficaz relacionado a prematuridad. Los objetivos generales fueron: neonato presentará adecuado intercambio gaseoso, neonato mantendrá una glicemia dentro de los valores normales, neonato disminuirá riesgo de infección, neonato disminuirá de la ictericia, neonato recibirá leche materna exclusiva. Las conclusiones mediante la aplicación del plan de cuidados al neonato prematuro durante los días de atención fueron satisfactorias en el primero, segundo y quinto diagnósticos, el tercero y cuarto diagnóstico fueron parcialmente alcanzados por su estancia hospitalaria.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, recién nacido pretermo, síndrome de estrés respiratorio.

## Capítulo I

### Valoración

#### Datos generales

Nombre: P. R

Edad: 02 días

Motivo de ingreso:

Neonato pre término de 34 semanas con iniciales P.R ingresa a la unidad de cuidados intermedios de neonatología, procedente de sala de operaciones, tras nacimiento por cesárea con Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, recibió los primeros cuidados en atención inmediata, ingresa en incubadora cerrada con soporte de oxígeno por Hood 5litros x', cursa con quejido respiratorio, cianosis, taquipneico con una frecuencia respiratoria que llega entre 75 a 80por minuto, retracciones intercostales, aleteo nasal, saturación de oxígeno80%, con catéter endovenoso en miembro superior izquierdo, abdomen blando depresible, temperatura 36.8°C, genitales de acorde con la edad gestacional y con brazalete de identificación. Diagnóstico médico: RNPT de 34 semanas, bajo peso al nacer, síndrome distrés respiratorio, riesgo de infección, riesgo de trastorno metabólico.

Días de hospitalización: 2 meses

Días de atención de enfermería: 03 días

#### Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción-control de la salud.

Neonato con antecedentes de nacimiento por cesárea, presentación podálica, liquido claro, peso al nacer de 1,285 kg, talla de 37 cm, perímetro cefálico 27.5 y temperatura 36.4°C, Apgar que obtuvo al minuto fue 7 y a los 5 minutos fue 8.

Madre de 26 años de edad, con gestación única tuvo 7 controles pre natales, grupo sanguíneo RH O+, teniendo como factor de riesgo la ruptura prematura de membranas por espacio de 12 horas, recibió dos dosis de vacuna antitetánica y 1 dosis de vacuna influenza.

Parto: tuvo un parto por cesárea intra-hospitalario.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Neonato, en NPO, presenta sonda oro gástrica n°6 a gravedad, se evidencia pobre reflejo de succión, mucosas orales intactas, abdomen blando globuloso, muñón umbilical normal, ruidos abdominales normales, piel y mucosas ictericas con bilirrubina de 14mg/dl, hipoglicemia 38mg/dl recibe solución glucosada al 10% a través de un catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo con volumen de 7cc hora, temperatura 36.6°C, piel tibia hidratada al tacto. Además se realiza medidas antropométricas teniendo como peso 1,285, talla 37

Patrón III: Eliminación.

Presenta micción espontánea con pañal, deposiciones una vez al día con necesidad de estimulación rectal con característica ligosas-meconial, ano permeable.

Patrón IV: Actividad-ejercicio.

Actividad respiratoria:

Neonato con oxigenoterapia fase I: Oxihood con blender FIO2 23% -5 litros de oxígeno presenta patrón respiratorio irregular con una frecuencia respiratoria de 75-80x', presencia de secreciones oro faríngeas escasas, cianosis peri oral, taquipneico, tiraje intercostal, aleteo nasal, saturación de oxígeno 92%, Silverman Anderson de 4.

Actividad circulatoria

Neonato con llenado capilar menos de 2 segundos, presenta ritmo regular con una frecuencia cardíaca 154x´-160x´, es portador de un catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo infundiendo solución glucosada al 10%, extremidades inferiores normales.

Patrón V: Descanso-sueño.

Neonato con sueño irregular cursa irritable, llora, se levanta en intervalos de media hora.

Patrón VI: Perceptivo-cognitivo.

Irritable, llanto débil, reflejo de succión pobre, es reactivo a estímulos.

Patrón VIII: Relaciones-rol.

Tiene como fuentes de apoyo a su familia y al seguro integral de salud. La mamá siempre mostrando preocupación y, buscando información con respecto a la evolución de su bebe a todo el equipo multidisciplinario para su tranquilidad. No se inició la lactancia materna precoz por las condiciones del recién nacido.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Presenta genitales normales, testículos descendidos, genitales de acuerdo a su edad gestacional.

Patrón X: Adaptación-tolerancia a la situación y al estrés

Neonato en incubadora cerrada, mama preocupada por hospitalización de su recién nacido, manifiesta preocupación por su evolución.

Patrón XI: Valores y creencias.

La madre con buenos valores y educación superior, pertenecen a la religión católica.  
valoración complementarios:

**Exámenes auxiliares.**

Tabla 1  
*Grupo sanguíneo y factor RH*

Compuesto (22/04/2018)	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	0
Factor RH	Positivo

*Nota: Fuente: Historia clínica.*

Interpretación: el resultado del grupo y factor muestra que él bebe es de tipo de sangre o positivo

Tabla 2  
*Examen completo de orina*

Compuesto (23/04/2018)	Valor encontrado	Valores normales
Color	Amarillo	Amarillo
Aspecto	Transparente	Transparente
Reacción (ph)	5.0	4.5 – 8.0
Densidad	1.030	1003-1040
Proteínas	Negativo	Negativo
Glucosa	Negativo	Negativo
Bilirrubina	Negativo	Negativo
Hemoglobina	Negativo	Negativo
Nitrito	Negativo	Negativo
Ácido ascórbico	Negativo	Negativo
Hematíes	No hay	-
Bacterias	No hay	-
Creatinina	0.78	0.50-0.90

*Nota: Fuente: Historia clínica.*

Interpretación: El resultado del examen de orina no evidencia alteraciones en ninguno de sus valores.

Tabla 2  
Hemograma completo (23/04/2018)

Prueba	Valores del paciente	Valores normales
Leucocitos	6.570mm <sup>3</sup>	(9.000 - 30.000)
Abastados	2%	9%
Segmentados	43%	52%
Eosinófilos	1%	2.2%
Basófilos	0%	0.6%
Monocitos	10%	5.8%
Linfocitos	44%	31%
Hematíes	3.49mill/mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina	10.3gr/dl	16.5-19.5gr/dl
Hematocrito	30.3%	54+/- 10
Plaquetas	215.000 mm <sup>3</sup>	199.000-350.000
Proteína C reactiva	2.4mg/l	<5mg/l
Bilirrubina total	14.20mg/dl	
Bilirrubina directa	0.83mg/dL	
Sodio de sangre	138 mmol/L	135-150
Potasio en sangre	4.40 mmol/L	
Glucosa	38mgdl	45-60mgdl

*Nota: Fuente Historia clínica.*

Interpretación: Los resultados de hemograma en el Rn, evidencian una anemia leve de 10.3 gr/dl, la cual se corrobora con el hematocrito bajo de 30.3 gr/dl y la glucosa baja de 38mg/dl lo que podemos concluir que el Rn tiene una alteración en su estado nutricional debido a que presenta algunos resultados alterados; se puede observar también que la bilirrubina aumentada 14.2mg/dl.

Tabla 3  
Análisis de AGA

Compuesto (22/04/18)	AGA
PaO <sub>2</sub>	55
PaCO <sub>2</sub>	60
PH	7.10

*Nota: Fuente: Historia clínica*

Interpretación: Los resultados de análisis de Aga del Rn, se evidencia una hipoxemia PaO<sub>2</sub> en 55, hipercapnea PaCO<sub>2</sub> en 60PH 7.10. Acidosis respiratoria (por hipercapnia). Acidosis metabólica (por hipoxia tisular ).

Tabla 4  
Perfil tiroideo:23/04/2018

Perfil tiroideo	Valores del paciente	Valores normales
TSH	4.10ulU/ml	0.27-4.2 ul u/ml
T3	0.63ng/ml	0.58-1.59ng/ml
T4	6.17ug/dl	5.1-14.1ug/dl

*Nota: Fuente: Historia clínica.*

Interpretación: los resultados del perfil tiroideo no muestran alteraciones, por ende no requiere la modificación de indicaciones.

#### **Tratamiento médico.**

##### **Primer día (22/04/2018)**

Dextrosa 10%-100 -6cc + clna20% 1cc +clk20% 0.4cc

Gluconato de calcio 10% 1,2cc ev c/8h

##### **Segundo día (23/04/2018)**

Dextrosa al 12 % -100 +clna20% 1cc+clk20%0.4cc

Ampicilina 95mg ev c/12h

Gentamicina 10mg ev c/24h

##### **Tercer día (24/04/2018)**

Dextrosa 7%-100+clna20% 1,2cc+clk20%0.4cc

Ampicilina 95mg ev c/12h

Gentamicina 10mg ev c/24h



## Capítulo II

### Diagnóstico, planificación y ejecución

#### Diagnóstico enfermero

##### Primer diagnóstico.

##### Etiqueta diagnóstica: Deterioro de intercambio de gases.

Características definitorias: Aleteo nasal, taquicardia, patrón respiratorio anormal, irritabilidad, cianosis generalizada.

Factores relacionados: Cambios en la membrana alvéolo-capilar

Enunciado: Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alvéolo-capilar evidenciado por patrón respiratorio anormal: taquipnea, aleteo nasal, color de la piel, hipoxemia, hipoxia, taquicardia.

##### Segundo diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica: Cp .Hipoglicemia

Signos y síntomas: Tremoroso, palidez, somnolencia, letargo

Definición: Hipoglicemia un nivel bajo de azúcar en la sangre en los bebés recién nacidos. Se refiere a un nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre en los primeros días después del nacimiento (Fernández, 2008)

Enunciado diagnóstico: Cp.Hipoglicemia

##### Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Factores de riesgo: Ruptura prematura de membranas, procedimiento invasivo (catéter periférico, sonda oro gástrica)

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Enunciado riesgo de infección Relacionado a ruptura prematura de membranas, procedimiento: colocar catéter periférico, colocación sonda oro gástrica .

#### **Cuarto diagnóstico.**

Características definitorias: Esclerótica amarilla, membranas y mucosas amarillas, piel de color amarilla-anaranjado.

Etiqueta diagnóstica: Ictericia neonatal

Factores relacionados: Edad menor o igual 7 días, Rn tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina, patrón de alimentación deficiente, retraso en la expulsión del meconio.

Enunciado del diagnóstico: Ictericia neonatal relacionado a recién nacido tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina evidenciado por esclerótica amarilla, mucosas y membranas amarillas, piel de color amarillo, perfil hematológico anormal.

#### **Quinto diagnóstico.**

Características definitorias: succión de pecho no mantenida.

Etiqueta diagnóstica: Lactancia materna ineficaz

Factores relacionados: prematuridad, proceso de hospitalización.

Enunciado: Lactancia materna ineficaz relacionado a prematuridad evidenciado ganancia de peso insuficiente.

#### **Sexto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Características definitorias: Cianosis, secreciones blanquecinas y densas.

Factor relacionado: secreciones mucosas densas.

Enunciado de diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada con secreciones evidenciada por alteración de la frecuencia respiratoria, secreciones blanquecinas densas.

**Séptimo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Termorregulación ineficaz.

Características definitorias: Temperatura 36.2 y piel fría al tacto.

Factor relacionado: Prematuridad.

Enunciado de diagnóstico: Termorregulación ineficaz relacionado con prematuridad

**Octavo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Características definitorias: NPO, sonda oro gástrica N° 6, pobre reflejo de succión, bajo peso 1285 kg, inferior al rango de peso ideal.

Factor relacionado: Incapacidad para ingerir los alimentos.

Enunciado de diagnóstico: Desequilibrio nutricional menor a las necesidades corporales relacionadas con incapacidad para ingerir alimentos evidenciados por bajo peso, prematuridad.

**Noveno diagnóstico.**

Etiqueta Diagnóstica: Afrontamiento ineficaz.

Características definitorias: mamá preocupada, incapacidad para manejar la situación

Factor relacionado: Incertidumbre.

Enunciado de diagnóstico: Afrontamiento ineficaz relacionado con incertidumbre evidenciado con incapacidad para manejar la situación.

**Decimo diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del patrón de sueño

Características definitorias: Irritabilidad, llanto.

Factor relacionado: Factores ambientales (ruido, luz)

Enunciado del diagnóstico: Trastorno del patrón de sueño relacionado factores ambientales (ruido, luz), evidenciado por irritabilidad, llanto.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alvéolo-capilar evidenciado por cianosis, taquipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea.
2. Cp Hipoglicemia.
3. Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivos, evidenciado por portador catéter endovenoso, sonda oro gástrica.
4. Ictericia neonatal relacionado a recién nacido tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina, evidenciado por esclerótica amarilla, membranas mucosas amarillas, perfil hematológico anormal, piel de color amarillo anaranjado.
5. Lactancia materna ineficaz relacionado a prematuridad, evidenciado por ganancia de peso insuficiente.
6. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado a mucosidad oro faríngea evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria, cianosis.
7. Desequilibrio nutricional menor a las necesidades corporales relacionadas con incapacidad para ingerir alimentos evidenciados por bajo peso.
8. Termorregulación ineficaz relacionado con prematuridad, evidenciado por temperatura 36.3 y piel fría al tacto.
9. Afrontamiento ineficaz relacionado con incertidumbre, evidenciado con incapacidad para manejar la situación.
10. Trastorno del patrón de sueño relacionado factores ambientales (ruido, luz) evidenciado por irritabilidad, llanto.

**Plan de cuidados.**

Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado a cambios en la membrana alveolo –capilar evidenciado por cianosis, taquipnea, quejido, aleteo nasal, retracción xifoidea, el aga con valores alterados.*

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		22/04/2018			23/04/2018			24/04/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Neonato presentara adecuado intercambio gaseoso durante el turno.	1. Valorar el patrón respiratorio: frecuencia. Ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones cada 2 horas.	8am	1pm	8pm	8am	1pm	8pm	8am	1pm	8pm
Objetivos específicos: Neonato presentara disminución taquipnea, quejido, retracción xifoidea, aleteo nasal	2. Mantener apoyo ventilatorio oxihood 5litros con FIO230%humidificado y calentado según necesidad del neonato.	8 am	3pm			3pm				8pm
Neonato presentara coloración rosada dela piel durante el turno.	3. Preparar el equipo de oxigeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.	12 m	3pm	8pm	8am		3pm			8pm
Neonato presentará gasometría normal	4. Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de O2 para asegurar que se administra la concentración indicada.	8 am			8am					8pm
	5. Mantener permeable las vías aéreas, colocar sonda oro gástrica n°6 a gravedad.	12 pm	-----			3pm				-----

---

6. Realizar seguimiento de los  
informes radiológicos, Aga.

---

Tabla 7  
*Diagnóstico de enfermería: Cp. Hipoglicemia.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		22/04/2018			23/04/2018			24/04/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Revertir hipoglicemia	1. Proporcionar la unidad de atención de acuerdo a la necesidad del neonato.	8am	1pm			1pm				8pm
	2. Iniciar tolerancia oral con calostro o leche materna 3-5cc cada 2 horas (por sonda o gotero).	8am	3pm		8am	3pm		8am		8pm
	3. Mantener termorregulación eficaz, controlando temperatura según necesidad del neonato.	8am	3pm			3pm				8pm
	4. Colocar una vía venosa para administrar dextrosa al 10%-100.volumen de 7cc hora	8am	-----			-----				8pm
	5. Controlar la infusión y vigilar sitio de inserción de catéter cada 2 horas.	8am	3pm			3pm				8pm
	6. Valorar en cada turno la presencia de signos de hipoglicemia: temores, palidez, letargo.	8am	3pm	8pm		3pm				
	7. Control de glucosa luego de 2horas haber iniciado infusión.	8am		8pm						

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de Infección relacionado a procedimiento Invasivos Evidenciado por catéter venoso periférico, sonda oro gástrica)*

Planificación		Ejecución								
Objetivo / Resultados	Intervenciones	22/04/2018			23/04/2018			24/04/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido disminuirá riesgo de infección.	1. Valorar características de la piel (coloración, temperatura, estado).	8am	1pm			1pm				8pm
	2. Llevar una adecuada técnica cuidadosa para lavarse las mano.	8am	3pm			3pm				8pm
	3. Uso de barreras protectoras como: mascarilla, mandilones, gorras, guantes estériles, cuando sea necesario entrar en contacto con el neonato para evitar el contacto con agentes infecciosos.	8am	3pm			3pm				8pm
	4. Controlar temperatura y frecuencia cardiaca cada 2 horas.	8am	3pm			3pm				8pm
	5. Manejar los catéteres con total asepsia	8am	3pm			3pm				8pm
	6. Informar al médico si hay hipertermia.									
	7. Educar a los padres para que entren a sala de recién nacidos la técnica adecuada para el lavado de manos y el uso de barreras de protección.	8am	3pm			3pm				8pm

Tabla 9

*Diagnóstico de enfermería: Ictericia neonatal relacionado el recién nacido tiene dificultad para realizar la transición a la vida extrauterina evidenciado por esclerótica amarilla, membranas mucosas amarillas, perfil hematológico anormal, piel de color amarillo anaranjado.*

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución									
		22/04/2018			23/04/2018			24/04/2018			
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Objetivo general: Rn presentará disminución de coloración icterica.	1. Evaluar al Rn por coloración amarilla de la piel y mucosas respuesta al estímulo, reflejos presentes.	8am	1pm			1pm					8pm
Objetivo específicos: Rn disminuirá coloración amarillenta de piel y mucosas.	2. Tener preparada la incubadora con el fotómetro. verificar si funcionan los tubos fluorescentes	8am	3pm			3pm					8pm
Rn presentara perfil hematológico normal.	3. Anotar hora de inicio de fototerapia en registro utilizado para este fin.	8am	3pm			3pm					8pm
	4. Colocar al Rn bajo la fototerapia desnudo solo pañal y protector ocular. para protección de retina. Realizar cambios de posición cada 2 horas.	8am	3pm			3pm					8pm
	5. Valorar signos de deshidratación: piel y mucosa secas,	12pm	3pm			6pm					8pm
	6. Ofrecer leche materna entre tomas.	8am	3pm			3pm					8pm

7. Observar controles de bilirrubina.	8am			
8. Controlar la temperatura del niño para evitar el sobrecalentamiento o el enfriamiento.	8am	3pm	3pm	8pm
9. Realizar balance hídrico.				
10. Colocar el mayor tiempo posible al niño bajo la luz, sacándolo de este sólo para alimentar o realizar un procedimiento .	12pm	3pm	3pm	8pm



### Capítulo III

#### Marco teórico

##### **Deterioro del intercambio gaseoso.**

Según Herdman (2012), el deterioro del intercambio gaseoso se define como el incremento o disminución, en la oxigenación o la eliminación del dióxido de carbono dentro de la membrana alveolo capilar.

Además, Moraleda y Llanos (2018) manifiesta que; el responsable del intercambio gaseoso es el sistema respiratorio, este intercambio se da entre el interior y el exterior del organismo, absorbiendo el oxígeno del exterior y eliminando el dióxido de carbono, el cual tiene lugar en los alveolos pulmonares.

En otro aspecto, Hernando, et al. (2017) dice que el intercambio de gases se da en los pulmones, entre el aire que ingresa a los alvéolos y la sangre que transporta hacia los capilares, los cuales se movilizan en ambas direcciones. Por un lado, el gradiente de oxígeno entre el aire atmosférico y los tejidos, hace que el oxígeno se difunda desde los alvéolos hacia los capilares a través de la membrana alveolo capilar y simultáneamente hay una gradiente inversa para el dióxido de carbono que se difunde de la sangre a los alvéolos.

Del mismo modo, Gaw, et al. (2014) afirman que, el deterioro del intercambio gaseoso se manifiesta al verse afectada la capacidad de los gases para atravesar por difusión la membrana alveolo capilar.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a cambios en la membrana alveolo-capilar en los neonatos prematuros no se ha alcanzado la madurez pulmonar, lo cual hay una falta de surfactante cuya función es evitar que colapse los alvéolos (NANDA, 2017).

El equilibrio ácido base, indica los mecanismos fisiológicos del organismo, el cual es importante para mantener un potencial de hidrógeno PH dentro de los parámetros normales, teniendo en cuenta que la acidosis y alcalosis respiratoria se relacionan con el transporte de CO<sub>2</sub> y la acidosis y alcalosis metabólica indican la acción del bicarbonato y están ligadas al metabolismo y funcionamiento del sistema renal (Tamez, 2016).

Por otra parte, Nacimiento y Pantoja (2016) afirman que la maduración anatómica y funcional de los pulmones requiere de por lo menos 35 semanas de edad gestacional en los neonatos; el desarrollo funcional de los pulmones y la producción de surfactante es muy necesario para la función respiratoria normal; en los neonatos prematuros las funciones están comprometidas lo que incrementan las probabilidades de los problemas respiratorios.

Los cambios de membrana alvéolo-capilar consiste en el endotelio capilar con su membrana basal, el espacio intersticial y el epitelio alveolar con su membrana basal. De esta forma, la barrera alveolo-capilar que separa el espacio aéreo de la sangre capilar es de sólo 0,5 micras de grosor, lo que nos permite un adecuado intercambio gaseoso, siempre en cuando que la ventilación sea adecuada. El síndrome distrés respiratorio, como ya se visto, consiste en un proceso de edema pulmonar por incremento de la permeabilidad. De esta forma, los cambios iniciales consistirá en la ocupación alveolar por edema rico en proteínas, lo que disminuira la superficie alveolar disponible para el intercambio gaseoso, es decir, conllevará un incremento de las zonas con pobre irrigación. Ante esta alteración y la hipoxemia acompañante, el sistema respiratorio responde con un aumento de la ventilación minuto. No obstante, debido a la ocupación física de los alveolos, este aumento de la ventilación se dirige a las zonas ya previamente aireadas, de forma que sólo conlleva hiperventilar zonas preservadas, sin modificar

las zonas con efecto stunt. Por lo cual, la gasometría nos mostrará hipoxemia, con hipocapnia y alcalosis en la fase inicio (Ackley & Ladwing, 2007)

El neonato prematuro en estudio, se observa una acidosis metabólica no compensada y disminución del  $\text{CO}_2$ : 20.9 mmHg. La acidosis metabólica es una disminución de la concentración de bicarbonato líquido extracelular, en la acidosis metabólica el pH se puede observar bajo o normal pero el  $\text{HCO}_3$  siempre es bajo, cuando se produce alguna compensación el  $\text{PCO}_2$  llega a disminuir también (Gaw, Murphy, Srivastana y Cowam, 2014).

Según la Guía de práctica clínica, (2013), elaborado por Gabriel R.P, las intervenciones de enfermería a brindar frente a este diagnóstico se orientan en vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio, ya que la hipo ventilación alveolar y la hipoxemia asociada pueden causar insuficiencia respiratoria; por lo tanto, es de suma importancia valorar la saturación de oxígeno, la vigilancia continua de la oximetría va a permitir actuar oportunamente. Del mismo modo, verificar que las respiraciones del neonato se encuentren dentro de los parámetros normales; puede ser necesario realizar ajustes del volumen de oxígeno, la frecuencia respiratoria y el espacio muerto del respirador, mantener al neonato tranquilo, evitando manipulaciones para sincronizar las respiraciones y reducir el trabajo respiratorio y el gasto de energía.

En cuanto al neonato con síndrome de distrés respiratorio en ambiente térmico adecuado implementando todos los cuidados necesarios para prevenir hipo o hipertermia; recordar que en ambos casos, incrementan el consumo de oxígeno y la dificultad respiratoria. En cuanto al tórax, se debe auscultar periódicamente, observando presencia/ausencia e igualdad de los ruidos respiratorios y simetría los movimientos torácicos, esto brinda información sobre el flujo de aire a través del árbol traqueo bronquial y sobre la presencia o ausencia de líquido/ obstrucción mucosa. Los cambios de la simetría torácica pueden indicar la inserción incorrecta del tubo

endotraqueal, aparición de baro traumatismo; así mismo, es importante vigilar la frecuencia y ritmo cardiaco; se presenta taquicardia pronto debido a la estimulación del sistema nervioso simpático que produce liberación de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina, en un intento por aumentar la oxigenación de los tejidos. Se debe valorar el color de la piel, temperatura y humedad ya que la sudoración, palidez, piel fría/humedad son cambios tardíos asociados con la hipoxemia aumentada o en evolución. Además, se debe, mantener los insumos para de reanimación al lado de la incubadora del neonato y ventilar manualmente siempre que el neonato lo necesite porque proporciona o restablece una ventilación correcta cuando el neonato o los problemas del respirador exigen separar temporalmente la mismo (Doenges, et al. 2008).

Rodríguez, et al ( 2015) menciona se puede mantener en posición prono cuando la tolere; ya que la posición correcta es muy importante en esta posición se relajan los músculos abdominales, mejorando el desplazamiento diafragmático, incrementando la PaCo<sub>2</sub>. Si el neonato lo necesita, nos brinda ayuda respiratoria según lo indicado, aspirar secreciones según necesidad y colocar cabecera a 30 grados, estas medidas ayudan mejorar la ventilación pulmonar y reducen/ previenen la obstrucción de las vías respiratorias asociada con presencia de mocosidad o secreciones.

Por otra parte, revisar los corrugados de oxígeno en busca de obstrucciones como dobleces, presencia de agua, fuga de oxígeno. Vaciar los corrugados de oxígeno según lo requiera, evitando hacerlo hacia el neonato o de nuevo en el contenedor; La presencia de dobleces hace que no llegue un volumen suficiente de oxígeno y aumenta la presión de las vías respiratorias. La condensación de los corrugados impide la distribución adecuada de los gases y conlleva al crecimiento bacteriano, además, evaluar el funcionamiento correcto de los equipos. No apagar las alarmas, ni para aspirar secreciones; los respiradores tienen una serie de alarmas

visuales y sonoras, apagarlas sería un riesgo para el neonato por fallos inadvertidos o paro respiratorio, luego efectivizar y valorar la gasometría ya que los exámenes nos muestran de forma cuantitativa el valor de los gases en sangre (Medina y Pilar, 2015).

La importancia de la oxigenoterapia es prevenir la hipoxemia. Se debe utilizar siempre humidificado y temperado, siempre que se precisen concentraciones superiores al 40%, en casco cefálico en la cabeza del neonato, con objeto de evitar descensos bruscos de la FiO<sub>2</sub> durante la evaluación o manipulación del neonato. La FiO<sub>2</sub> administrada debe estar vigilada en todo momento mediante pulsoxímetros (Med. Intensiva).

### **Cp Hipoglicemia**

Nicholas Jospe (2011) menciona que la hipoglucemia es una concentración sérica de glucosa < 40 mg/dl (< 2,2 mmol/l) en neonatos a término o < 30 mg/dl (< 1,7 mmol/L) en aquellos neonatos pre término. Los factores de riesgo son prematuridad, ser pequeño para la edad gestacional, diabetes materna y asfixia perinatal. Las causas más frecuentes son depósitos disminuidos de glucógeno, alimentación tardía e hiperinsulinemia. Los signos son taquicardia, cianosis, convulsiones y apnea. El diagnóstico se sospecha empíricamente y se confirma mediante dosaje de glucosa. El pronóstico va depender del cuadro que presenta el neonato.

Además, Samfinito (2015) refiere que el periodo transicional es el tiempo en que el neonato presenta una serie de cambios fisiológicos y neurológicos para su adaptación a la vida extrauterina, es allí donde el neonato puede desarrollar problemas de adaptación y complicarse. La leche materna aportada precozmente tiene ventajas nutricionales importantes para el neonato, disminuye significativamente los trastornos metabólicos principalmente la hipoglicemia neonatal por el aporte de glucosa necesaria para el metabolismo energético.

Según Morales (2010) la hipoglucemia y el establecimiento de un valor límite bajo de glucosa de seguridad para evitar problemas neurológicas ha sido discutido. En nuestros tiempos, es recomendable el mantener los niveles de glucosa por encima de 45 mg/dl en los neonatos. Los signos y síntomas de la hipoglucemia neonatal son inespecíficos y están asociados con otros diagnósticos o problemas comunes en la etapa neonatal. Estos signos incluyen: llanto frecuente o exagerado, hipotermia, diaforesis, pobre succión, hipotónico, pobre tolerancia oral, etc.

Del mismo modo, Martínez (2017) manifiesta que la hipoglicemia es un problema metabólico que ocurre con mayor frecuencia en los neonatos y en la mayoría de los casos, refleja un proceso normal de adaptación a la vida extrauterina. Cuando la hipoglicemia es prolongada o recurrente, puede originar problemas sistémicos agudas y secuelas neurológicas, por el cual el manejo de los niveles de glicemia en los primeros días de vida es de vital consideración como parte de los cuidados del neonato.

El diagnóstico enfermero hipoglicemia el neonato en estudio; es un recién nacido pre término 34 semanas con diagnóstico médico riesgo de trastorno metabólico, la falta de los depósitos de glucógeno en el momento del nacimiento es frecuente en los neonatos de bajo peso, neonatos pequeños para la edad gestacional, debido a una insuficiencia placentaria y recién nacidos que sufren asfixia perinatal. En estos neonatos, la glucólisis anaerobia consume los depósitos de glucógeno, y puede ocasionar una hipoglucemia en cualquier momento durante las primeras horas o días de vida, en especial si hay largos intervalos entre las raciones de leche materna es prolongado o si la ingesta nutricional es escasa. Por lo tanto, un aporte sostenido de glucosa exógena es importante para prevenir la hipoglucemia. En los neonatos Pequeños para la edad gestacional se presenta retraso en la gluconeogénesis y escaso depósito de glucógeno. En los neonatos prematuros hay limitaciones en las enzimas generadoras de la glucosa, poca

concentración de sustratos alternativos como son los depósitos de glucógeno y grasa por lo cual el proceso de citogénesis es disminuido, y el sistema contra regulador tiene una respuesta incompleta (Nicholas y Jospe, 2011)

Por otra parte, Marcus (2001) menciona que la ingesta diaria insuficiente de leche materna provoca una hipoglicemia, iniciar alimentación de forma precoz en los primeros 30 – 60' de vida con leche materna exclusiva, no ofrecer agua, soluciones glucosadas ni leche diluida para alimentar al neonato, la alimentación con leche materna la frecuencia es cada 2-3 h durante las primeras 24h. A la vez, la administración de dextrosa al 12% o 10% puede ser infundida por catéteres venosos periférico de forma tan segura. En los neonatos con factores de riesgo y con hipoglicemia sintomática o asintomática, el monitoreo se efectúa con el glucómetro; cada vez que esta sea menor 45mg/dl, debe confirmarse con glucosa central, pero siempre el tratamiento debe iniciarse basado en el resultado de la muestra periférica; la prematuridad y la hipotermia lleva a cuadros de hipoglicemia; la población en riesgo: la prematuridad, macrosomicos, hijos de madres diabéticas, asfixia, pre términos menores de 37 semanas. Las alteraciones en el nivel plasmático de glucosa en el neonato es uno de los trastornos metabólicos más frecuentes en esta población, su presencia es consecuencia del desequilibrio entre los niveles de aporte de glucosa y su utilización por los diferentes órganos y sistemas. El neonato pre término en estudio presenta hipoglicemia por el escaso depósito de glucógeno ya que este es un neonato pre término y estos presentan trastornos metabólicos y la falta ingestión de leche materna.

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en uso de soluciones glucosadas, inicio precoz de la alimentación enteral; está indicado el tratamiento preventivo de la mayoría de los neonatos de alto riesgo. Administrar infusión intravenosa de dextrosa al 10% volumen 7cc hora. Otros neonatos en riesgo que no están enfermos deben recibir alimentación

precoz y frecuente con leche maternizada para aportar hidratos de carbono. En cuanto a la alimentación hay que iniciar la alimentación temprana, desde primeras horas de nacimiento, reforzando la lactancia materna y si esto no fuera posible antes de las primeras dos horas de vida, se fomentara el vínculo afectivo entre la madre y el neonato a través del contacto piel a piel. Es muy importante un control periódico de la glucemia en el neonato pudiéndose establecer a las 2h, de nacimiento y a las 6, 12, 18, 24 y 48 horas. Administrando si es preciso, solución glucosada intravenosa para mantener niveles de glucosa seguros ( $>40\text{mg/dl}$ ). Una vez estabilizada la glucemia, el tratamiento deberá retirarse progresivamente para evitar hipoglucemias reactivas. Mantener la temperatura entre  $36.5^{\circ}\text{C}$  y  $37.5^{\circ}\text{C}$ , la hipoglucemia se puede agravar con otras manifestaciones como son la hipotermia y la dificultad respiratoria. Por ello, la importancia de iniciar la alimentación precoz del recién nacido con leche materna, que dependerá de su sintomatología (Mata, 2009)

En cuanto a la valoración del neonato, se tiene cuenta la presencia de los siguientes síntomas: falta de succión o succión débil, cambios térmicos (hipotermia-hipertermia), temblores, sudoración, vómito, letargia, excitabilidad, quejido, cianosis, taquicardia, apnea. investigue la historia clínica en busca de factores de riesgo, controle la glucosa con un glucómetro, controle los signos vitales, tomando tensión arterial media, si el reporte de glucometría es dudoso tome muestra glucosa central haga seguimiento y verifique el reporte, verifique aceptación y tolerancia de la vía oral, canalice vía periférica e inicie solución glucosada según indicación médica, asegurar un ambiente térmico adecuado. Recuerde que las temperaturas bajas afectan los depósitos de glucógeno, disminuyendo por ende la glucosa del neonato (Bermúdez, et al. 2009)

Desde el punto de vista de la enfermería, el profesional enfermería debe conocer el abordaje preventivo ante la presencia de la hipoglucemia neonatal ya que es algo que nos corresponde a nosotros abordarlo y cuanto antes mejor para así evitar las secuelas que podrían ocasionar en el neonato (Hernández & Gómez, 2008)

### **Riesgo de infección**

Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismo patógenos, que comprometer la salud (NANDA, 2015).

Además, Parra (2008) refiere, que el sistema inmune del neonato pre término, esta disminuida respecto al neonato a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia madre, con práctica ausencia de Ig A e I gM; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal. Si tenemos en cuenta los números de manipulaciones médicas que el neonato pre término precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral etc) asociados al medio hospitalario donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es elevada, a las que se aumenta una respuesta limitada que compromete su pronóstico. En este volumen se abordan las infecciones neonatales ampliamente en los capítulos 22, 23 y 24, tanto en su vertiente precoz o vertical desde su madre, como las tardías o nosocomiales, de transmisión horizontal.

La OPS (2013) explica que la infección se refiere a la invasión y multiplicación de microorganismos en un órgano de un cuerpo vivo. Estos microorganismos pueden ser virus bacterias (estreptococos o estafilococos en las infecciones cutáneas, Escherichia Coleen las infecciones urinarias), parásitos (protozoos que causan la toxoplasmosis, por ejemplo) o hongos o micosis (por ejemplo, Cándidas). El cuerpo establecerá los mecanismos de defensa para luchar contra los microorganismos patògenos. Uno de los principales síntomas de la infección es la presencia de temperaturas elevadas. La infección del torrente sanguíneo y sepsis neonatal está asociado al uso catéteres en los neonatos hospitalizados.

Del mismo modo, Vados (2015) afirma que la infección se inicia con el ingreso del patógeno al organismo y continúa con un periodo de incubación. A partir de entonces, el tipo de proceso infeccioso queda determinado por la cantidad de gérmenes, su capacidad de multiplicación y su toxicidad.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a procedimientos invasivos; ya que el neonato estudio presenta riesgo de infección por su condición hospitalizado: por la manipulación procedimientos invasivos y por los días de hospitalización. Una correcta inserción de catéteres vasculares y/o sondas con la técnica adecuadas disminuye el riesgo de infección. Las infecciones intrahospitalarias afectan del 5% al 6% de los neonatos hospitalizados. El uso inadecuado de antibióticos puede aumentar efectos adversos indeseables, aparición de cepas resistentes y alterar la flora normal del neonato (Gonzales,2014).

La piel es la primera barrera protectora del cuerpo compuesta por epidermis, dermis e hipodermis; de coloración rosada brillante, y turgencia marcada, con temperatura entre 36.5°c-37°c, alguna alteración en estas características indicaría algún riesgo para la salud. La medida profiláctica contra la proliferación de microorganismos es el lavado de manos, es de modo

bactericida o bacteriostático según la solución antiséptica empleada. El uso de barreras protectoras disminuye los procesos infecciosos. La proliferación de bacterias intrahospitalario es frecuente y dificulta la recuperación del neonato y una de las medidas protectoras para que esto no suceda es la de proteger al neonato; el manejo adecuado de los catéteres disminuye la presencia de infecciones y disminuye la mortalidad en neonatos (Tamez, 2016).

### **Ictericia neonatal**

La ictericia es la presencia de coloración amarillo-anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece después de las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre (NANDA, 2015).

La bilirrubina es el producto resultante de la descomposición normal de los glóbulos rojos. Normalmente, la bilirrubina pasa a través del hígado, que la libera a los intestinos en forma de bilis (un líquido que ayuda en la digestión); la ictericia sucede cuando la bilirrubina se acumula en la sangre más deprisa de lo que el hígado del neonato es capaz de destruir y de eliminar de su cuerpo. Esto se puede deber a varias causas, como los siguientes:

Los recién nacidos fabrican abundante bilirrubina que los adultos porque renuevan más a menudo sus glóbulos rojos. El hígado de un neonato todavía se está desarrollando y puede no ser capaz de eliminar suficiente cantidad de bilirrubina de la sangre. Los intestinos del recién nacido absorben una bilirrubina que normalmente saldría de su cuerpo en forma de heces (Rellan, Rodríguez, et al 2008)

Por otro lado, Mazzi (2005) menciona que la ictericia severa es cuando la concentración de bilirrubina esta aumentada, generalmente superior a 25 mg, que no se trata puede provocar daños irreversibles sordera, parálisis cerebral u otros tipos de daño cerebral. En casos raros, la ictericia puede ser un signo de otra afección, como una infección o un problema en la glándula

tiroidea; los médicos recomiendan evaluar a todos los neonatos a los pocos días de nacer para saber si tienen ictericia, las clases más frecuentes de ictericia son: la ictericia fisiológica (normal): la mayoría de los neonatos presentan este tipo de ictericia leve debido a la falta de maduración de sus hígados, generalmente aparece entre el segundo y el cuarto día de vida y desaparece cuando tienen entre una y dos semanas de vida; la ictericia del neonato prematuro es frecuente en los recién nacidos prematuros, porque sus cuerpos están todavía menos preparados para eliminar la bilirrubina eficazmente, para evitar posibles complicaciones, los neonatos prematuros se tratan incluso cuando sus concentraciones de bilirrubina son más bajas que las de los neonatos a término con una ictericia normal.

Del mismo modo, Acuña (2010) hace mención frente a la ictericia asociada a la lactancia materna, que la ictericia puede ocurrir cuando un neonato amamantado no está tomando suficiente cantidad de leche materna, sea por sus dificultades con la lactancia o porque a su mamá todavía no le brinda lactancia directa. No está provocada por un problema de intolerancia a la leche todos los casos, debemos tener en cuenta que los niveles de bilirrubina son diferentes según la edad del recién nacido y la edad gestacional (meses pasados intrauterino). Cuanto mayor sea el recién nacido y mayor madurez gestacional haya tenido, el riesgo de la bilirrubina es menor, la ictericia, una afección frecuente en los recién nacidos pre términos, se refiere al color amarillento de la piel y del blanco de los ojos (o esclerótica) que ocurre cuando hay un aumento de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es el producto resultante de la descomposición normal de los glóbulos rojos. Normalmente, la bilirrubina pasa a través del hígado, que la libera a los intestinos en forma de bilis (un líquido que ayuda en la digestión).

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a realizar la transición a la vida extrauterina, recién nacido menor igual 7 días. El neonato en estudio presenta ictericia neonatal, por ser un

recién nacido prematuro tiene dificultad para realizar la transición a la vida extra uterina lo cual tiene más probabilidad de presentar ictericia neonatal. Asimismo, el neonato pre término presenta un retraso en la eliminación intestinal del meconio y es evidenciado por piel y mucosas amarillas, perfil hematológico anormal; cuando el neonato está creciendo en el vientre de la madre, la placenta bota la bilirrubina del cuerpo del neonato; la placenta es el órgano que crece durante el embarazo para alimentar al neonato. Después del nacimiento, el hígado del neonato comienza a hacer este trabajo; puede pasar algún tiempo para que el hígado del neonato sea capaz de hacer esto de manera adecuada, los neonatos prematuros son más propensos a presentar ictericia que los recién nacidos a término. La mayoría de los neonatos tienen algún color amarillento en la piel, o ictericia. Esto se llama ictericia fisiológica. Con frecuencia es más notoria cuando el neonato tiene de 2 a 4 días de vida. La mayoría de veces, no causa daños y desaparece al cabo de 2 semanas (Monterde, 2017).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en valorar el estado neurológico de la neonato, ictericia (signo más importante) la piel del neonato se vuelve más amarilla, la piel del abdomen, los brazos o las piernas del recién nacido tiene una tonalidad amarillenta, las partes blancas de los ojos del neonato tienen una tonalidad amarillenta, el neonato parece débil o enfermo, o es difícil despertarlo, el neonato no aumenta de peso o no lacta bien, el neonato tiene un llanto agudo, manifiestan otros signos o síntomas que te preocupan: anemia, palidez, hepatomegalia, hemorragias cutáneas. En cuanto a la monitorización niveles de bilirrubina cada 24 horas es muy importante el seguimiento a los controles de bilirrubina, efectivizando las ordenes de laboratorio para ver la efectividad del tratamiento. Para fototerapia usar tipo de luz azul o verde, intensidad: estándar 6-10 tubos de fluorescente de 20 watts c/u a 30cm del neonato, superficie de extensión: neonato desnudo, protección ocular de

cubito supino, cambio de posición cada 2 horas, cubrir pene y testículos en varones, la eficacia del tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal depende directamente de la fototerapia utilizando fotómetro, control de líquidos la hidratación adecuada aumenta el peristaltismo y la excreción de bilirrubinas, vigilar la hidratación, la fototerapia causa evacuación diarreica y aumento de pérdidas insensibles de agua, lo que incrementa el riesgo de deshidratación, observar las características de las evacuaciones y de la diuresis (Macuesmo, 2011)

### **Interrupción de la lactancia materna**

La interrupción en la continuidad del aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, puede comprometer el éxito de la lactancia y/o el estado nutricional del neonato/lactante (NANDA2017)

Según, Moraga (2017), los neonatos nacen antes de las 37 semanas, no se desarrolla completamente en el útero materno, por lo que corre un mayor riesgo de contraer enfermedades y problemas médicos. Por eso la importancia de la lactancia materna en neonatos prematuros, pues a través de la leche materna se aportan los nutrientes importantes necesarios para su desarrollo del neonato. Los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva: son los hechos, circunstancias o características relacionadas a la madre o neonato, que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los neonatos, éstos factores pueden ser de índole físico, fisiológico, psicológico, social, etc.

La OMS (2017) declara que es un “hábito vinculado de manera íntima a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial, y que como mamífero que es, la cría humana precisa de la leche de su mamá para su supervivencia, puesto que, sin ella, moriría inexorablemente”, por lo tanto se han dedicado a fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y como alimentación complementaria, hasta los dos años de vida del niño.

Sin embargo, a nivel mundial, el 35 % de los neonatos son amamantados durante sus primeros cuatro meses de vida; situación que aumenta el riesgo de enfermedades en los lactantes, ya que la leche maternizada o de fórmula, no proporciona los mismos beneficios, la misma protección inmunológica de la leche materna. La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva como el método ideal de alimentación para los niños desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Diversos estudios han demostrado que los niños alimentados con leche materna exclusiva presentan menor incidencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y otitis media aguda.

Del mismo modo, Mena (2016) la lactancia materna en neonatos prematuros radica en que es el alimento fundamental que ayuda a fortalecer su crecimiento y desarrollo, puesto que le brinda todos los nutrientes y cumple con la función que no alcanzó a finalizar la placenta en el parto, si este hubiese llegado al término deseado. La leche materna es el alimento que el neonato prematuro tolera mejor, con un vaciado gástrico rápido y menos retenciones que cuando es alimentado con fórmulas artificiales; amamantar al prematuro directamente del pecho no es lo que habitualmente se utiliza cuando el pequeño está en la incubadora.

El Pediatría Francisco Moraga (2014) asegura que: “Los neonatos que presentan un mayor grado de inmadurez requieren, en primera instancia, de una alimentación de tipo parenteral, la cual se administra a través de un acceso venoso, habitualmente un catéter central, insertado en un vaso sanguíneo grande, de alto flujo, pues tiene la capacidad de soportar aminoácidos, lípidos y glucosa junto a vitaminas y micronutrientes”. Sin embargo, el doctor Moraga explicó que: “Lo habitual es que simultáneamente se inicie la alimentación enteral precoz, a través de una sonda oro gástrica nº6: estómago, duodeno o yeyuno, para poder

mantener el estímulo sobre la maduración del tubo digestivo”. Esta es una práctica segura y muy efectiva que permite que el neonato suba de peso y obtenga las calorías y proteínas necesarias.

Otro aspecto la OMS (2017) hace mención ante la lactancia materna el neonato estará preparado para el pecho cuando pese más de 1.500 gramos, tenga una edad gestacional de 34 semanas y haya desarrollado su reflejo de búsqueda y de succión. Cumpliendo con estos parámetros, el neonato prematuro estará en condiciones de lactar del pecho de su madre, aunque como no está acostumbrado, puede que se tome su tiempo en tomar el ritmo. Aunque sólo es cuestión de tiempo, ya que en un par de días el neonato estará lactando de manera normal. Los recién nacidos con bajo peso y prematuridad pueden tener mayores problemas para el lactancia materna directa, por lo que necesitarán más apoyo con la lactancia para evitar fallo en la ganancia de peso ponderal. Dificultades de succión deglución, por su inmadurez motora presentan: pobre succión, falta de coordinación, capacidad gástrica disminuida, motilidad gastrointestinal disminuida, reflujo gastroesofágico; debido a la inmadurez metabólica, ausencia de enzimas digestivas y secreción biliar, en < 34 semanas iniciar alimentación por sonda oro gástrica, en > 33-34 semanas: iniciar succión nutritiva.

El diagnóstico enfermero esta relacionado a prematuridad, hospitalización del neonato ya que el recién nacido pre término en estudio presenta interrupción de la lactancia materna por el proceso de prematuridad y hospitalización razón por la cual no puede alimentarse del pecho de la mamá, dada la indicación para el inicio de la tolerancia oral se brindará leche materna exclusiva debido a la gran importancia para su evolución del neonato. La nutrición adecuada tendrá como objetivo promover un crecimiento y desarrollo similar a lo que ocurre intraútero, con una misma velocidad de crecimiento óptima, de acuerdo con su fase de crecimiento, prevenir problemas nutricionales y lograr desarrollo neurológico adecuado; los beneficios de la lactancia materna son

aún mayores en los neonatos prematuros y enfermos. Además, hay riesgos por el uso de fórmulas artificiales. Los beneficios para el neonato prematuro a corto plazo, la composición de la leche de madre se va ir adaptando a las necesidades de su recién nacido en cada momento. La digestión y biodisponibilidad de proteínas, lípidos minerales y vitaminas es mayor en la leche materna: baja carga renal de solutos y baja osmolaridad, disminución de las infecciones intrahospitalarias, disminuye el tiempo de días en el hospital, colonización "normal" intestinal más temprana, a largo plazo ha mostrado beneficios en el neurodesarrollo y la retinopatía del prematuro y en el desarrollo de complicaciones respiratorias. Los neonatos prematuros amamantados tienen mejor desarrollo neurológico, alimentados con leche materna a los 8 años de edad mejora el coeficiente intelectual (Gema, Cárcamo y Gonzales, 2016).

Por otra parte, Iglesias (2011) refiere que el proceso de hospitalización del recién nacido el inicio de la alimentación enteral debe iniciarse precozmente, una vez que el neonato prematuro se estabilice. Esto ayudará con el crecimiento y desarrollo de la mucosa intestinal, estimula la producción de hormonas y enzimas, produce una colonización "normal" intestinal más temprana, además de otros efectos gastrointestinales, la colonización: hoy en día se habla del sistema inmunitario entero mamario: la exposición a la madre, mediante el contacto piel con piel, produce la colonización del sistema digestivo del neonato por bacterias saprofitas maternas que competirán con las bacterias causantes de infecciones intrahospitalarias. Además, las bacterias lácticas presentes en la leche materna producen: un efecto importante barrero que impide la presencia de colonización de agentes patógenos, un efecto inmune modulador, unos efectos antialérgicos sintetizan vitamina B12 y ácido fólico; neonatos con bajo peso y prematuridad pueden tener más dificultades para el amamantamiento, por lo que requieren más apoyo con la lactancia para evitar errores en la ganancia ponderal.



## Capítulo IV

### Evaluación y conclusiones

Se atendieron 3 días al recién nacido pre término, iniciando el 22/04/18 al 24/04/18.

Se atendió al paciente P.R en la unidad de cuidados intermedio de neonatología, durante 3 días, cuya valoración inicio el 22 de abril y finalizó la atención el 24 de abril del 2018.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, el 2do. Día turno diurno y el 3er. día en turno noche.

El primer día tuvo 10 diagnósticos, el 2do. Día 7 diagnósticos y el 3er. día fueron 5 diagnósticos identificados.

#### **Evaluación por días de atención:**

##### **Primer diagnóstico.**

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo alcanzado: Neonato presentó adecuado intercambio gaseoso al presentar frecuencia respiratoria normal, aleteo nasal disminuido, tiraje intercostal disminuido, no presenta quejido, coloración de piel rosada y gasometría arterial normal.

##### **Segundo diagnóstico.**

CP Hipoglicemia

Objetivo alcanzado: Revertir hipoglicemia, Neonato mantiene glicemia normal de 52mg/dl durante el turno.

##### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de Infección

Objetivo parcialmente alcanzado: neonato presenta funciones inestables ,la manipulación es mínima en algunos procedimientos médicos es frecuente, la temperatura corporal estable, manipulación mínima durante el turno, procedimientos invasivos seguros, zona de catéter endovenoso libre de signos de infección, recién nacido cuidados cutáneos especiales para prevenir contactos con microorganismos e infecciones.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Ictericia neonatal

Objetivo parcialmente alcanzado: Neonato presenta niveles de bilirrubina dentro de los valores normales 10mg/dl, pobre succión, estado neurológico normal, piel y mucosas leve ictericia

#### **Quinto diagnóstico.**

Interrupción de la lactancia materna

Objetivo alcanzado : Neonato recibe lactancia materna exclusiva: por gotero o sonda oro gástrica, lactancia materna directa por momentos, leche materna de 3-5cc/2horas; Neonato mantendrá ganancia de peso diaria durante su estancia hospitalaria.

#### **Conclusiones**

Se concluye que de los diagnósticos de enfermería identificados como el primer, segundo y quinto diagnósticos fueron alcanzados con los días de atención, sin embargo, el tercero y cuarto fueron alcanzados parcialmente, puesto que aún el neonato este proceso de hospitalización y continua en fototerapia.

El proceso de atención de enfermería fue un instrumento de gran ayuda para brindar una atención integral y calidad al neonato durante su proceso de hospitalización ya que nos permito acumular información importante para garantizar un optima atención.

## Bibliografía

Acuña, F. (2010) pdf Hiperbilirrubinemia Neonatal.

Manuelosses.cl/BNN/docencia/hiperbili%20NNpdf 25 de mayo 2010 Fernanda Acuña  
Arellano Becada pediatría.

Garay, Z. (2017). Infecciones asociadas a procedimientos invasivos. Hospital de alta  
complejidad. Paraguay en añ 2015. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 6(1),  
7. <https://doi.org/10.26885/rcei.6.1.7>

Gema Cárcamo Gonzales 82016) -IBCLC Lactancia Materna con Prematuros.

Guía Práctica Clínica,2011-revisión:0 -Osecac- Hiperbilirrubinemia Neonatal pag;5-8

Guía de práctica clínica de recién nacido prematuro,2013 Juan Gabriel Ruiz Pelaez

Herdman TH, Kamitsuru S.NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y  
Clasificación, 2015-2017.Barcelona: Elsevier; 2015.

Hernández, A & Gómez, J (2008) Hipoglicemia Neonatal – Revista Portales Médicos.

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica-hipoglicemia-neonatal>.

Hopfer, J. Hazard, A. (2009). Guía farmacológica para profesionales de Enfermería (10° edición)  
editorial: Mac Graw Hill. México.

Jafari HS, McCracken GH. Sepsis and septic shock: a review for clinicians. *Pediatr Infect Dis J*  
1992; 11:739-749. Jospe Nicholas (2011) and others published – April 2011 – *Journal of  
pediatric endocrinology y metabolism. JPEM*

Jospe Nicholas (2011) and others published – abril 2011 – *Journal of pediatric endocrinology y  
metabolism. JPEM*

- Lares AI, Reyes BM, Ramírez SP. Farmacocinética de los antimicrobianos En: González SN, Saltigeral P, Macías PM. Infectología Neonatal. México: Trillas, 1997:347-350.
- Lorenzo, JF, Pico, MC, & Bermúdez, JF (2009) Hipoglicemia Neonatal-Revista portales médicos
- Lucerna, Iglesias (2011) Hospitalización del recién nacido y el manejo de la alimentación enteral del Rn.
- Martínez de la Barrera, Leslie Ivonne MD (2017) Hipoglicemia Neonatal, Unidad de Recién Nacidos Hospital el Tunal ESE-España.
- Mazzi Gonzales Prada Eduardo (2005) Hiperbilirrubinemia Neonatal.Scielo-Revista de la sociedad Bolivariana en Pediatría La Paz 2005; 44(1):26-35  
[http://www.academia.edu/35860546/Beatriz/hiperbilirrubinemia\\_neonatal](http://www.academia.edu/35860546/Beatriz/hiperbilirrubinemia_neonatal).
- Marcus C. How to measure and interpret glucose in neonatos clin chim acta 2001;307 (1-2):187-92.22.
- María J, Carrasco Monterde (2017) Cuidados de Enfermería en el Recién Nacido con Ictericia que precisa Fototerapia. 8 mayo, 2017-Incluido en Enfermería.
- Mena P, Milad M, Vernal P, Escalante MJ. Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista Chilena de Pediatría. 2016.
- Mecuesmo Cuesmo (2011) Cuidados de Enfermería en la Fototerapia Neonatal, 17 octde 2011
- Moraes, Mario, Silvera, Fernando, Repetto, Marizel, & Borbonet, Daniel. (2014). Pesquisa de hipoglicemia en recién nacido de riesgo. Archivos de Pediatría del Uruguay, 85(3), 171-176. Recuperado en 19 de abril de 2019, de

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492014000300006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492014000300006&lng=es&tlng=es).

Morales Mario, (2010). Factores de riesgo asociados con episodios de hipoglicemia grave  
[www.scp.com.co/precop-old/precop-files/año12/...hipoglicemia-neonatal.pdf](http://www.scp.com.co/precop-old/precop-files/año12/...hipoglicemia-neonatal.pdf).

NANDA Internacional. (2015-2017). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación  
2015– 2017. Barcelona: Elsevier Inc.

Nacimiento y Pantoja (2016) Maduración Anatómica y funcional de los pulmones.

Naveda, O. (2016) Balance Hídrico positivo y alta mortalidad en niños con sepsis grave y  
choque Séptico. 2016; 49(3):71-77 Recuperado: de  
<http://www.elsevier.es/revistapediatria>.

Normas y Procedimientos de Neonatología. México: Instituto Nacional de Perinatología,  
1998:222-224

Osorno L. Papel actual de la presión positiva continua en la vía aérea en el síndrome de  
dificultad respiratoria y nuevas evidencias. Bol Med Hosp Infant Mex.2012

OMS (2017) Lactancia Materna agosto del 2017 Importancia de la Nutrición: primeros 1000 días  
de vida-BSV-HN vol7 1 def/APHvo17-1-2016.

[www.bushh/APN/pdt/APH.-OMS/Lactancia Materna -Word health organization](http://www.bushh/APN/pdt/APH.-OMS/Lactancia%20Materna-Word%20health%20organization)  
<http://www.who-int/maternal-Chile.adolescente/topic>

OPS (2013) Organización Panamericana de la Salud-Vigilancia epidemiológica de las  
infecciones asociadas. .Infección del torrente sanguíneo y sepsis neonatal asociadas al uso  
de catéteres. [http://www.paho.org/hq/.../2013/vigilancia.Epi infecciones-Moduloiv-2103pdf](http://www.paho.org/hq/.../2013/vigilancia.Epi%20infecciones-Moduloiv-2103.pdf).

- Pinilla Gómez, Elvinia, Orozco V., Luis Carlos, Camargo F., Fabio A., Alfonso H., Erlith Patricia, Peña V, Edna Rocío, Villabona A., Liz Nathalia, & Acevedo G., Yosmery. (2011). Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 43(3), 271-279. Retrieved April 18, 2019, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072011000300008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300008&lng=en&tlng=es).
- Rodríguez – Weber MA. López – Candiani C, Arredondo – García JL, Gutiérrez – Castellón P, Sánchez – Arriaga F. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. Salud Pública México 2003; 45:90-95.
- Rubén Aranda Valdez (2011) Manejo Nutricional del prematuro-Scielo-Articulo relacionado: Recién Nacido prematuro entre la primeras 32 semanas y antes de las 37 semanas de gestación. Genera ,Switzerland 2011; Sip
- S.Rellan Rodríguez (2008) Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de AEP; Neonatología. Asociación Española de Pediatría.
- Saban, J. (2013) Fisiopatología y manejo de la hipoglucemia intrahospitalaria. México 2012.
- Samfinito (2015) Hipoglicemia –Red GDPS
- Tamez,R.(2016). Emermefería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Asistencia del Recien Nacido de Alto Riesgo.Buenos Aires:Médica Panamericana.
- Villalaz B. Rubén A. Sepsis en el recién nacido En: Xavier Sáez Llorens. Sepsis Neonatal. México: McGraw-Hill, 2002:31-37.

## Apéndices

### Apéndice A: Guía de valoración

#### CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Tel. _____
Procedencia: _____	Consultorio ( )	Emergencia ( )	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ( )	Silla de ruedas ( )	Camilla ( )
Fuente de Información: _____	Paciente ( )	Familiar/amigo ( )	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes familiares de importancia: _____	Formula Obstétrica: G _____ P _____
Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas: HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlceras ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____	EG: _____ N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____
Intervenciones quirúrgicas: No ( ) Si ( ) (fechas) _____	Mamas: turgentes ( ) ( ) blandas _____ Pezones: Formados ( ) planos ( ) invertidos ( )
Alergias y otras reacciones: _____	Útero: _____ Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frecuencia: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos Fetales: Si ( ) No ( ) LCF: _____

Fármacos: \_\_\_\_\_  
Alimentos: \_\_\_\_\_  
Signos-síntomas: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**Factores de riesgo:**  
Consumo de tabaco No ( ) Si ( )  
Consumo de alcohol No ( ) Si ( )  
Consumo de drogas No ( ) Si ( )

**Medicamentos (con o sin indicación médica)**  
¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Estado de higiene**  
Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )  
Requiere ayuda? Si ( ) No ( )  
¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual?  
\_\_\_\_\_  
¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?  
\_\_\_\_\_

**PATRÓN DE RELACIONES - ROL**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( )  
¿Con quién vive?  
Sola ( ) Con su familia ( ) Otros \_\_\_\_\_

Fuentes de apoyo: Familia ( ) Amigos ( ) Otros \_\_\_\_\_

Abdomen grávido: Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( )  
Ruidos hidroaéreos: Aumentados ( ) Normales ( )  
Disminuidos ( ) ausentes ( )

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Perdidas Vaginales:** Líquido amniótico ( )  
Sangrado Vaginal: Si ( ) No ( ) Volumen: \_\_\_\_\_  
Secreciones Vaginales: Si ( ) No ( )

Características: \_\_\_\_\_  
Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO**

T: \_\_\_\_\_ °C Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Glucosa: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_

**Piel:**  
Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( )  
Cianótica ( ) Ictérica ( )  
Hidratación: Seca ( ) Turgente ( )  
Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( )  
Especificar si hay lesiones: \_\_\_\_\_

**Cavidad bucal:**  
Dentadura: Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( )  
Estado de higiene bucal: Mala ( ) Regular ( ) Buena ( )  
Hidratación: Si ( ) No ( )  
Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No ( )  
Obesidad: ( ) Bajo peso: ( ) Otros: \_\_\_\_\_  
Tipo de dieta: \_\_\_\_\_  
Apetito: Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( )  
Dificultad para deglutir: Si ( ) No ( )  
Nauseas ( ) Pirosis ( ) Vómitos ( ) Cantidad: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS



Tos ineficaz: No (    ) Si ( )  
 Reflejo de la tos: Presente (    ) Ausente ( ) Disminuido ( )  
 Secreciones: No (    ) Si ( )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No (    ) Si ( )  
 Modo: \_\_\_\_\_ l/min \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD CIRCULATORIA**

Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
 Edema: No Si Localización: \_\_\_\_\_  
 + ( ) ++ ( ) +++ ( )

Presencia de líneas invasivas: \_\_\_\_\_

Cateter periférico: \_\_\_\_\_

**EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO**

1= Independiente 3= Totalmente dependiente

2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Riesgo de Caidas: Bajo (    ) Alto ( ) Sin Riesgo ( )

Aparatos de ayuda: ninguno (    ) S. ruedas ( ) Otros: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ELIMINACIÓN****Hábitos intestinales**

Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_  
 Normal (    ) Estreñimiento ( ) Diarrea ( ) Incontinencia ( )

**Hábitos vesicales**

Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día  
Polaquíuria (    ) Disuria ( ) Nicturia ( )

Proteinuria: \_\_\_\_\_

Albumina en orina: \_\_\_\_\_

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

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO**

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Problemas para dormir: Si (    ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

¿Usa algún medicamento para dormir? Si (    ) No ( )

Especificar: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS**

Mano dominante: \_\_\_\_\_  
 Movilidad de miembros: Conservada( ) Flacidez( )  
Contracturas( ) Parálisis ( )  
 Fuerza muscular: Conservada( ) Disminuida( )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_

Solicita visita de capellán: Si (    ) No ( )

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Nombre del enfermero:** \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_

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

**PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO**

Orientado: Tiempo (    ) Espacio ( ) Persona ( )

Presencia de anomalías en:

Audición: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_

Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_

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

Dolor: No (    ) Si ( )

Localización: \_\_\_\_\_

Cefalea (    ) Dinámica Uterina ( )

Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

**EXAMENES AUXILIARES:**

## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es "Proceso de atención de enfermería aplicado a.....", El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente en: ..... Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. .... bajo la asesoría de la ..... La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

#### Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
















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

## Apêndice C: Escalas de avaliação

### BOLETIM DE APGAR

Sinal	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Lenta (abaixo de 100 batimentos por minuto)	Maior que 100 batimentos por minuto
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Boa, chorando
Tônus muscular	Flácido	Alguma flexão nas extremidades	Movimento ativo
Irritabilidade reflexa	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro ou choro
Cor	Azul, pálido	Corpo rosado, extremidades azuis	Completamente rosado

Virginia Apgar, 1952

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo