



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UN RECIEN NACIDO
PRETÉRMINO MODERADO, BASADO EN LAS
TAXONOMÍAS NANDA, NOC Y NIC.

AUTORA:

ERIKA KARINA SANTILLÁN GUILCAPI

TUTORA:

MSC. CIELITO BETANCOURT
RIOBAMBA- ECUADOR

AÑO:

2015 – 2016

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente estudio de caso previo a la obtención del Título de Licenciada/o en Enfermería con el tema: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO MODERADO, BASADO EN LAS TAXONOMÍAS NANDA, NOC Y NIC”** ha sido elaborado por **Erika Karina Santillán Guilcapi**, el mismo que ha sido asesorado permanente por la **Msc. Cielito Betancourt** en calidad de Tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 12 de Abril del 2016.



Msc. Cielito Betancourt

Tutora

AUTORÍA

Yo **Erika Karina Santillán Guilcapi** con cédula de identidad N° **060433295-7** soy responsable de las ideas, doctrinas, y resultados de la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



.....
Erika Karina Santillán Guilcapi

C.I: 0604332957

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁGINA
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
ÍNDICE GENERAL.....	IV - VII
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10– 11
JUSTIFICACIÓN.....	12 - 13
OBJETIVOS.....	14
• Objetivo General.....	14
• Objetivos Específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	15
MARCO TEÓRICO.....	16
• Antecedentes.....	16 - 17
• Modelo de Marjory Gordon.....	17
• Aspectos a considerar en el manejo del recién nacido prematuro según Marjory Gordon.....	18 - 19
• Modelo de interacción padre – hijo de Kathryn Barnard.....	20
• Elementos del modelo de interacción.....	20 - 22
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	22
• Fases del proceso enfermero.....	22
• Valoración.....	22
• Diagnóstico.....	22
• Planificación.....	22 – 23
• Ejecución.....	23
• Evaluación.....	23
DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA.....	24
• Prematurez.....	24
• Fisiopatología.....	24 – 25
• Causas.....	25 – 26

• Características físicas del prematuro.....	26
• Complicaciones del recién nacido pretérmino.....	27 – 38
• Taquipnea transitoria.....	28 – 29
• Cuadro clínico.....	29
• Medios de diagnósticos.....	29
• Tratamiento.....	29
• Complicaciones.....	30
• Hipotermia.....	30
• Factores de riesgo.....	30
• Fisiopatología.....	30
• Cuadro clínico.....	30 - 31
• Mecanismo de pérdida de calor.....	31 - 32
• Complicaciones.....	32
• Hiperbilirrubinemia.....	33
• Metabolismo y excreción de la bilirrubina.....	33
• Clasificación de la hiperbilirrubinemia.....	33
• Hiperbilirrubinemia fisiológica (ictericia fisiológica).....	33
• Etiología de la hiperbilirrubinemia fisiológica.....	34
• Hiperbilirrubinemia patológica (ictericia patológica).....	34
• Etiología y factores de riesgo.....	34 – 35
• Cuadro clínico.....	35
• Diagnóstico.....	35
• Tratamiento.....	35
• Luminoterapia.....	36
• Cuidados de enfermería de la luminoterapia o fototerapia.....	36 – 37
• Exanguinotransfusión.....	37
• Toxicidad de la bilirrubina.....	37 - 38
RESULTADOS.....	39 – 40
APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO.....	41
• Valoración intrahospitalaria por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.....	42 - 55
• Patrones funcionales alterados.....	56

• Tratamiento farmacológico.....	57 – 62
• Plan de cuidados para el Patrón respiratorio ineficaz.....	63 – 67
• Plan de cuidados para el Patrón de alimentación ineficaz del lactante.....	68 – 72
• Plan de cuidados para la Ictericia neonatal.....	73 – 77
• Plan de cuidados para la Hipotermia.....	78 - 80
• Plan de cuidados para la Ansiedad de la madre.....	81 - 84
• Diagnósticos de riesgos.....	85
SEGUIMIENTO DOMICILIARIO.....	86
• Plan de visita domiciliaria para la valoración.....	87
• Valoración extrahospitalaria basada en el modelo de Kathryn Barnard.....	88 - 91
• Plan de visita domiciliaria: Adaptación del recién nacido.....	92 - 95
• Plan de visita domiciliaria: Complicaciones del recién nacido prematuro.....	96 - 99
• Plan de visita domiciliaria: Signos de alarma en el recién nacido.....	100 - 103
• Plan de visita domiciliaria: Termorregulación.....	104 - 108
• Plan de visita domiciliaria: Tamizaje metabólico neonatal.....	109 - 112
• Plan de visita domiciliaria: Lactancia materna.....	113 - 117
• Plan de visita domiciliaria: Baño al recién nacido.....	118 – 121
• Plan de visita domiciliaria: Aseo de cavidades.....	122 - 125
• Plan de visita domiciliaria: Estimulación temprana.....	126 – 130
• Plan de visita domiciliaria: Programa ampliado de inmunizaciones.....	131 – 136
DISCUSIÓN.....	137 – 138
CONCLUSIONES.....	139
RECOMENDACIONES.....	140
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	141 - 142
BIBLIOGRAFÍA.....	143 - 148
ANEXOS.....	149
Anexo 1: Consentimiento informado.....	150 - 153
Anexo 2: Formato de valoración intrahospitalaria por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	154 - 165
Anexo 3: Captación de la recién nacida pretérmino moderada.....	166

Anexo 4: Valoración intrahospitalaria por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	167
Anexo 5: Informes relevantes de la historia clínica.....	168 – 172
Anexo 6: Visita hospitalaria.....	173
Anexo 7: Formato de valoración extrahospitalaria basada en el modelo de Kathryn Barnard.....	174 - 177
Anexo 8: Valoración extrahospitalaria basada en el modelo de Kathryn Barnard.....	178
Anexo 9: Ejecución del plan educativo “Adaptación del recién nacido”.....	179
Anexo 10: Ejecución del plan educativo “Complicaciones del recién nacido prematuro”.....	180
Anexo 11: Ejecución del plan educativo “Signos de alarma en el recién nacido”.....	181
Anexo 12: Ejecución del plan educativo “Termorregulación”.....	182
Anexo 13: Ejecución del plan educativo “Tamizaje metabólico neonatal”.....	183
Anexo 14: Ejecución del plan educativo “Lactancia materna”.....	184
Anexo 15: Ejecución del plan educativo “Baño al recién nacido”.....	185
Anexo 16: Ejecución del plan educativo “Aseo de cavidades”.....	186
Anexo 17: Ejecución del plan educativo “Estimulación temprana”.....	187
Anexo 18: Ejecución del plan educativo “Programa ampliado de inmunizaciones”.....	188
Anexo 19: Registro de asistencia a las visitas domiciliarias.....	189 - 190

RESUMEN

El presente análisis de caso tiene como propósito la aplicación de los cuidados de Enfermería en un recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia, basado en las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification); se justifica en el cuarto Objetivo del Milenio “Reducir la muerte infantil”, para lo cual la Organización Mundial de la Salud promueve estrategias como: “El cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos”, además se sustenta en el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que es “Mejorar la calidad de vida de la población”.

En el marco teórico se abordó los antecedentes, teoría y modelo de Enfermería, Proceso de Atención de Enfermería y descripción de la patología; para el intrahospitalario se utilizó el formato de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon elaborado por la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo de la cátedra de PAE en Salud Infantil, para identificar los problemas de la recién nacida pretérmino moderada y así formular los diagnósticos de enfermería priorizando sus necesidades los cuales son: Patrón respiratorio ineficaz, Patrón de alimentación ineficaz del lactante, Ictericia neonatal, Hipotermia y Ansiedad de la madre, se elaboró los planes de cuidados para ejecutarlos y de esta manera contribuir al mejoramiento de la salud, se realizó 4 visitas intrahospitalarias.

Para el extrahospitalario se utilizó el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard, para mejorar el manejo materno se realizó 10 visitas domiciliarias a través de la ejecución de planes educativos dirigidos a la madre. La evaluación fue constante a través de la puntuación DIANA, para obtener los resultados esperados. Se logró la estabilidad y la adaptación de la recién nacida a su entorno.

PALABRAS CLAVES: Cuidados – Enfermería – recién nacido pretérmino moderado.

ABSTRACT



Libres por la Ciencia y el Saber

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

Exts. 1517 - 1518


ABSTRACT

Nursing staff is trained to give direct attention to the patients both inside hospital and outside hospital, in response to their needs. This case study aims to apply nursing care in a newborn preterm moderate with appropriate weight for gestational age female with transient tachypnea of the newborn, surpassed hypothermia and hyperbilirubinemia, based on the NANDA, NOC NIC; it is justified in the fourth Millennium Development Goal "Reducing infant death", for which the World Health Organization promotes strategies such as "Proper home care and treatment of complications in newborns" which is also supported by the objective 3 of the National Plan for Good living is "Improving the quality of life of the population." In the theoretical framework history, theory and model of Nursing, Nursing Care Process, description of the pathology addressed; for inpatient format valuation was used by functional health patterns of Marjory Gordon prepared by the career of Nursing at the National University of Chimborazo of the subject of PAE in Child Health, to identify problems of moderate newborn preterm and so formulate nursing diagnoses prioritizing their needs which are: ineffective breathing pattern, pattern ineffective infant feeding, neonatal jaundice, hypothermia and anxiety of the mother, the care plan was developed to implement them and thus contribute to improving the health, 4-hospital visits took place. For non-hospital model parent-child interaction Kathryn Barnard was used to improve maternal Operation, 10 home visits were made through the implementation of educational plans aimed at the mother. The assessment was consistent throughout the DIANA score to obtain the expected results. Stability and adaptation of the newborn to their environment was achieved.



Riobamba, July 25, 2016

Translation reviewed by:


Mgs. Dennys Tenelanda López
ENGLISH PROFESSOR

Campus Norte "Edison Riera R."
Avda. Antonio José de Sucre, Km. 1.5 Vía a Guano
Teléfonos: (593-3) 37 30 880 - ext. 3000

Campus "La Dolorosa"
Avda. Eloy Alfaro y 10 de Agosto.
Teléfonos: (593-3) 37 30 910 - ext. 3001

Campus Centro
Duchicela 17-75 y Princesa Toa
Teléfonos: (593-3) 37 30 880 - ext. 3500

Campus Guano
Parroquia La Matriz, Barrio San Roque
vía a Asaco

INTRODUCCIÓN

“El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años.

La tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los recién nacidos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos. Ecuador es el segundo país con la menor tasa de nacimientos prematuros en el mundo”. (OMS, 2013)

Se realizó la búsqueda de casos similares; encontrando temas como: “Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro”, “Proceso de atención de Enfermería en el recién nacido prematuro” y “Cuidado de Enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos”.

Para el presente análisis de caso se identificó en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el servicio de Neonatología a un recién nacido pretérmino moderado, con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia, se aplicó los cuidados de enfermería estandarizados e individualizados, utilizando las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification), NIC (Nursing Interventions Classification). Las taxonomías ayudan a hacer de la Enfermería una ciencia más metodológica para brindar cuidados estandarizados, individualizados y de calidad.

Se valoró por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para identificar problemas y necesidades de la recién nacida (RN); los principales diagnósticos de Enfermería intrahospitalarios priorizados son: Patrón respiratorio ineficaz, Patrón de alimentación ineficaz del lactante, Ictericia neonatal, Hipotermia y Ansiedad de la madre, se realizó 4 visitas intrahospitalarias.

Se realizó 10 visitas extrahospitalarias, donde se identificó necesidades de educación a la madre para lo cual se ejecutó planes educativos sobre temas importantes para el manejo, utilizando el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard.

JUSTIFICACIÓN

El personal de Enfermería está capacitado para dar atención directa al usuario ya sea intrahospitalaria o extra hospitalaria, en respuesta a sus necesidades.

El presente análisis de caso es importante desarrollar, porque tiene como finalidad orientar intervenciones específicas de Enfermería para fomentar la salud del Recién Nacido pretérmino moderado, ayudando a su adaptación, crecimiento y desarrollo, para prevenir complicaciones.

Se justifica en el cuarto Objetivo del Milenio ***“Reducir la muerte infantil”***, para lo cual la Organización Mundial de la Salud promueve estrategias como: ***“El cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos”***, además se sustenta en el Objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que es ***“Mejorar la calidad de vida de la población”***, en la Política 3.2 ***“Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad, y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad”***, en la Meta 3.2. ***“Reducir la tasa de mortalidad infantil”***; a más de ello uno de los derechos que tiene del **recién nacido prematuro** es: ***“Recibir una atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro”***, también los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a ***“Recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia”***.

El presente análisis de caso será viable gracias a que se cuenta con el consentimiento informado de la madre, registros de la historia clínica, permiso de la institución y del servicio de neonatología, el acceso a fuentes bibliográficas suficientes para su desarrollo, y las tutorías previamente asignadas.

Los beneficiarios directos serán el Recién Nacido de 33.1 semanas de gestación, los padres ya que les permitirá adiestrarse en el manejo y cuidado, además a los estudiantes de la carrera de Enfermería porque ayudará a fortalecer los conocimientos para llevar a cabo cuidados específicos e individualizados con calidad utilizando el pensamiento crítico y el conocimiento científico.

La línea de investigación del análisis de caso se encuentra en la línea “Salud y servicios sociales”, en la sublínea “Servicios sociales”, en el área “Asistencia a la infancia”, de la Universidad Nacional de Chimborazo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar cuidados de Enfermería en un recién nacido pretérmino moderado, basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Objetivos Específicos

- Identificar las necesidades del recién nacido pretérmino moderado mediante la valoración por los patrones funcionales de Marjory Gordon en el área intrahospitalaria.
- Elaborar los planes de cuidados de acuerdo a las alteraciones identificadas en la valoración.
- Ejecutar los planes de cuidados intrahospitalaria.
- Educar a los padres en el manejo del recién nacido pretérmino moderado mediante visitas domiciliarias utilizando el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard.
- Evaluar los resultados de la aplicación del plan de cuidados intrahospitalarios y extrahospitalarios mediante la puntuación DIANA de la taxonomía NOC.

METODOLOGÍA

El presente análisis de caso es de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, cualitativo porque hace énfasis en la acción humana y mide sistemáticamente los efectos de los cuidados, de corte transversal porque se realiza en un tiempo determinado.

Se tomó como base el Proceso de Atención en Enfermería, ya que es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de Enfermería brindar cuidados que demanda el Recién Nacido, la familia y la comunidad de una forma estructurada, lógica y sistemática, a mas de ello se utilizó las taxonomías NANDA, NOC y NIC, para realizar los cuidados de Enfermería.

La valoración intrahospitalaria se realizó por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, permitiendo así la recolección de datos objetivos e identificando las necesidades del recién nacido, para la valoración extrahospitalaria se utilizó el Modelo de Interacción Padre-Hijo de Kathryn Barnard, la cual resalta la importancia de la interacción padres-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el crecimiento y desarrollo adecuado, para mejorar el manejo materno se realizó 10 visitas domiciliarias, ejecutando planes educativos con los siguientes temas: Adaptación del recién nacido, complicaciones del recién nacido prematuro, signos de alarma, termorregulación, tamizaje neonatal, lactancia materna, baño al recién nacido, aseo de cavidades, inmunizaciones, estimulación temprana.

Para el presente análisis de caso se seleccionó a un recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

El consentimiento informado se obtuvo, gracias a la comprensión de la madre, se le explicó que la información recolectada será de carácter confidencial, cual es el propósito del análisis de caso y los beneficios para la recién nacida.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En México en el Hospital General de Zona 13, se realizó un estudio sobre **“Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro”**, cuyo objetivo era: Gestionar el cuidado enfermero y la tecnología del cuidado neonatal mediante la solución de problemas de salud con el fin de incrementar el promedio y la calidad de vida del paciente prematuro. Se desarrolló la Valoración clínica de enfermería por patrones funcionales de salud. La conclusión del estudio fue: La aplicación de los patrones funcionales de Marjory Gordon en el contexto de los cuidados del prematuro, oferta el incremento en sus posibilidades de supervivencia, permitiendo un manejo profesionalizado por el personal de enfermería.(Mata, Salazar, & Herrera, 2009)

En junio del 2013 en Cuernavaca en la escuela de Enfermería “Flores Nightingale”, se realizó un trabajo sobre **“Proceso de atención de Enfermería en el recién nacido prematuro”**, siendo el objetivo general: Brindar cuidados de enfermería mediante la aplicación del plan de cuidados estandarizados al recién nacido pretérmino o prematuro durante su estancia hospitalaria, con el fin de ayudar a la adaptación extrauterina y al mejoramiento de su salud.

Las conclusiones fueron:

- ✓ Los planes de cuidados de enfermería como herramienta metodológica para la aplicación de cuidados es sumamente importante, nos permiten brindar cuidados de enfermería ya fundamentados y comprobados, los cuales pueden adecuarse a las diferentes estados de salud a los que es sometidos el individuo, familia y comunidad.
- ✓ El uso de los planes de cuidados de enfermería en el ejercicio profesional de enfermería es un aspecto teórico muy importante el cual permitirá jerarquizar las necesidades fundamentales del paciente, familia o comunidad y de la misma manera cubrir cada una de ellas y brindar una atención cálida, efectiva y de calidad. (Catalán, 2013)

El Programa de Enfermería de la Universidad Estatal de Colombia, realizó un reporte de caso sobre **“Cuidado de Enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos”**, aplicando el Proceso de Enfermería y el análisis de la situación del paciente desde el referente modelo de Kathryn Barnard, ya que el crecimiento y desarrollo de los niños, requiere el fortalecimiento del vínculo con los padres, mediante el apoyo educativo orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas. La conclusión del reporte fue: Los procesos de educación permiten fortalecer a los padres en los cuidados básicos con los hijos en cuanto a estimulación, alimentación, higiene, hábitos saludables, medidas preventivas para evitar riesgos y así mismo contribuir al buen crecimiento y desarrollo.(Laguad, 2013)

MODELOS DE ENFERMERÍA

✓ TEORÍA DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon creó la teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud. (Perez, 2012)

“Define a los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

La valoración por Patrones Funcionales aporta una serie de ventajas al Proceso Enfermero; permite estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital del Recién Nacido, en situaciones de salud o enfermedad.” (Suarez, Del Castillo, Fernández, & Muñoz, 2010)

Facilita al personal de Enfermería, la sistematización en la recogida y registro de los datos permitiendo la toma de decisiones pertinentes en base a los datos obtenidos.

Aspectos a considerar en el manejo del recién nacido prematuro

Valoración clínica de enfermería por patrones funcionales de salud.

1. Percepción y control de la salud.- En esta población se ha observado que la mayoría de padres de prematuros provienen de nivel socioeconómico bajo, por ende las madres carecen de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, y enfermedades infecciosas no tratadas. En neonatos prematuros, la sepsis y la meningitis son cuatro veces más frecuentes debido a la necesidad de aplicar medios invasivos (catéteres, tubos, venoclisis, etc.) para conservar y recuperar la salud del paciente, así mismo sus mecanismos de defensa son inferiores.

2. Nutricional y metabólico.-El recién nacido prematuro generalmente tiene un peso inferior a 2500 g; tiene piel fina, brillante rosa o rojiza, escasa cantidad de grasa subcutánea y pelo, cartílago auditivo externo no desarrollado, escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución, principalmente en pequeños menores de 34 semanas de gestación, la superficie corporal es grande en relación a su masa corporal, la grasa parda es escasa para mantener su temperatura corporal, poca implantación de cabello en el cuero cabelludo, etc. Estos pequeños en la unidad de estudio son nutridos principalmente a través de alimentación forzada, midiendo residuo gástrico, ya que esto científicamente da mejores resultados y menos accidentes.

3. Eliminación.- La función renal y pulmonar son inmaduras, lo que disminuye la capacidad para concentrar la orina, aumentando la probabilidad de retención de líquidos y trastornos electrolíticos, así como trastornos respiratorios, hipomotilidad intestinal, etc.

4. Actividad y ejercicio.- Actividad espontánea, tono muscular disminuido, las extremidades no mantienen su posición flexionada. A nivel respiratorio colapso alveolar y atelectasia debido a la baja producción de surfactante, datos característicos de inmadurez del centro respiratorio, responsables de crisis de apnea, dando lugar a requerir apoyo ventilatorio. Desarrollan con mayor frecuencia hiperbilirrubinemia y kernicterus, frecuencia cardíaca baja, anemia, llanto débil y puede presentar taquipnea

transitoria. El sistema inmunitario es inmaduro, de 30 a 90 % de recién nacidos antes del término presentan hipocalcemia e hipoglicemia.

5. Reposo y sueño.- Letargo, sueño interrumpido por maniobras frecuentes, sobresaltos.

6. Cognoscitivo y perceptual.- Puede haber presencia de crisis convulsivas como consecuencia de hemorragia cerebral, presentan fontanelas amplias, existe desconocimiento por parte de los padres de las necesidades del recién nacido y cómo atenderlas.

7. Autopercepción y autoconcepto.- Existe preocupación de los padres y temor para el cuidado del recién nacido prematuro, autoestima baja.

8. Función y relación.- Es frecuente que el estado civil de los padres de neonatos prematuros es la soltería.

9. Sexualidad y reproducción.- En los varones, genitales pequeños, subdesarrollados y los testículos sin descenso. En las niñas los labios mayores no cubren aún los menores.

10. Afrontamiento y tolerancia al estrés.- El estrés por frío del recién nacido prematuro agota con rapidez las reservas de grasa originando incremento en las necesidades metabólicas, consumo de oxígeno, acidosis metabólica, hipoxemia e hipoglicemia. Por lo regular los padres expresan la incapacidad para cuidar al recién nacido, lo que puede originar crisis, que se manifiesta por conducta inadaptada, ansiedad, depresión y síntomas somáticos.

11. Valores y creencias.- Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido.

(Mata, Salazar, & Herrera, 2009)

✓ **MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO DE KATHRYN BARNARD**

El modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-hijo con el entorno, se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, enseñanza y el entorno.

El modelo de interacción padre-hijo se centra en el desarrollo de instrumentos para evaluar el crecimiento y desarrollo del niño (a) durante los tres primeros años de vida; a la vez considera a padres e hijos como un sistema interactivo. (Ramos, 2012)

La base del modelo está constituida por tres conceptos principales:

Niño: Para describir al niño, Barnard emplea las características de “conducta del recién nacido, patrones de alimentación y sueño, apariencia física, temperamento y capacidad del niño para adaptarse a su cuidador y a su entorno”.(Leiva, S.f)

Cuidador: posee unas características psicosociales, la salud física y mental, los cambios en la vida, las expectativas y las preocupaciones acerca del niño y lo más importante el estilo del cuidador en ofrecer las habilidades de adaptación.

Entorno: afecta tanto al niño como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros disponibles; que puede satisfacer todas las necesidades básicas. (Cuidarenfermería, S.f)

Elementos principales

El modelo de interacción padre-hijo está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema.

1. Claridad de los mensajes del niño (características del niño)

Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su

actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.

2. Respuesta del niño al cuidador (características del niño)

Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.

3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre)

Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños.

4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre)

Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.

5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre)

La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de

mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación. (Collado, 2012)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de la persona, familia y comunidad o las alteraciones de salud reales y potenciales, que se caracteriza fundamentalmente por ser sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.

Fases del proceso enfermero

Valoración

Es la primera fase del proceso enfermero y su actividad se basa en la recogida de información sobre el niño y su familia. La toma de datos parte de la observación, entrevista a la madre y el examen físico, mediante la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, a estos datos se les añaden los resultados de laboratorio.(Aguilar, 2012)

Diagnóstico

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define el diagnóstico de enfermería como “El juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad, frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales”.

Gordon define una categoría de diagnóstico mediante tres componentes: el estado del niño, la etiología o problema y los signos y síntomas (síndrome). (Aguilar, 2012)

Planificación

La planificación de los cuidados también incorpora la planificación sanitaria, la información y la orientación a los padres en el cuidado del niño o niña (Recién Nacido).

Al planificar se debe tomarse en cuenta la edad del niño, la etapa de desarrollo en que se encuentra, pues el objetivo final del proceso de atención en enfermería consiste en modificar el problema clínico y conseguir el estado de salud deseado. (Aguilar, 2012)

Los objetivos se encuentran en la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification).

Ejecución

Las intervenciones de enfermería son el tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, familia o comunidad. (Aguilar, 2012)

Las intervenciones son directrices concretas en la atención y van dirigidas a prevenir la enfermedad, promover, mantener o restablecer la salud.

En la actualidad la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) se utiliza para realizar las intervenciones y actividades de enfermería.

Evaluación

Los resultados de la aplicación del plan de cuidados se evalúa mediante la puntuación DIANA de la taxonomía NOC.

En la evaluación se necesita tres criterios para determinar su adecuación:

1. Establecer guías de observación que determinen el progreso en relación con el diagnóstico de enfermería.
2. Observar las capacidades y los conocimientos logrados, como la adaptación, una mejor relación madre-hijo, etc.
3. Los datos se cotejan con los resultados esperados y con la mejora registrada por ejemplo: tolerancia alimentaria real del recién nacido, comparada con la esperada. El progreso de la salud y la capacidad del cuidado de la familia determinan la calidad profesional de enfermería.(Aguilar, 2012)

DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA

PREMATUREZ

Se considera prematuro a un recién nacido vivo antes de que se haya cumplido las 37 semanas de gestación.

Los recién nacidos se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la OMS.

- ✓ Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días).
- ✓ Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días).
- ✓ Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días).
- ✓ Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días). (MSP, 2015)

Según el Componente Normativo Neonatal los recién nacidos prematuros, se clasifican de la siguiente manera:

- ✓ RN Prematuro leve (Recién nacido con edad gestacional de 35 – 36 semanas, 6 días).
- ✓ RN Prematuro moderado (Recién nacido con edad gestacional de 32 – 34 semanas, 6 días).
- ✓ RN Prematuro grave (Recién nacido con edad gestacional menor a 32 semanas).

(Ministerio de Salud Pública, 2008)

Fisiopatología

El trabajo de parto de manera terminal se caracteriza por tres procesos:

1. La activación del miometrio que lleva a las contracciones uterinas.
2. La maduración cervical que culmina con el borramiento y dilatación del cuello uterino.
3. La ruptura corioamnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal.

En condiciones fisiológicas estos eventos aparecen en forma sincronizada en cualquier momento después de las 37 semanas de gestación, y dan paso al trabajo de parto normal.

Sin embargo, en ocasiones algunos de estos mecanismos pueden activarse de forma aislada antes de que la gestación llegue a su término. En estos casos pueden manifestarse distintos padecimientos obstétricos, como la amenaza de parto pretermino, incompetencia cervical o la ruptura prematura de membranas, que explican el síndrome del nacimiento pretermino.(Vega & Vadillo, 2006)

Causas

Existen muchos factores relacionados con los nacimientos prematuros, pero lo fundamental es que gran parte de ellos se pueden detectar y evitar si se realiza un adecuado control del embarazo.

Algunos de estos factores inducen directamente el trabajo de parto y nacimiento prematuros, mientras que otros pueden provocar un trastorno o enfermedad en la madre o él recién nacido. (Fundación Álvarez - Caldeyro Barcia, S.f)

Factores extrínsecos

- ✓ Falta de control prenatal adecuado.
- ✓ Analfabetismo, pobreza, desnutrición materna
- ✓ Anemia de la madre. Anormalidades uterinas congénitas, leiomiomas uterinos, útero bicorne.
- ✓ Antecedente de muerte fetal.
- ✓ Corioamnionitis.
- ✓ Tabaquismo, drogadicción, teratógenos químicos.
- ✓ Edad materna menor de 15 años y mayor de 35 años.
- ✓ Embarazo múltiple, polihidramnios.
- ✓ Trastornos hipertensivos gestacionales.
- ✓ Gestaciones previas pretérmino.
- ✓ Hemorragia del tercer trimestre.

- ✓ Infecciones del tracto urinario.
- ✓ Intervalo intergenésico corto.
- ✓ Ruptura prematura de membranas.
- ✓ Polihidramnios. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

Factores Intrínsecos

- ✓ Defectos cromosómicos.
- ✓ Isoinmunización.
- ✓ Infecciones maternas (STORCH).
- ✓ Malformaciones congénitas. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

Características físicas del prematuro

- ✓ Peso: Menos de 2,5kg.
- ✓ Talla: Menos de 47cm.
- ✓ Perímetro torácico: Menos de 29cm.
- ✓ Perímetro craneal: Menos de 34cm.
- ✓ Actividad postural extremidades: Hipotonía y extremidades en extensión.
- ✓ Cabeza: Grande, Craneotabes (huesos craneales blandos), ojos prominentes: El aparato palpebral no se desarrolla hasta las 25-26 semanas, por lo que es un signo a valorar para saber si el feto será viable o no, pabellones auriculares blandos y mal desarrollados.
- ✓ Tórax: Estrecho, mamas o nódulos mamarios poco desarrollados.
- ✓ Abdomen: Prominente
- ✓ Piel: Delgada, resalte de relieves óseos, color rojizo intenso, ictericia precoz y persistente, cianosis distal, edemas, lanugo.
- ✓ Genitales: Testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas, labios mayores poco desarrollados.
- ✓ Extremidades: Cortas, delgadas (poco desarrollo muscular).
- ✓ Uñas blandas y cortas.
- ✓ Pliegue único transversal en plantas de los pies.

Complicaciones del recién nacido pretérmino

El recién nacido prematuro puede sufrir distintas complicaciones tanto después de nacer como durante su infancia. Suelen ser consecuencias de la inmadurez general de su organismo, que afecta a distintas áreas (neurológica, endocrinológica, hematológica, cardiovascular, respiratoria).

Estas son algunas de las complicaciones del prematuro:

- ✓ **Alimentación:** Hasta la semana 34 de gestación, el feto no perfecciona los mecanismos de succión y deglución, por lo que, si nace antes, puede tener problemas para alimentarse directamente del seno materno. En este caso, se le coloca una sonda nasogástrica por donde se le administrará el alimento. Si el recién nacido es muy prematuro y su estómago es aún demasiado inmaduro, la alimentación será a través de una vía sanguínea.

Además, los prematuros suelen sufrir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que suele resolverse durante el primer año de vida.

- ✓ **Patología respiratoria:** La función pulmonar del recién nacido prematuro es una de las más afectadas cuando el nacimiento se produce antes de tiempo.

Los pulmones no completan su desarrollo hasta el final de la gestación, por eso, cuando se prevé que el parto va a suceder antes de tiempo, se administran corticoides a la embarazada para intentar acelerar la maduración pulmonar. Esta medida junto con el uso de surfactante (una sustancia que envuelve a los alveolos y les permite abrirse y cerrarse) está consiguiendo mejorar el pronóstico de una complicación que es la que causa mayor morbimortalidad entre los prematuros.

El prematuro puede sufrir apnea, Distres respiratorio (o enfermedad de las membranas hialinas), por la que no llega suficiente aire al torrente sanguíneo al no abrirse bien los pulmones; fugas de aire desde el pulmón y taquipnea transitoria del recién nacido (respiración rápida en los primeros días).

Durante su infancia, el niño prematuro tiene más probabilidades de padecer problemas respiratorios como la otitis, la displasia broncopulmonar (cicatrices en el pulmón que dificultan la respiración al comprimir los bronquios) y la bronquiolitis.

- ✓ **Retinopatía del prematuro:** Se trata de una enfermedad que puede provocar graves problemas de visión e incluso ceguera, cuando los vasos sanguíneos oculares crecen desordenadamente en la retina, dañando la capacidad visual del ojo.
- ✓ **Enterocolitis necrotizante:** Los recién nacidos prematuros tienen más riesgo de contraer enterocolitis necrotizante, una complicación muy grave producida por una inflamación que destruye partes del intestino y que puede exigir cirugía o incluso ser mortal.
- ✓ **Infecciones:** Los prematuros están más expuestos a padecer infecciones porque su sistema inmunitario no está desarrollado del todo. Además, han recibido menos defensas maternas durante la gestación (al ser esta más corta) y pasan mucho tiempo en un ambiente hospitalario sometidos a tratamientos invasivos que los hacen más proclives a entrar en contacto con virus y bacterias, además de recibir tratamientos farmacológicos que habitualmente bajan sus defensas.
- ✓ **Muerte súbita:** Los prematuros que pesan menos de 1.500 gramos tienen un riesgo de hasta tres veces mayor de sufrir muerte súbita del lactante, en relación a los recién nacidos a término.
- ✓ **Otros problemas:** Los prematuros suelen sufrir retraso en el crecimiento que puede ir corrigiéndose a lo largo de los años. (Onmeda, 2014)

TAQUIPNEA TRANSITORIA

La taquipnea transitoria del recién nacido, también conocida como “Síndrome del pulmón húmedo”, ocurre debido a la retención de líquido pulmonar fetal. Cuando el recién nacido realiza los primeros movimientos respiratorios, se produce la entrada de aire en los pulmones al mismo tiempo la salida del líquido pulmonar, que durante la vida fetal circula dentro de los pulmones. El líquido intersticial y alveolar es absorbido

por el sistema linfático pulmonar. Cuando estos líquidos no salen por completo de los pulmones, causan alteraciones respiratorias y la consiguiente disminución de la distensibilidad del pulmón y el aumento de la resistencia de las vías aéreas. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Cuadro clínico

- ✓ Quejido espiratorio y cianosis.
- ✓ Taquipnea con frecuencia respiratoria >100 x´
- ✓ Taquipnea persistente sin disnea (que se resuelve en aproximadamente 5 días).
- ✓ Retracciones intercostales.
- ✓ Ruidos respiratorios normales.
- ✓ Aleteo nasal. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Medios de diagnóstico

- ✓ Por el cuadro clínico.
- ✓ Rayos X de tórax: revelan un infiltrado pulmonar difuso y líquido en los pulmones.
- ✓ Gasometría arterial: el pH puede estar levemente disminuido, PCO₂ ligeramente aumentado. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Tratamiento

- ✓ Administrar oxígeno.
- ✓ Mantener al recién nacido en nada por vía oral si las frecuencias respiratorias son > 60 x´ (para disminuir el riesgo de aspiración durante la alimentación debido a la taquipnea).
- ✓ Mantener la saturación de oxígeno entre 90-95%.
- ✓ Mantener la temperatura dentro de los parámetros normales (ambiente térmico neutro).
- ✓ Hidratación intravenosa adecuada para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Complicaciones

Las más frecuentes son: dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar, persistencia de la circulación fetal (PCA y CIA) y cortocircuitos intracardiacos de derecha a izquierda. (González, 2011)

HIPOTERMIA

Es la temperatura corporal inferior a los 36.5 °C. Cuanto más baja es la temperatura, mas grave son las consecuencias.

Los recién nacidos prematuros están predispuestos a la pérdida de calor porque tiene poco tejido subcutáneo y una cantidad reducida de glucógeno y grasa parda. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Factores de riesgo:

- ✓ Neonatos durante las primeras 8 a 12 horas de vida.
- ✓ Prematuridad.
- ✓ PEG (pequeños en relación a la edad gestacional).
- ✓ Neonatos con alteraciones del sistema nervioso central.
- ✓ Neonato con factores de estrés. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Fisiopatología

La hipotermia causa vasoconstricción, como una forma del organismo para controlar la pérdida de calor; aumenta el consumo de oxígeno por disminución de la oferta de oxígeno a los tejidos, y causa acidosis metabólica debido al aumento de ácido láctico; aumenta el consumo de calorías por disminución de los depósitos de glucógeno. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Cuadro clínico

- ✓ Extremidades y tórax fríos.
- ✓ Intolerancia a la alimentación debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal (aumento de residuo, vómitos, distensión abdominal y dificultad para succionar).

- ✓ Letargo.
- ✓ Llanto débil.
- ✓ Cambios en la coloración de la piel (pálida o marmórea).
- ✓ Irritabilidad (consecuencia de la hipoxemia).
- ✓ Apnea y bradicardia (consecuencia de la hipoxemia).

(Nascimento & Pantoja, 2010)

Mecanismos de pérdida de calor

El cuerpo produce calor de forma continua, siendo este subproducto del metabolismo que se pierde constantemente hacia el ambiente. Cuando la producción de calor es exactamente igual a la pérdida, se logra el equilibrio térmico.

Las pérdidas o transferencias de calor hacia el ambiente pueden producirse desde el interior hacia la superficie (gradiente interno) o desde la superficie corporal hacia el medio ambiente (gradiente externo).

La transferencia de calor por gradiente externo se produce por irradiación, conducción, convección y evaporación.

- ✓ **Irradiación.-** Es la transferencia del calor corporal hacia superficies frías en el ambiente que no están en contacto con el cuerpo, como en el caso de las paredes de la incubadora. Si está cerca de una pared, una ventana o corriente de aire acondicionado, el recién nacido perderá calor por irradiación, cualquiera sea la temperatura de la incubadora.
- ✓ **Conducción.-** Es la pérdida de calor por contacto directo con un cuerpo con otro. Ocurre cuando usamos por ejemplo estetoscopios fríos, placas de rayos X, manos frías, etc.
- ✓ **Convección.-** Involucra la pérdida de calor a través del movimiento del aire pasando por la superficie de la piel. Depende la velocidad y de la temperatura del aire. Ocurre cuando se abren las puertas de la incubadora o cuando se utiliza aire en los halos, carpas de oxígeno y ventiladores mecánicos.

- ✓ **Evaporación.-** Es la pérdida de calor durante la conversión del estado líquido al gaseoso, a través de la piel y del tracto respiratorio. Por ejemplo, cuando el recién nacido tiene el cuerpo mojado o en contacto con una sábana, mantas o pañales húmedos. También se produce en ambientes con poca humedad y cuando hay soluciones de continuidad en la piel.

(Nascimento & Pantoja, 2010)

Complicaciones

- ✓ **Cardiovasculares**
 1. En hipotermia leve: taquicardia, aumento del gasto cardiaco y de la presión arterial media.
 2. Vasoconstricción periférica.
 3. En la hipotermia intensa: bradicardia, intervalo QT prologando, fibrilación auricular, paro cardiaco.
- ✓ **Respiratorias**
 1. En la hipotermia leve: taquipnea.
 2. En la hipotermia intensa: bradipnea y disminución del volumen corriente.
 3. Desviación de la curva de disociación de la oxihemoglobina dando como resultado disminución de la descarga de oxígeno a los tejidos periféricos.
 4. Acidosis respiratoria.
- ✓ **Sistema nervioso central**
 1. Disminución del flujo sanguíneo cerebral y de la velocidad de conducción nerviosa. Las manifestaciones comprenden debilidad, ausencia del reflejo pupilar a la luz y reflejos tendinosos profundos.
- ✓ **Renales**
 1. En la hipotermia leve: poliuria.
 2. En la hipotermia intensa: aparición de azoemia, oliguria y necrosis tubular aguda.
- ✓ **Hematológicas**
 1. Hemoconcentración con aumento de la viscosidad sanguínea, trombocitopenia y leucopenia.
 2. Compromiso de la función inmunológica predisponiendo a los recién nacidos a la infección.

3. Coagulación intravascular diseminada por insuficiencia circulatoria.

(Castaño, 2007)

HIPERBILIRRUBINEMIA

La bilirrubina es un producto final del catabolismo de los aminoácidos y las hemoproteínas, sobre todo de la hemoglobina. Los lugares más importantes de formación de la bilirrubina son el bazo y el hígado. Aproximadamente el 75% de la bilirrubina deriva del catabolismo de los glóbulos rojos y el 25% de la eritropoyesis ineficiente (destrucción de los precursores de los glóbulos rojos en la médula ósea) y del catabolismo de las hemoglobinas y hemo libres del hígado.

La hiperbilirrubinemia es un trastorno cuya característica es una cantidad excesiva de bilirrubina en la sangre. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Metabolismo y excreción de la bilirrubina

Bilirrubina no conjugada (indirecta): viaja en el plasma ligada a la albumina hacia el hígado; es liposoluble y poco hidrosoluble.

Bilirrubina conjugada (directa): esta forma de bilirrubina es hidrosoluble y no se difunde a través de las membranas celulares. Pueden excretarse en la bilis y en el intestino, como también puede absorberse y excretarse en los riñones en forma de urobilinógeno. Cuando se libera a la circulación, se une a la albumina.

(Nascimento & Pantoja, 2010)

Clasificación de la hiperbilirrubinemia

Se clasifica en fisiológica y patológica:

Hiperbilirrubinemia fisiológica (ictericia fisiológica).- Ocurre cuando existe un aumento de la bilirrubina no conjugada durante la primera semana de vida.

Etiología

1. Disminución de la oferta de oxígeno al hígado durante el pinzamiento del cordón umbilical.
2. Aumento de la carga de bilirrubina para las células hepáticas (aumento del volumen de sangre, disminución de la supervivencia de los glóbulos rojos, ineficiencia de la eritropoyesis, aumento de la reabsorción de la bilirrubina en el intestino).
3. Perfusión hepática inadecuada.
4. Aumento de la circulación enterohepática de la bilirrubina.
5. Medicaciones como oxitocina administradas a la madre, y furosemida y lípidos administrados al recién nacido.
6. Excreción hepática deficiente.
7. Bilirrubina proveniente del hemo no hemoglobínico.

Hiperbilirrubinemia patológica (ictericia patológica).- La presentación de ictericia es visible en las primeras 24 horas después del nacimiento, con un aumento de la concentración de bilirrubina total mayor que 5 mg/dl/día; en los prematuros puede llegar hasta a un aumento > 0,5 mg/dl/h. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Etiología y factores de riesgo

Aumento de la carga de bilirrubina:

1. Enfermedades hemolíticas como incompatibilidad sanguínea materno-fetal (Rh, ABO): debido a la hemólisis, ocurre un aumento de la liberación de glóbulos rojos muertos circulantes.
2. Colecciones extravasculares de sangre: cefalohematoma, Petequias, hemorragia intracraneal, hemorragias ocultas, equimosis.
 - Policitemia (transfusión materno-fetal, feto-fetal y pinzamiento tardío del cordón umbilical).
3. Sangre deglutida.

Disminución de la eliminación de la bilirrubina:

1. Disminución de la motilidad intestinal (ayuno prolongado, íleo meconial, síndrome del tapón meconial, íleo paralítico inducido por medicamentos).
2. Lesión celular hepática secundaria a asfixia e hipoxia.
3. Galactosemia.
4. Hipotiroidismo.
5. Hijo de madre diabética.
6. Causas obstructivas: atresia o estenosis biliar, quiste del colédoco, fibrosis quística, obstrucción biliar extrínseca. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Cuadro clínico

- ✓ Ictericia (coloración amarillenta de la piel).
- ✓ En la ictericia fisiológica no suele haber compromiso del estado general del recién nacido.
- ✓ En la ictericia patológica pueden aparecer succión débil, hipoactividad, hepatoesplenomegalia, anemia y anasarca.
- ✓ En presencia de kernicterus se puede observar alrededor del quinto día signos como letargo o irritabilidad, hipotonía, dificultad para succionar y postura de descerebración. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Medios de diagnóstico

- ✓ Antecedentes obstétricos maternos.
- ✓ Examen físico.
- ✓ Antecedentes neonatales.
- ✓ Análisis de laboratorio: determinación de niveles séricos de bilirrubina total y fracciones, hemograma completo y recuento de reticulocitos, tipificación sanguínea de la madre y del recién nacido, pruebas de Coombs indirecta en la madre y directa en el neonato. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Tratamiento

✓ **Luminoterapia**

Es un tratamiento que se puede realizarse con luz convencional, halógena o fibra óptica. El mecanismo de acción de la Luminoterapia se basa en la fotoisomerización y fotooxidación.

En la fotoisomerización: ocurre la fragmentación estructural de la bilirrubina, se produce isómeros geométricos y estructurales que son transportados por el plasma y excretados en la bilis, parte de esta bilirrubina modificada se elimina a través del meconio.

En la fotooxidación: una pequeña parte de la bilirrubina sufre un proceso de oxidación, lo que conduce a la producción de complejos hidrosolubles que se excretan a través de la orina.

La Luminoterapia produce algunos efectos colaterales, como irritación de la piel, aumento de las pérdidas insensibles de agua, diarrea, hipertermia y probable lesión de la retina cuando se lo protege de manera adecuada a la exposición a la luz.

La indicación sobre cuando iniciar la Luminoterapia depende de la edad y del peso del recién nacido. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Cuidados de enfermería de la luminoterapia o fototerapia.

Los cuidados de enfermería tienen como objetivos:

- Asegurar la efectividad de la fototerapia.
- Reducir las complicaciones.
- ✓ Garantizar una irradiación efectiva:
 - Situar la fototerapia lo más cerca posible del recién nacido (30-40 cm).
 - Dirigir el centro de la luz al tronco del recién nacido.
 - Rodear la fototerapia con cobertores blancos para aumentar el poder reflectante.

- No colocar objetos sobre la incubadora.
- Realizar cambios de posición (decúbito prono y supino) cada 3 horas.
- ✓ Protección y cuidados de los ojos:
 - Colocar suavemente las gafas sin ejercer demasiada presión.
 - Comprobar periódicamente su correcta colocación con el fin de evitar riesgos, lesiones retinianas y apnea obstructiva o asfixia si tapan las fosas nasales.
 - Cambiar las gafas cuando sea necesario.
- ✓ Evaluar la exposición de la piel:
 - Retirar el pañal cuando se aplique fototerapia intensiva.
- ✓ Control de la temperatura corporal:
 - Vigilar la temperatura del recién nacido.
 - Bajar la temperatura de la incubadora si es necesario.
- ✓ Favorecer la integridad cutánea:
 - Evitar exponer lesiones cutáneas a la fototerapia.
 - Limpieza exhaustiva de la zona perianal.
 - No aplicar sustancias oleosas durante el tratamiento con fototerapia.

(Ossorio, Martin, Sanchez, Martinez, & Ribera, 2011)

✓ **Exanguinotransfusión**

Se extrae la sangre del recién nacido y se reemplaza con sangre del mismo grupo sanguíneo sin bilirrubina. Este tratamiento se usa cuando los niveles de bilirrubina son extremadamente altos o aumentan con demasiada rapidez como para tratarlos con fototerapia. Se requiere el monitoreo continuo del recién nacido luego de la transfusión.

(MedlinePlus, 2013)

Toxicidad de la bilirrubina

Cuando la bilirrubina está ligada a la albumina sérica es incapaz de atravesar las membranas celulares pero cuando está en su forma libre, es decir bilirrubina indirecta no unida a la albumina puede pasar al sistema nervioso central, pasa a las neuronas y tiñe el tejido cerebral con un color a amarillento conocido como kernicterus. Quienes sobreviven a estos efectos tóxicos de la bilirrubina pueden manifestar diversos niveles

de secuelas neurológicas como trastornos del aprendizaje en casos leves, y en los casos graves quedan secuelas neurológicas como retraso mental, pérdida de la audición y disfunciones motoras.

Los recién nacido prematuros, devino a la hipoproteinemia y la poca albumina con sitio disponible para su unión con la bilirrubina, corren mayor riesgo de desarrollar kernicterus. (Nascimento & Pantoja, 2010)

RESULTADOS

El RN nació en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba el 21 de noviembre del 2015 a las 00:25 am, de 33.1 semanas de edad gestación, de sexo femenino, con un APGAR de 7 al minuto y de 9 a los 5 minutos, la madre recibió dos dosis de corticoides, el tipo de parto fue por cesárea, ingresó al servicio de neonatología a la 01:20 am con impresión diagnóstica de: Recién nacido pretérmino moderado más peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con síndrome de distres respiratorio grado I y riesgos térmicos y metabólicos; con un Score de Downes 4/10 (cianosis 1, quejido 1, retracciones subcostales moderadas 1, frecuencia respiratoria 1), para recibir los cuidados necesarios, horas más tarde reciben la placa de Rx de tórax donde reportó Enfermedad de Membrana Hialina Grado I frente a Neumonía connatal, para lo cual iniciaron antibioticoterapia, transcurrido dos días el diagnóstico cambia a recién nacido pretérmino moderado más peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido y trastornos térmicos (hipotermia), tras observar el cuadro clínico dos días después el diagnóstico médico cambia a recién nacido pretérmino moderado más peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia, diagnóstico con el cual se mantuvo hasta su egreso; 12 días de hospitalización.

Los datos clínicos se obtuvieron mediante la historia clínica y la exploración física por patrones funcionales de Marjory Gordon, con los datos obtenidos de la valoración se realizó los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, se planificó los objetivos con la taxonomía NOC, se ejecutó las respectivas intervenciones y actividades utilizando la taxonomía NIC y finalmente se evaluó la aplicación de los cuidados mediante la puntuación DIANA de la taxonomía NOC; también se realizó el seguimiento domiciliario para brindar educación a la madre utilizando el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard, con la finalidad prevenir complicaciones en la RN, ya que el nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años. (OMS, 2013)

Para mayor respaldo y viabilidad del presente análisis de caso, se cuenta con el consentimiento informado.

Tras la aplicación de los cuidados de enfermería, se contribuyó a mejorar el estado de salud de la recién nacida, respira sin dificultad, se alimenta del seno directo de la madre, regula la temperatura corporal, se disminuyó la ansiedad y se aumentó el afrontamiento de la madre; en la actualidad se encuentra en buenas condiciones junto a sus padres y hermanos, con un óptimo crecimiento y desarrollo para su edad en un entorno familiar adecuado.

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO INTRAHOSPITALARIO

- **VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDO

CARRERA DE ENFERMERÍA

NEONATOLOGÍA

***VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD EN
NEONATOLOGÍA***

NOMBRE DEL RN: NN

EDAD: 4 días

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA MADRE: Milagro.

UNIDAD DE SALUD: Hospital Provincial General Docente de Riobamba

FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO: 21 de Noviembre de 2015

DOMICILIO: Barrio 24 de Mayo TELF/CELULAR: 0987271364

PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR: Alba Alegría.

PROBLEMA ACTUAL: Recién Nacido Pretermino Moderado con Peso Adecuado para la edad Gestacional, Taquipnea Transitoria, Hipotermia superada e Hiperbilirrubinemia.

DIAGNOSTICO CLÍNICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

TRATAMIENTO DEL NIÑO QUE SIGUE EN LA ACTUALIDAD:

Medicamento	Dosificación	Última dosis	frecuencia
Dextrosa al 10%	100 cc + 2.6 cc de Gluconato de calcio	Permanente	4.6 ml/h
Ampicilina	180 mg	29/11/2015	Cada 12 horas
Gentamicina	7.2mg	29/11/2015	Cada 36 horas
Vitamina C	35 mg	25/11/2015	Cada día
Cafeína	7.5 mg	29/11/2015	Cada 12 horas

PROBLEMA INTERDISCIPLINAR: SEPSIS, ALTO RIESGO INFECCIOSO, MENINGITIS, OTROS: Ninguno

PATRON 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Valoración

Antecedentes familiares	Abuela materna diabética	
Edad gestacional	33.1 semanas.	
Antecedentes personales de la madre	Cesárea anterior, apendicetomía hace 4 años.	
Hábitos Tóxicos de la familia	Ninguno	
Aspecto general	Normal	X
	Alterado	
Trastornos frecuentes padecidos	Ninguno	
Control del embarazo	Si	X
	No	
	Número de controles	4
Tipo de parto	Cefalovaginal	
	Cesárea	X
Problemas en el nacimiento	Ninguno	
Alteraciones metabólicas	Ninguna	
Screening metabólico	No	
Nivel socioeconómico de la madre	Alto	
	Medio	X
	Bajo	

EXAMEN FISICO

Apariencia general.- Recién nacido en decúbito supino, en fototerapia, recibiendo oxígeno por cámara.

CABEZA: Perímetro cefálico 31 cm.	Fontanelas	Anterior normotensa mide 2 cm y la posterior mide 0.4 cm.
	Ojos	Parpados cerrados, no se observa edema palpebral.
	Nariz	Aleteo nasal, recibiendo oxígeno por cámara a 1 litro.
	Orejas	Orejas simétricas y de implantación normal para su edad.
	Boca, garganta	Normal, sin patología aparente, regular reflejo de succión dátil, presencia de sonda orogástrica.
	Cuello	Corto, simétrico, móvil.

<p style="text-align: center;">TRONCO:</p> <p>Perímetro torácico 28 cm</p>	<p>Tórax anterior y posterior</p>	<p>Simétrico, retracciones subcostales, corazón rítmico, frecuencia cardiaca 132 x', no se ausculta soplos; frecuencia respiratoria 72 x', en bases pulmonares se ausculta regular entrada de aire.</p>
	<p>Abdomen, ombligo, ruido intestinal</p>	<p>Suave, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, perímetro abdominal 26 cm, cordón umbilical en proceso de cicatrización.</p>
	<p>Luxación de cadera</p>	<p>Abducción en forma simétrica al realizar la maniobra de Ortolani.</p>
	<p>Genitales</p>	<p>Externo femenino, labios mayores no cubren a los menores, no se observa presencia de secreción y sangrado.</p>
	<p>Recto</p>	<p>Ano permeable.</p>

EXTREMIDADES	Superior: manos, brazos	Simétricos, tono, fuerza y movilidad conservada para su edad gestacional.
	Inferiores: piernas, pies.	Simétricos, tono, fuerza y movilidad conservada para su edad gestacional.

**PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO-HIDRATACIÓN
TEGUMENTARIO (PIEL)**

Valoración

Medidas somatométricas	Peso: 1850 gr				
	Talla: 43cm				
	Perímetro cefálico: 31 cm				
	Perímetro braquial: 8 cm.				
Tipos de alimentación	Leche materna			X	
	Leche artificial				
	Mixta				
Alteraciones digestivas		Ninguna			
Higiene Bucal	Buena	Muguet:	No	Lesiones:	Ninguna
Evaluar glucosa		61 mg/dl			
Estados de la mucosa y de la piel	Palidez	Cianosis	X	Ictericia	X
	Ictericia prolongada	Turgencia		Eccemas	

	Edema	Hematomas	Eritema
	Dermatitis	Sequedad	Sudoración
	Estomatitis	Vermix caseoso	Lanugo
Cordón umbilical	Normal: X		Anormal
	Presencia de secreción		No
	Características		En proceso de cicatrización
Vías canalizadas	Periférica		X
	Central		
	Percutánea		

PATRÓN 3. RESPIRACIÓN CIRCULACIÓN

Valoración

Frecuencia respiratoria	72 x´				
	Tipo de respiración	Normal			
		Apneas			
		R. periódicas			
		Dificultad respiratoria			
Taquipnea		X			
Secreciones:	SI		Tos:	SI	
	NO	X		NO	X
Administración de O2		1 litro por cámara.			

Frecuencia cardiaca	132 x'	Normal	X
		Taquicardia	
		Bradicardia	
Tensión arterial	65/ 35 mmHg	Normal	X
		Hipotensión	
		Hipertensión	
Temperatura	36.5 °C		
Edema	Palpebral		No se observa
	De miembros inferiores		No se observa
	De miembros superiores		No se observa
Hemorragia	Intracraneal	No	
	Digestivas	No	
	Melenas	No se observa	
PVC	SI		SaO2: 90% Fio2 administrado: No
	NO	X	

PATRÓN 4. ELIMINACIÓN.

Valoración:

- **Extracción sanguínea: bioquímica, hemograma, hemocultivo, cultivos periféricos, glucemia y orina**

Fecha	Nombre del examen	Propósito del examen	Hallazgos
21/11/2015	Hemograma	Analizar las variaciones cuantitativas y	Score de sepsis 0

		morfológicas de los elementos constituyentes de la sangre.	
23/11/2015	Química	Medir y reportar los componentes químicos disueltos en la sangre.	Bilirrubina indirecta de 15.2 mg/dl, bilirrubina total de 15.7 mg/dl. Bilirrubinas elevadas. En el recién nacido prematuro se elevan porque por la inmadurez neurológica no son capaces de descomponerla y eliminarla con la suficiente rapidez.
23/11/2015	Hemocultivo	Determinar la presencia de microorganismo en sangre.	1er al 2do día sin crecimiento bacteriano.
24/11/2015	Hemocultivo		3er día sin crecimiento bacteriano.

Gasometría arterial				No se realizó				
Rx de tórax	SI	X	TAC	SI		ECO	SI	
	NO			NO	X		NO	X

Eliminación intestinal	Normal	SI	X	NO	
	Estreñimiento	SI		NO	X
	Diarrea	SI		NO	X
Eliminación vesical:	Normal: X	Infección urinaria:		Poliuria:	
	Retenciones:	Hematuria:		Sondajes vesicales:	
Aspiración gástrica (SNG):	No se aspira residuos gástrico	Cantidad características:		-----	
Secreciones nasales	Normales		X		
	Abundantes				
	Lavados nasales				
Secreciones oculares	SI		NO	X	
Abdomen	Normal		X		
	Abombado				
	Ruidos intestinales		Presentes		
Drenaje	SI		NO	X	
	Tipo				
	Localización				
	Sudoración excesiva		SI	NO	X
Balance de líquidos	Positivo		SIX	NO	
	Negativo		SI	NO	X

PATRON 5. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Valoración.

Reflejos arcaicos del recién nacido	Moro	Positivo
	De prensión	Positivo
	Babinsky	Ausente
	De marcha	Ausente
	De succión	Regular
	De búsqueda	Ausente
Movimientos del RN	Sincronizados	
Actividad muscular	Activo	
Postura	Supina	
Llanto: Débil	Irritabilidad: No	Somnolencia: No
Hipotonía: No		Estado de alerta : No

PATRÓN 6. SUEÑO DESCANSO.

Valoración

Patrón habitual de sueño/descanso	Horas noche	8 horas.	
	Sueño diurno	8 horas.	
	Ciclos de sueño corto	X	
	Fácil despertar	X	
Trastornos del sueño	Imposibilidad para dormir	SI	
		NO	X
Ayudas para dormir	Naturales	No	
	Medicamentos	No	

PATRÓN 7- COGNITIVO. PERCEPTUAL

Valoración

Sensorio	Vista	Responde al estímulo	X
		La luz fuerte le perturba	
		La penumbra le agrada	
	Audición	Responde a estímulos sonoros	Si
	Táctil	Responde a estímulos	Si
		Presenta convulsiones	No
Manifestaciones de Dolor	SI		
	NO		X
	Cuales		

PATRON 8. RELACIONES FAMILIARES.

Valoración

Tipo de unidad familiar	Normal	X
	Separados	
	Familia monoparental	
Vivienda	Propia	
	Arrendada	X
Situación laboral delos padres	Buena	X
	Regular	
	Mala	
Sistemas de Apoyo	Familia	X
	Amigos	
	Otros	
Preocupación familiar en relación con el niño	Normal	X
	Preocupación excesiva por él bebe	

	Adquisición de la confianza de los padres para el cuidado	
Numero de hermanos	Dos	
Relaciones familiares	Buena	X
	Regular	
	Mala	
Tipo de afectividad	Buena	X
	Regular	
	Mala	
Observación	Ninguna	

PATRÓN9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Valoración

Sexo del recién nacido	Femenino	X
	Masculino	
Características de los genitales	Labios mayores no cubren a los menores, no se observa secreciones ni sangrado.	

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Valoración

Comportamiento del neonato frente a las situaciones de estrés	Llanto	Débil
	Irritabilidad	No
	Bostezo	No
	Otros.	
Medicamentos administrados	Si	

para tranquilizarlo	No		X
	Cuales		
	Dosis		
Relaciones familiares estresantes	Tristeza:	Ira:	Ansiedad: X Madre
	Miedo:		Impotencia:

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS.

Valoración (Madre)

Tipo de religión	Católica	
Costumbres étnicas y culturales de los padres	Mestiza	
Sufrimiento espiritual	SI	
	NO	X
Creencias	Castigo	
	Prueba	
	Otros: Ninguna	

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO-HIDRATACIÓN TEGUMENTARIO (PIEL)

Recién nacido con sonda orogástrica, cianosis bucal, icterico hasta zona II.

PATRÓN 3. RESPIRACIÓN CIRCULACIÓN

Recién nacido con aleteo nasal, taquipneico, con retracciones subcostales moderadas, con frecuencia respiratoria de 72 por minuto, recibiendo oxigeno por cámara a 1 litro, saturando 90%.

PATRÓN 4. ELIMINACIÓN.

Los exámenes de laboratorio reportan Bilirrubina indirecta de 15.2 mg/dl, bilirrubina total de 15.7 mg/dl.

PATRÓN 5. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Ausente el reflejo de Babinsky y el de marcha, regular reflejo de succión y ausente el reflejo de búsqueda, llanto es débil.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Llanto débil de la recién nacida, la reacción de la madre ante los cambios en el estado de salud de su hija es de ansiedad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nombre	Acción	Indicaciones	Contraindicaciones	Vida media	Cuidados de enfermería
Dextrosa al 10%	Aumenta la presión osmótica de la sangre, incrementa la corriente de líquidos de los tejidos hacia la sangre, intensifica el proceso metabólico, mejora la función antitóxica del hígado, refuerza el poder contráctil del miocardio, dilata los vasos sanguíneos y aumenta la diuresis. Contribuye a la restauración de los niveles	Hipoglucemia. Inanición. Toxemia gravídica. Uremia. Desnutrición. Vómitos recurrentes en niños. Intoxicación barbitúrica, otras intoxicaciones y trastornos hepáticos. Operaciones, shock, hemorragia. Acidosis. Quemaduras. Tirotoxicosis.	Intolerancia a los carbohidratos, niveles excesivos de glucosa en sangre, anuria, hemorragia intracraneal o intraespinal, síndrome de malabsorción glucosa-galactosa.		<ul style="list-style-type: none"> ⊗ No administrar simultáneamente con transfusión de sangre total. ⊗ La dosis depende de la indicación, edad, peso, condición clínica, balance hídrico y ácido-básico del paciente. ⊗ No administrar en los casos de edema con o sin hiponatremia, insuficiencia cardiaca con edema o sin él, estados de hiperglicemia y en pacientes oligoanúricos

	sanguíneos de glucosa, minimiza el gasto de glucógeno hepático y disminuye la destrucción de proteínas como fuente de energía.				con hidratación adecuada.
Gluconato de calcio	Esencial para la integridad funcional de los sistemas nervioso, muscular y esquelético. Interviene en la función cardíaca normal, función renal, función respiratoria, en la coagulación sanguínea y en la	Tratamiento de hipocalcemia aguda (tetania hipocalcémica). Restaurador electrolítico durante nutrición parenteral. Coadyuvante en reacciones alérgicas agudas y anafilácticas.	Hipercalcemia primaria o secundaria o hipercalciuria o cálculos renales de calcio (riesgo de exacerbación); sarcoidosis, toxicidad digitalica (aumenta el riesgo de arritmias).	4 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Monitorizar constantes vitales. Ⓢ Control de frecuencia cardíaca, durante su administración, ya que puede producir bradicardia. Ⓢ Detener la infusión si la frecuencia cardíaca es inferior a 120 por minuto. Ⓢ Incompatible con

	<p>permeabilidad capilar y de la membrana celular, ayuda a regular la liberación y el almacenamiento de neurotransmisores y hormonas, en la captación y unión de aminoácidos, en la absorción de vitamina B12 y la secreción de gastrina.</p>				<p>bicarbonatos, fosfatos y sulfatos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Evitar extravasación por riesgo de necrosis. Ⓢ Puede potenciar el efecto tóxico de la digoxina. Ⓢ Una vez abierta la ampolla, usar de inmediato. Ⓢ Diluido, dura 24 horas. a temperatura ambiente.
Ampicilina	<p>Inhibe la síntesis y la reparación de la pared bacteriana</p>	<p>Infección otorrinolaringológicas, respiratoria, gastrointestinal, genitourinaria, de piel y tejido blando,</p>	<p>Alérgicos a penicilinas. Mononucleosis infecciosa.</p>	<p>1 a 2 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Diluir el frasco ampolla. Ⓢ Una vez reconstituido es estable 1 hora a temperatura ambiente. Ⓢ Es incompatible con

		neurrológica, cirugía, traumatología, meningitis bacteriana y septicemia.			aminoglucósidos, metronidazol, anfotericina B, heparina y cortisol. <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ No mezclar con sangre, plasma, hidrolizados de proteínas, soluciones de aminoácidos, ni con emulsiones de lípidos.
Gentamicina	Inhibe la síntesis de las proteínas, se une a las subunidades ribosomales 30S y 50S	Septicemia incluyendo bacteriemia y sepsis neonatal, infecciones de piel y tejidos blandos, infecciones de vías respiratorias, incluida fibrosis quística, infecciones del SNC (meningitis y ventriculitis), infecciones de vías	Hipersensibilidad a aminoglucósidos.	4 horas.	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Diluir para su administración con 1cc por Kg peso en neonatología. Ⓢ En dosis pequeñas diluir en 8 cc de solución salina para obtener la dilución en 10 cc. Ⓢ Desechar si la dilución cambia de color. Ⓢ Administrar por

		urinarias, infecciones óseas y articulares, infecciones intraabdominales, endocarditis bacteriana.			<p>microgotero de forma lenta ya que uno los efectos secundarios que se pueden producir son ototoxicidad y nefrotoxicidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Proteger de la luz. Ⓢ Evaluar función auditiva y renal.
Vitamina C	Antioxidante y captador de radicales libres, mantiene la integridad del organismo, en especial en la reparación de los tejidos y la formación de colágeno.	Prevencción o tratamiento de la enfermedad por deficiencia (escorbuto). Trastornos en la cicatrización. Absorción del hierro. Eliminación del hierro. Tirosinemia III. Tirosinemia del	Ninguna.	30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Es termolábil y fotosensible. Ⓢ Proteger de la luz. Ⓢ Su administración debe ser lenta para evitar la <i>flebitis</i>. Ⓢ Es incompatible con salicilatos y salicilamidas, metenamina, nitrito de sodio, álcalis, sales de

		recién nacido. Metahemoglobinemia idiopática. Acidificación urinaria.			cobre y hierro, y agentes oxidantes químicos o enzimáticos.
Cafeína	Estimula el sistema nervioso central, centro respiratorio (aumento de la ventilación por minuto), actúa a nivel renal aumentando la diuresis, estimulan el musculo cardíaco y relajan el musculo liso, especialmente el bronquial.	Profilaxis y tratamiento del apnea primaria de los recién nacidos prematuros, astenia.	Hipersensibilidad	4 horas.	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Realizar monitorización continua de la frecuencia cardiaca puede producir taquicardia. ⊗ Suspender la administración de la cafeína si la frecuencia cardiaca es mayor o igual a 180 latidos por minuto. ⊗ Controlar la función renal por su efecto diurético.

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO						
Segundo	Neonatología	Neonatología	MODERADO + PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL + TAQUIPNEA TRANSITORIA + HIPOTERMIA SUPERADA + HIPERBILIRRUBINEMIA.						
							CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA			
						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar	
CÓDIGO DEL DX: 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ Definición.- La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. R/C: Inmadurez neurológica S/A: Prematuridad. M/P: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal.			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Cardiopulmonar (E)	040211 Saturación de oxígeno	Desviación grave del rango normal hasta Sin desviación del rango normal (b). ✓ Desviación grave del rango normal 1 ✓ Desviación sustancial del rango normal 2 ✓ Desviación moderada del rango normal 3 ✓ Desviación leve del rango normal 4 ✓ Sin desviación del rango normal 5	1	3	5	
						2	4	5	
						3	4	5	
						4	5		
						5			
					040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión.	Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar	
			1	3		5			
			2	4		5			
			3	4		5			
			4	5					
5									

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K. Control respiratorio		Campo:	2. Fisiológico: Complejo		Clase:	K. Control respiratorio	
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE				INTERVENCIONE INDEPENDIENTE				
MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS 3140				OXIGENOTERAPIA 3320				
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		
✓ Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea a lo máximo posible.		Permitir un adecuado intercambio gaseoso.		✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.		Fomentar el intercambio gaseoso.		
✓ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.		Distinguir los sonidos fisiológicos de los patológicos.		✓ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.		Aumenta la humedad relativa en la vía aérea superior y evita la resequead de las mismas.		
✓ Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.		Valorar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.		✓ Vigilar el flujo de litro de oxígeno.		Debe ser utilizado en dosis y tiempo adecuado, para prevenir retinopatía.		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	K. Control respiratorio			Campo:	2. Fisiológico: Complejo			
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE								

MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA 3350

ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.		Verificar si el intercambio gaseoso es el adecuado.	
Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).		Factor causal de hipoventilación y retención de CO ₂ .	
Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.		Identificar si la entrada de aire a campos pulmonares es adecuada.	
Vigilar cambios en la saturación de oxígeno.		Si el nivel de saturación es bajo, significa que están llegando inadecuadas cantidades de oxígeno a los tejidos y a los órganos vitales.	
Elaboró:	Erika Santillán	Docente:	Msc. Cielito Betancourt
		Fecha de Elaboración:	15/01/2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 1	DÍA 2
D	Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz S/A: Prematuridad. M/P: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal.	Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz S/A: Prematuridad. M/P: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal.
A	Intervención: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.	Intervención: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.
R	Evaluación: Saturación de oxígeno(3 Desviación moderada del rango normal) Equilibrio entre ventilación y perfusión(3 Desviación moderada del rango normal)	Evaluación: Saturación de oxígeno(4 Desviación leve del rango normal) Equilibrio entre ventilación y perfusión(4 Desviación leve del rango normal)
REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 3	DÍA 4

D	Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz S/A: Prematuridad. M/P: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal.	Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz S/A: Prematuridad. M/P: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal.
A	Intervención: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.	Intervención: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización respiratoria.
R	Evaluación: Saturación de oxígeno(4 Desviación leve del rango normal) Equilibrio entre ventilación y perfusión(4 Desviación leve del rango normal)	Evaluación: Saturación de oxígeno(5 Sin desviación del rango normal) Equilibrio entre ventilación y perfusión(5 Sin desviación del rango normal)

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO MODERADO + PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL + TAQUIPNEA TRANSITORIA + HIPOTERMIA SUPERADA + HIPERBILIRRUBINEMIA.					
Segundo	Neonatología	Neonatología	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 2 Nutrición			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
CLASE: 1 Ingestión						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar
<p>CÓDIGO DEL DX: 00107</p> <p>PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE</p> <p>Definición.-Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.</p> <p>R/C: Inmadurez neurológica S/A: Prematuridad</p> <p>M/P: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración, presencia de sonda orogástrica.</p>			<p>RESULTADO: ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LIQUIDOS (1008)</p> <p>DEFINICIÓN: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.</p> <p>DOMINIO: Salud fisiológico (II)</p> <p>CLASE: Nutrición (K)</p>	<p>100802 Ingestión alimentaria por sonda</p>	<p>Inadecuado hasta Completamente adecuado (I)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inadecuado 1 ✓ Ligeramente adecuado 2 ✓ Moderadamente adecuado 3 ✓ Sustancialmente adecuado 4 ✓ completamente adecuado 5 	1	2	5
						2	4	5
						3	5	
						4		
						5		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

Clase:		Campo:		Clase:		Campo:	
D. Apoyo nutricional		1. Fisiológico: Básico		D. Apoyo nutricional		1. Fisiológico Básico	
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA 1056				INTERVENCIONE INDEPENDIENTE MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL 1160			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO	
✓ Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos y escuchando si hay la presencia de sonidos intestinales.		Para verificar si la sonda está en el estómago y no en las vías aéreas.		✓ Vigilar las tendencias de pérdida o ganancia de peso.		Para modificar o mantener el estado nutricional.	
✓ Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.		Mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades o infecciones.		✓ Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.		Para descartar una deshidratación.	
✓ Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos.		Verificar si hay buena tolerancia gástrica.		✓ Observar si se producen náuseas o vómitos.		Verificar si hay buena tolerancia gástrica.	
✓ Estimular la succión dátil, durante la alimentación..		Ayudar a potenciar el reflejo de succión y así ayudar en la adaptación al medio externo.		✓ Comprobar el crecimiento y desarrollo.		Verificar si se encuentra dentro de los percentiles establecidos para su edad.	

✓ Mantener refrigerados los recipientes con la leche.	Para conservar la leche materna de mejor manera y evitar el desperdicio de la misma.		
✓ Comprobar la ingesta / excreción de líquidos.	Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos y prevenir complicaciones.		
Elaboró:	Erika Santillán	Docente:	Msc. Cielito Betancourt
		Fecha de elaboración:	15/01/2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 1	DÍA 2
D	Diagnóstico: Patrón de alimentación ineficaz del lactante S/A: Prematuridad M/P: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	Diagnóstico: Patrón de alimentación ineficaz del lactante S/A: Prematuridad M/P: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.
A	Intervención: Alimentación enteral por sonda Monitorización nutricional	Intervención: Alimentación enteral por sonda Monitorización nutricional
R	Evaluación: Ingestión alimentaria por sonda (2 Ligeramente adecuado)	Evaluación: Ingestión alimentaria por sonda (4 Sustancialmente adecuado)
REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 3	
D	Diagnóstico: Patrón de alimentación ineficaz del lactante S/A: Prematuridad M/P: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.	

A	Intervención: Alimentación enteral por sonda Monitorización nutricional
R	Evaluación: Ingestión alimentaria por sonda (5 Completamente adecuado)

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO MODERADO + PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL + TAQUIPNEA TRANSITORIA + HIPOTERMIA SUPERADA + HIPERBILIRRUBINEMIA.								
Segundo	Neonatología	Neonatología	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 2. Nutrición			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA					
CLASE: 4. Metabolismo						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar			
CÓDIGO DEL DX: 00194			RESULTADO.- ADAPTACIÓN DEL PREMATURO (0117)	DEFINICIÓN.- Integración extrauterina de la función fisiológica y conductual del recién prematuro entre la semana 24 y 37 de la gestación.	Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).	1	3	5			
ICTERICIA NEONATAL						011706 Coloración cutánea.	<ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 	2	4	5	
Definición.- Coloración amarillo–anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece a las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre.								DOMINIO.- Salud funcional (I)	3	5	5
R/C: La recién nacida tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina.									4	5	
M/P: Piel amarilla hasta zona II.									5		
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	W. Cuidados de un nuevo bebe.	Campo:	5. Familia	Clase:	V. Control de riesgos	Campo:	4. Seguridad				
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE FOTOTERAPIA: NEONATO 6924				INTERVENCIONE INDEPENDIENTE MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES 6680							
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO CIENTÍFICO					
✓ Explicar a los padres los procedimientos y cuidados		Disminuir la ansiedad a lo desconocido.		✓ Controlar la temperatura.		Evaluar la eficiencia de la					

de la fototerapia.			regulación térmica (producción de calor y pérdida del mismo), que se presenta en el cuerpo humano en función de los cambios en la temperatura ambiental.
✓ Colocar las luces de la fototerapia encima de la recién nacida a una altura adecuada.	La altura de las luces de la fototerapia es de 30-40 cm de la superficie corporal desnuda de la recién nacida (antifaz ocular y dejar solo con el pañal).		
✓ Proteger los ojos, evitando ejercer demasiada presión.	Para evitar la irritación, abrasión de la córnea, lesión retiniana, conductos lacrimales bloqueados, y conjuntivitis.		En la recién nacida por la exposición continua a la fototerapia puede producirse un sobrecalentamiento.
✓ Cambiar de posición (decúbito prono y supino) cada 3 horas.	Garantizar una irradiación efectiva.		
✓ Evitar la aplicación de cremas hidratantes y aceites en la piel y los labios	Estos productos pueden producir ampollas y quemaduras en la piel.		
✓ Retirar los parches de los ojos cuando se apague las luces para el manejo y para la alimentación materna.	Fomentar la relación enfermera – paciente (recién nacida) y materno – neonatal.		
✓ Observar si hay signos de deshidratación (depresión de las fontanelas, mala turgencia de la piel, pérdida de peso).	Evitar el desequilibrio hidroelectrolítico, ya que la fototerapia aumenta las pérdidas insensibles de agua a través de la piel y de las heces.		
✓ Comprobar periódicamente la correcta colocación de la protección ocular para	Evitar lesiones retinianas, apnea obstructiva o asfixia si se tapan las fosas nasales con el protector		

evitar complicaciones.		ocular.			
✓ Comprobar la intensidad de las luces a diario.		Verificar el correcto funcionamiento.			
Elaboró:	Erika Santillán	Docente:	Msc. Cielito Betancourt	Fecha de Elaboración:	15/01/2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 1	DÍA 2
D	Diagnóstico: Ictericia neonatal R/C: La recién nacida tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina M/P: Piel amarilla hasta zona II.	Diagnóstico: Ictericia neonatal R/C: La recién nacida tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina M/P: Piel amarilla hasta zona II.
A	Intervención: Fototerapia: Neonato. Monitorización de signos vitales.	Intervención: Fototerapia: Neonato. Monitorización de signos vitales.
R	Evaluación: Coloración cutánea. (3 Moderadamente comprometido)	Evaluación: Coloración cutánea. (4 Levemente comprometido)
REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 3	
D	Diagnóstico: Ictericia neonatal R/C: La recién nacida tiene dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina M/P: Piel amarilla hasta zona II.	

A	Intervención: Fototerapia: Neonato. Monitorización de signos vitales.
R	Evaluación: Coloración cutánea. (5 No comprometido)

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO MODERADO + PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL + TAQUIPNEA TRANSITORIA + HIPOTERMIA SUPERADA + HIPERBILIRRUBINEMIA.								
Segundo	Neonatología	Neonatología	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)								
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA					
CLASE: 6. Termorregulación						Días de Seguimiento	Mantener	Aumentar			
CÓDIGO DEL DX: 00006 HIPOTERMIA Definición.- Temperatura corporal por debajo del rango normal. R/C: Disminución de la tasa metabólica, S/A: Prematuridad. M/P: Temperatura corporal por debajo del rango normal (36.5 °C).			RESULTADO.- TERMORREGULACIÓN: RECIEN NACIDO (0801). DEFINICIÓN.- Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida. DOMINIO.- Salud fisiológica (II) CLASE.- Regulación metabólica (I).	080118 Hipotermia	Gravemente comprometido hasta No comprometido (a). <ul style="list-style-type: none"> • Gravemente comprometido 1 • Sustancialmente comprometido 2 • Moderadamente comprometido 3 • Levemente comprometido 4 • No comprometido 5 	1	5	5			
						2	5	5			
						3					
						4					
						5					
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)											
Clase:	M. Termorregulación.	Campo:	2.Fisiológico: Complejo	Clase:	M. Termorregulación.	Campo:	2.Fisiológico: Complejo				
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA 3900				INTERVENCIONE INDEPENDIENTE TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA 3800							
ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO			ACTIVIDADES			FUNDAMENTO CIENTÍFICO		

✓ Vigilar la temperatura corporal.	Verificar si existe fluctuaciones de la temperatura corporal.	✓ Observar si se presentan síntomas de hipotermia: letargo, hipotonía, cambio del color de la piel.	Son síntomas característicos de la hipotermia.
✓ Observar el color y la temperatura de la piel.	Los síntomas característicos de la hipotermia es piel pálida y fría.	✓ Cubrir con mantas calientes.	Incrementar la producción de calor.
✓ Poner un gorrito a la recién nacida.	Evitar la pérdida de calor.	✓ Monitorizar la temperatura corporal.	Verificar el equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.
✓ Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades de la recién nacida.	Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.	✓ Evitar la manipulación constante de la recién nacida.	Evitar la pérdida innecesaria de calor.
Elaboró:	Erika Santillán	Docente:	Msc. Cielito Betancourt
		Fecha de Elaboración:	15/01/2016

REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 1	DÍA 2
D	Diagnóstico: Hipotermia R/C: Disminución de la tasa metabólica M/P: Temperatura corporal por debajo del rango normal.	Diagnóstico: Hipotermia R/C: Disminución de la tasa metabólica M/P: Temperatura corporal por debajo del rango normal.
A	Intervención: Regulación de la temperatura. Tratamiento de la hipotermia.	Intervención: Regulación de la temperatura. Tratamiento de la hipotermia.
R	Evaluación: Hipotermia (5 No comprometido)	Evaluación: Hipotermia (5 No comprometido)

NIVEL DE ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO MODERADO + PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL + TAQUIPNEA TRANSITORIA + HIPOTERMIA SUPERADA + HIPERBILIRRUBINEMIA.					
Segundo	Neonatología	Neonatología	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 2 respuestas de afrontamiento			RESULTADO (S)	INDICADORES	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA		
						DÍAS	MANTENER	AUMENTAR
CÓDIGO DEL DX: 0046 ANSIEDAD DE LA MADRE Definición.- Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. R/C: Cambios en el estado de salud de su hija recién nacida. M/P: Expresa preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, tensión facial, inquietud.			Resultado: NIVEL DE LA ANSIEDAD (1211) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Bienestar psicosocial(M)	121105 Inquietud	Grave hasta Ninguno (n) ✓ Grave 1 ✓ Sustancial 2 ✓ Moderado 3 ✓ Leve 4 ✓ Ninguno 5	1 2 3 4 5	2 3 4 5	5 5 5
			Resultado: ACEPTACION ESTADO DE SALUD (1300) Dominio: Salud psicosocial (III) Clase: Adaptación psicosocial (N)	130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m) ✓ Nunca demostrado 1 ✓ Raramente demostrado 2 ✓ A veces demostrado 3 ✓ Frecuentemente demostrado 4 ✓ Siempre demostrado 5	DÍAS 1 2 3 4 5	MANTENER 2 3 4 5	AUMENTAR 5

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)

Clase:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo:	3 Conductual	Clase:	T Fomento de la comodidad psicológica	Campo:	3 Conductual
INTERVENCIONE INDEPENDIENTE AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230				INTERVENCIONE INDEPENDIENTE DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 5820			
ACTIVIDADES		FUNDAMENTO		ACTIVIDADES		FUNDAMENTO	
✓ Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.		Actividad para fomentar la tranquilidad.		✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.		Actividad para fomentar la confianza de la paciente.	
✓ Valorar la comprensión de la paciente del proceso de enfermedad de su hija.		Actividad para responder sobre alguna duda o inquietud que tenga sobre la enfermedad de su hija.		Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento de la enfermedad del recién nacido.		Actividad para referir la realidad de la situación (cambio en el estado de salud).	
				Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.		Actividad para conseguir la comodidad y disminuir las preocupaciones y liberar pensamientos inadecuados.	

REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		
	DÍA 1	DÍA 2
D	Diagnóstico: Ansiedad R/C: Cambios en el estado de salud de su hija recién nacida M/P: Expresa preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, tensión facial, inquietud.	Diagnóstico: Ansiedad R/C: Cambios en el estado de salud de su hija recién nacida M/P: Expresa preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, tensión facial, inquietud.
A	Intervención: Aumentar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad.	Intervención: Aumentar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad.
R	Evaluación: Inquietud (2 Sustancial) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (2 Raramente demostrado) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (2 Raramente demostrado)	Evaluación: Inquietud(3 Moderado) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (3 A veces demostrado) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (3 A veces demostrado)
REGISTROS DE ENFERMERÍA (DAR)		

	DÍA 3	DÍA 4
D	Diagnóstico: Ansiedad R/C: Cambios en el estado de salud de su hija recién nacida M/P: Expresa preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, tensión facial, inquietud.	Diagnóstico: Ansiedad R/C: Cambios en el estado de salud de su hija recién nacida M/P: Expresa preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, tensión facial, inquietud.
A	Intervención: Aumentar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad.	Intervención: Aumentar el afrontamiento. Disminución de la ansiedad.
R	Evaluación: Inquietud (4 Leve) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (4 Frecuentemente demostrado) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (4 Frecuentemente demostrado)	Evaluación: Inquietud (5 Ninguno) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (5 Siempre demostrado) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud (5 Siempre demostrado)

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO

- ✓ Riesgo de asfixia **R/C**: Procesos patológicos.
- ✓ Riesgo de aspiración **R/C**: Alimentación por sonda.
- ✓ Riesgo de infección **R/C**: Procedimientos invasivos.
- ✓ Riesgo de muerte súbita del lactante **S/A**: Prematuridad.
- ✓ Riesgo de enterocolitis necrotizante **S/A**: Prematuridad.
- ✓ Riesgo de hemorragia intraventricular **S/A**: Prematuridad
- ✓ Riesgo de traumatismo vascular **R/C**: Incapacidad para visualizar la zona de inserción del catéter.
- ✓ Riesgo de retraso en el desarrollo **S/A**: Prematuridad.

SEGUIMIENTO DOMICILIARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

FECHA: 03/12/2015

RESPONSABLE: Erika Santillán.

DATOS INFORMATIVOS

Nombre de la RN: S.A.	Responsable de la RN: Sra. Alba Alegría (Madre).
Edad: 12 días	Dirección: Barrio 24 de Mayo
Motivo de la visita: Seguimiento domiciliario a la RN.	Diagnóstico médico: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA



**VALORACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL NEONATO BASADA EN EL
MODELO DE KATHRYN BARNARD.**

PADRES:

Responsable del cuidado del recién nacido.	Padres	X
	Parientes	
	Otros	
Edad	Madre	26 años
	Padre	30 años
Estado civil	Casados	X
	Unión libre	
	Separados	
Frente a la situación de salud de su hijo/a cuáles son sus sentimientos	Tristeza	
	Ira	
	Ansiedad	
	Indiferencia	
	Incertidumbre	
	Otros	Preocupación
Su pareja le apoya en el cuidado del recién nacido:	Si	X
	No	
Actividades que como padres realizan en beneficio del bienestar de su hijo/a:	Cuidarle, llevarle a los controles médicos, estimularle, darle afecto.	
Reconocen las manifestaciones antes las necesidades básicas del recién nacido como:	Alimentación	Si reconoce
	Sueño	Si reconoce
	Higiene	Desconoce la técnica

		adecuada del baño del recién nacido y aseo de cavidades.		
	Temperatura	Si reconoce los parámetros normales pero no sabe los mecanismos de pérdida de calor y las alteraciones del control térmico.		
	Eliminación	Si		
¿Cuál es su intervención para mantener las necesidades anteriormente mencionadas?	Dar el seno materno, tomar la temperatura, cambiar el pañal.			
Ha provocado cambios el nacimiento de su hijo/a en la en su vida familiar.	Si	X		
	No			
	Detalle: Más responsabilidad como padres.			
Se ha informado sobre el cuidado de su hijo/a en el domicilio.	Si			
	No	X		
Considera usted que necesita información acerca del cuidado y cambios en su hijo/a.	Si	X		
	No			
¿Cuál sería su tema de interés?	Temas		Si	No
	Adaptación del recién nacido prematuro.		X	
	Complicaciones del recién nacido prematuro.		X	
	Signos de alarma del recién nacido.		X	
	Termorregulación.		X	
	Tamizaje metabólico.		X	
	Lactancia	Técnica	X	

	materna.	Beneficios	X	
		Contraindicaciones	X	
	Baño al recién nacido.		X	
	Aseo de cavidades.		X	
	Estimulación temprana.		X	
	Vacunas		X	

ENTORNO:

La vivienda es:	Propia	
	Arrendada	X
	Prestada	
	Vive con sus padres	
Tipo de vivienda	Adobe	
	Cemento	X
	Paja	
	Otros	
Número de dormitorios	2 dormitorios.	
Servicios básicos	Agua	X
	Luz	X
	Teléfono	
	Alcantarillado	X
	Internet	
Quiénes aportan económica en el hogar.	Esposo	
	Esposa	
	Ambos	X
	Otros	
Considera usted que debería recibir apoyo de alguna institución.	Si	
	No	X
Factores de riesgo cerca del hogar.	Vectores	No
	Animales domésticos:	1 perro

	perros, gatos	
	Humo de vehículos	Si
	Contenedores de basura	No
En su hogar percibe algún tipo de violencia:	Psicológica	
	Física	
	Verbal	
	Ninguna	X
Describe su ambiente familiar.	Ambiente familiar bueno, integrada por 5 persona padre, madre, dos hijos varones y la RN.	

NEONATO:

Tipo de alimentación:	Materna	X
	Fórmula	
	Mixta	
Horario de alimentación:	Cada 2 horas	
	Cada 3 horas	
	Cuando él bebe desee	X
Estimula a su hijo/a en la alimentación:	Si	X
	No	
Tolerancia gástrica:	Vómito	No
	Regurgitación	No
Horas de descanso al día de su hijo/a	De 6 a 8 horas.	
Su niño mantiene la temperatura adecuada.	Si	X
	No	
	No sabe	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN

EDAD DEL RN: 16 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 07/12/2015

HORA: 16:00

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre la adaptación del recién nacido en el hogar R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre sobre la adaptación del recién nacido en el hogar.

6. PLAN.

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre la adaptación del recién nacido en el hogar R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del	✓ Facilitar el aprendizaje. ✓ Asesoramiento.	Rotafolio.	Visita efectiva.

problema.			
-----------	--	--	--

7. INFORME

El 07 de diciembre del 2015 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16:00 horas, para abordar el tema: “Adaptación del recién nacido en el hogar”, se realizó preguntas previas sobre el tema.

La visita fue efectiva, la Sra. Alba aclaró sus dudas e inquietudes durante la ejecución del plan educativo en el tiempo establecido para la visita, y de esta manera y mejorar el manejo materno.

8. SUSTENTACION TEORICA

ADAPTACION DEL RECIEN NACIDO EN EL HOGAR

El periodo de adaptación inicia desde el nacimiento; es primordial, permite valorar las condiciones hemodinámicas del neonato.

(Valverde, Mendoza, & Peralta, 2013)

Cada recién nacido desarrolla su propio, estilo en relación con el sueño, el llanto, el baño, la alimentación, la eliminación, por tal razón las madres necesitan orientación sobre los cuidados básicos que debe brindar al recién nacido en el hogar para una óptima adaptación, ya que toma algunas semanas.

Dentro de los cuidados generales encontramos:

- ✓ Las manos deben estar siempre limpias para manejar al recién nacido, ya que son el mayor vehículo de infecciones.
- ✓ La habitación debe estar bien ventilada, a una temperatura agradable y sin corrientes de aire.
- ✓ El llanto no siempre es por hambre, sino también por calor o frío, dolor, sueño, etc.

- ✓ Cogerle en brazos, acariciarle, hablarle o cantarle.
- ✓ Los recién nacidos son más sensibles al calor y al frío, por lo tanto no abrigoarlos en exceso y descubrirlos mucho.
- ✓ Colocar al RN boca arriba o de lado en la cuna para dormir, es la postura más segura. No poner la almohada.
- ✓ La leche materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, la lactancia materna es exclusiva hasta los 6 meses, además proporciona una serie de defensas naturales que le protegen de ciertas enfermedades y reacciones alérgicas.
- ✓ La limpieza del cordón umbilical se realiza con alcohol, para prevenir la infección; a más de ello favorece la caída del cordón y facilita la cicatrización.

(UNICEF, S.f)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN

EDAD DEL RN: 19 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 10/12/2015

HORA: 16:30

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre las complicaciones del recién nacido prematuro R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre las complicaciones del recién nacido prematuro.

6. PLAN.

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre las complicaciones del recién nacido prematuro R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del	Enseñanza: Complicaciones del recién nacido prematuro. Asesoramiento.	Cartel Imágenes	Visita efectiva.

problema.			
-----------	--	--	--

7. INFORME

El 10 de diciembre del 2015 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16 horas 30 minutos, para abordar el tema: “Complicaciones del recién nacido prematuro”, se realizó preguntas previas sobre el tema.

La visita fue efectiva, la Sra. Alba aclaró sus dudas e inquietudes durante la ejecución del plan educativo en el tiempo establecido para la visita.

8. SUSTENTACION TEORICA

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

El recién nacido prematuro puede sufrir distintas complicaciones tanto después de nacer como durante su infancia. Suelen ser consecuencia de la inmadurez general de su organismo, que afecta a distintas áreas (neurológica, endocrinológica, hematológica, cardiovascular, respiratoria).

Estas son algunas de las complicaciones del prematuro:

Alimentación: Hasta la semana 34 de gestación, el feto no perfecciona los mecanismos de succión y deglución, por lo que, si nace antes, puede tener problemas para alimentarse directamente del pecho materno. En este caso, se le coloca una sonda nasogástrica por donde se le administrará el alimento. Si el niño es muy prematuro y su estómago es aún demasiado inmaduro, la alimentación será a través de una vía sanguínea.

Además, los prematuros suelen sufrir la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que suele resolverse durante el primer año de vida.

Patología respiratoria: La función pulmonar del niño prematuro es una de las más afectadas cuando el nacimiento se produce antes de tiempo.

Los pulmones no completan su desarrollo hasta el final de la gestación, por eso, cuando se prevé que el parto va a suceder antes de tiempo, se administran corticoides a la

embarazada para intentar acelerar la maduración pulmonar. Esta medida junto con el uso de surfactante (una sustancia que envuelve a los alveolos y les permite abrirse y cerrarse) está consiguiendo mejorar el pronóstico de una complicación que es la que causa mayor morbimortalidad entre los prematuros.

El prematuro puede sufrir apnea (pausas al respirar); distres respiratorio (o enfermedad de las membranas hialinas), por la que no llega suficiente aire al torrente sanguíneo al no abrirse bien los pulmones; fugas de aire desde el pulmón y taquipnea transitoria del recién nacido (respiración rápida en los primeros días).

Durante su infancia, el niño prematuro tiene más probabilidades de padecer problemas respiratorios como la otitis, la displasia broncopulmonar (cicatrices en el pulmón que dificultan la respiración al comprimir los bronquios) y la bronquiolitis.

Muerte súbita: Los prematuros que pesan menos de 1.500 gramos tienen un riesgo de hasta tres veces mayor de sufrir muerte súbita del lactante, en relación a los recién nacidos a término.

Retinopatía del prematuro: Se trata de una enfermedad que puede provocar graves problemas de visión e incluso ceguera, cuando los vasos sanguíneos oculares crecen desordenadamente en la retina, dañando la capacidad visual del ojo.

Enterocolitis necrotizante: Los niños prematuros tienen más riesgo de contraer enterocolitis necrotizante, una complicación muy grave producida por una inflamación que destruye partes del intestino y que puede exigir cirugía o incluso ser mortal.

Infecciones: Los niños que nacen antes de tiempo están más expuestos a padecer infecciones porque su sistema inmunitario no está desarrollado del todo. Además, han recibido menos defensas maternas durante la gestación (al ser esta más corta) y pasan mucho tiempo en un ambiente hospitalario sometidos a tratamientos invasivos que los hacen más proclives a entrar en contacto con virus y bacterias, además de recibir tratamientos farmacológicos que habitualmente bajan sus defensas.

Otros problemas: Los prematuros suelen sufrir retraso en el crecimiento que puede ir corriéndose a lo largo de los años. (Onmeda, 2014)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN

EDAD DEL RN: 26 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 16/12/2015

HORA: 15:30

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado + peso adecuado para la edad gestacional + femenino + taquipnea transitoria + hipotermia superada + hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre los signos de alarma en el recién nacido R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre los signos de alarma en el recién nacido.

6. PLAN

Problemas Detectados(Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre los signos de alarma en el recién R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Enseñanza: Signos de alarma en el recién nacido. ✓ Asesoramiento.	Cartel Tríptico	Visita efectiva.

7. INFORME

El 17 de diciembre del 2015 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 15 horas 30 minutos, para abordar el tema “Signos de alarma en el recién nacido”, se realizó preguntas previas a la Sra. Alba responsable de la RN.

La visita fue efectiva ya que la Sra. Alba aclaró las diferentes dudas que encontró durante la ejecución del plan educativo de la visita.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO

El recién nacido (RN) es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Por otro lado la manifestación de síntomas en los RN es muy sutil y atípica comparada con la de niños de más edad; de manera que un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades y a veces es difícil distinguir entre una enfermedad y otra.(Unidad de Pediatría, S.f)

Un recién nacido requiere de unos cuidados especiales, por eso los padres deben estar atentos a ciertos signos de alarma, en caso de que aparezcan, puedan llevar al recién nacido inmediatamente al médico. (Sura, 2012)

Entre ellos tenemos:

- ✓ Llanto débil o peculiar.
- ✓ Rechazo o dificultad para tomar el seno (succión débil).
- ✓ Falta o escasez de orina.
- ✓ Ausencia total de deposiciones.
- ✓ Diarrea: 3 o más deposiciones en 24 horas con aspecto anormal (moco o sangre).
- ✓ Vómitos numerosos de mal olor y un color diferente al de la leche.
- ✓ Color anormal de la piel: Muy pálida, amarillenta, gris o morada.

- ✓ Temperatura anormal de la piel: Fría con menos de 36.5° en la axila o caliente con más de 37°C.
- ✓ Trastornos de la respiración: con ruidos, movimientos respiratorios rápidos o difíciles, tos. Los estornudos son un buen síntoma en el recién nacido.
- ✓ Falta de respuesta a los sonidos.
- ✓ No parpadea si recibe un chorro de luz en los ojos.
- ✓ Extremidades demasiado quietas, rígidas o flácidas.
- ✓ Convulsiones.

(Protegiendo a tu bebe, 2011)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN

EDAD DEL RN: 27 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 18/12/2015

HORA: 16:00

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre la termorregulación en el recién nacido R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre la termorregulación en el recién nacido

6. PLAN

Problemas Detectados(Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre la termorregulación en el recién nacido R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Asesoramiento.	Cartel Volante	Visita efectiva.

7. INFORME

El 18 de diciembre del 2015 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16 horas, para abordar el tema “Termorregulación en el recién nacido”, se realizó preguntas previas a la Sra. Alba responsable de la RN.

La visita fue efectiva ya que la Sra. Alba aclaró las diferentes dudas que encontró durante la ejecución del plan educativo de la visita.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

TERMORREGULACIÓN

Se define como la habilidad del cuerpo para lograr el equilibrio entre la producción de calor y su pérdida y mantener así la temperatura corporal dentro de los límites normales.

La producción de calor es consecuencia de la actividad metabólica resultante de la adaptación al medio ambiente. En el recién nacido la actividad muscular es limitada y la actividad muscular es inadecuada; de esta manera, depende de la grasa parda para la termogénesis. (Nascimento & Pantoja, 2010)

Mecanismos de pérdida de calor

El cuerpo produce calor de forma continua, siendo este subproducto del metabolismo que se pierde constantemente hacia el ambiente. Cuando la producción de calor es exactamente igual a la pérdida, se logra el equilibrio térmico.

Las pérdidas o transferencias de calor hacia el ambiente pueden producirse desde el interior hacia la superficie (gradiente interno) o desde la superficie corporal hacia el medio ambiente (gradiente externo).

La transferencia de calor por gradiente externo se produce por irradiación, conducción, convección y evaporación.

- ✓ **Irradiación.-** Es la transferencia del calor corporal hacia superficies frías en el ambiente que no están en contacto con el cuerpo, como en el caso de las paredes de la incubadora. Si está cerca de una pared, una ventana o corriente de aire acondicionado, el recién nacido perderá calor por irradiación, cualquiera sea la temperatura de la incubadora.
- ✓ **Conducción.-** Es la pérdida de calor por contacto directo con un cuerpo con otro. Ocurre cuando usamos por ejemplo estetoscopios fríos, placas de rayos X, manos frías, etc.
- ✓ **Convección.-** Involucra la pérdida de calor a través del movimiento del aire pasando por la superficie de la piel. Depende la velocidad y de la temperatura del aire. Ocurre cuando se abren las puertas de la incubadora o cuando se utiliza aire en los halos, carpas de oxígeno y ventiladores mecánicos.
- ✓ **Evaporación.-** Es la pérdida de calor durante la conversión del estado líquido al gaseoso, a través de la piel y del tracto respiratorio. Por ejemplo, cuando el recién nacido tiene el cuerpo mojado o en contacto con una sábana, mantas o pañales húmedos. También se produce en ambientes con poca humedad y cuando hay soluciones de continuidad en la piel.

(Nascimento & Pantoja, 2010)

Alteraciones del control térmico

- ✓ **Hipotermia.-** Temperatura axilar es inferior a 36.5 °C. Cuanto más baja es la temperatura, más graves son las consecuencias, con vasoconstricción periférica como la respuesta al frío. Dentro del cuadro clínico tenemos: Extremidades y tórax frío, intolerancia a la alimentación debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal (aumento de residuo, vómitos, distensión abdominal y dificultad para succionar), letargo, llanto débil, cambios en la coloración de la piel (pálida o marmórea), irritabilidad (consecuencia de la hipoxemia), apnea y bradipnea (consecuencia de la hipoxemia).
- ✓ **Hipertermia.-** Se define como la temperatura axilar mayor que 37,5 °C. Se produce vasodilatación periférica, con el esfuerzo del organismo por disipar el calor causa también aumento de la tasa metabólica y de los requerimientos de oxígeno y aumento de la pérdida de líquidos, lo que causa deshidratación y

acidosis metabólica. Dentro del cuadro clínico tenemos: Intolerancia a la alimentación, disminución o aumento de la actividad, irritabilidad, llanto débil o ausente, hipotensión, extremidades calientes, rubor, taquicardia, taquipnea, deshidratación en los casos graves, diaforesis.

(Nascimento & Pantoja, 2010)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 1 mes.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria.

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo.

FECHA: 21/12/2015.

HORA: 16:30.

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán.

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes sobre el tamizaje metabólico neonatal R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre el tamizaje metabólico neonatal.

6. PLAN

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes sobre el tamizaje metabólico neonatal R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Enseñanza: Aseo de cavidades.	Cartel Volante	Visita efectiva.

7. INFORME

El 21 de diciembre del 2015 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16 horas30 minutos, se abordó el tema “Tamizaje metabólico neonatal”, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo, la visita fue efectiva, se realizó preguntas al finalizar el tema para aclarar cualquier duda e inquietud.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL

Es un proyecto del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Objetivo

Prevenir la discapacidad intelectual y la muerte precoz en los recién nacidos, mediante la detección temprana y manejo de errores del metabolismo.

Se previene la aparición de cuatro enfermedades:

- ✓ Hiperplasia Suprarrenal (Discapacidad intelectual y muerte precoz).
- ✓ Hipotiroidismo (Discapacidad intelectual).
- ✓ Galactosemia (Discapacidad intelectual y muerte precoz).
- ✓ Fenilcetonuria (Discapacidad intelectual).



(MSP, S.f)

Hiperplasia Suprarrenal.- Síndrome genito-suprarrenal o deficiencia de 21-hidroxilasa se refiere a un grupo de trastornos hereditarios de las glándulas suprarrenales, para producir las hormonas cortisol y aldosterona. (ADAM, 2016)

Hipotiroidismo.- Ocasiona una falta o disminución en la formación de las hormonas tiroideas. Las glándulas tiroideas son responsables de la regulación del metabolismo (funcionamiento adecuado de los sistemas cardiovasculares, musculo esquelético, hematopoyético, así como para respuestas corporales adecuadas en cuanto a producción

de calor, consumo de oxígeno y regulación de otros sistemas hormonales). (DMedicina, 2015)

Galactosemia.- Es un trastorno hereditario. Es una afección en la cual el cuerpo no puede utilizar (metabolizar) el azúcar simple galactosa. (MedlinePlus, 2015)

Fenilcetonuria.- Es un trastorno metabólico hereditario que se caracteriza por la carencia o la baja presencia de una enzima, la fenilalanina hidroxilasa o PAH, que es necesaria para convertir la fenilalanina en otras sustancias que el organismo necesita. La fenilalanina es un aminoácido, que son los que forman las proteínas. Como consecuencia, la fenilalanina se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. (Genagen, 2010)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 1 mes 17 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria.

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo.

FECHA: 07/01/2016.

HORA: 15:30.

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán.

2. **MOTIVO DE LA VISITA:** Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):**

✓ Conocimientos deficientes sobre la lactancia materna R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema..

5. **OBJETIVOS** (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre la lactancia materna.

6. **PLAN**

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes sobre la lactancia materna R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Asesoramiento en la lactancia. ✓ Ayuda en la lactancia materna.	Cartel Tríptico	Visita efectiva.

7. INFORME

El 07 de enero del 2016 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 15 horas30 minutos, se abordó el tema “Lactancia materna”, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo, la visita fue efectiva, se realizó preguntas al finalizar el tema para aclarar cualquier duda e inquietud.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

LACTANCIA MATERNA

Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto del recién nacido.

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. (OMS, S.f)

Técnica

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y que salgan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: “ombbligo con ombbligo” o “barriga con barriga”).

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta.

(Rioja Salud, 2010)

“Ventajas de la lactancia materna para el recién nacido

- ✓ Proporciona anticuerpos de la madre y alarga el periodo de inmunidad natural.
- ✓ Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo
- ✓ Previene infecciones gastrointestinales
- ✓ Reduce la predisposición a enfermedades respiratorias.
- ✓ Previene las alergias.
- ✓ Previene la dermatitis atópica.
- ✓ Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad.

Ventajas de la lactancia materna para la madre

- ✓ Crea un fuerte vínculo entre madre-hijo.
- ✓ Prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos
- ✓ Ayuda a que el útero, que ha crecido tanto durante el embarazo, vuelva a su tamaño normal.
- ✓ Evita en mayor medida que la madre padezca anemia, depresión o hipertensión posparto.
- ✓ Retrasa la ovulación.
- ✓ Previene el cáncer de seno y ovario.
- ✓ Previene la osteoporosis.

Ventajas de la lactancia materna para la sociedad

- ✓ El gasto de la sanidad pública se reduce, ya que entre las ventajas de la lactancia materna destaca el menor número de niños enfermos.
- ✓ Se reduce el absentismo laboral de los progenitores al no tener que estar cuidando a sus hijos.
- ✓ Incide muy positivamente en la economía familiar, ya que el gasto en alimentación y otros complementos se reduce considerablemente.
- ✓ Es ecológica: no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.”

(Martínez, S/F)

Contraindicaciones

- ✓ Sida
- ✓ Herpes simple
- ✓ Galactosemia
- ✓ Fenilcetonuria

La OMS y el UNICEF recomiendan:

- ✓ Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida.
- ✓ Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- ✓ Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche.
- ✓ No utilizar biberones, tetinas o chupetes.(OMS, S.f)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 2 meses.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 21/01/2016

HORA: 16:00

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. MOTIVO DE LA VISITA: Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. DIAGNÓSTICO MÉDICO: Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):

✓ Conocimientos deficientes sobre el baño al recién nacido R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. OBJETIVOS (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre el baño del recién nacido.

6. PLAN

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes sobre el baño al recién nacido R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Enseñanza: Baño al recién nacido.	Cartel Volante	Visita efectiva.

7. INFORME

El 21 de enero del 2016 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16:00 horas, para abordar el tema del baño al recién nacido, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo en el cual se le explicó los objetivos del baño, los materiales, la técnica y el tiempo que debe durar el mismo.

La visita fue efectiva ya que la Sra. Alba aclaro sus dudas e inquietudes.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

BAÑO AL RECIEN NACIDO

Es el procedimiento mediante el cual se realiza el aseo completo del recién nacido, dura en un lapso de 3-5 minutos evitando la perdida de calor del neonato.

Objetivos

- ✓ Brindar aseo y confort al recién nacido.
- ✓ Mantener y preservar la integridad de la piel tener una adecuada barrera contra las infecciones.
- ✓ Activar la circulación sanguínea favoreciendo la perfusión de los tejidos.
- ✓ Valorar la piel, sus apéndices y su estado motor, nutricional, circulatorio y respiratorio.
- ✓ Permitir que la madre e hijo compartan una experiencia agradable.

(Buenas Tareas, 2012)

Materiales

- ✓ Agua a una temperatura adecuada
- ✓ Jabón (PH neutro)
- ✓ Toalla
- ✓ Pañal
- ✓ Ropa

Procedimiento

Debe ser realizado en forma rápida, cuidando las condiciones de la sala de modo de favorecer la termorregulación y evitar enfriamientos.

1. Realice lavado
2. Reunir el equipo necesario
3. Retirar la ropa al Recién nacido
4. Envolverlo en una toalla
5. Verificar la temperatura del agua con el ángulo externo del brazo (codo).
6. Para lavar el cuero cabelludo y el cabello RN, moje el cuero cabelludo y aplique una pequeña cantidad de jabón. Asegúrese de evitar el área de los ojos y la cara del bebé, luego enjuagar y secarlo para evitar que pierda calor.
7. Retirar la toalla y humedecer la parte anterior del cuerpo y jabonarlo con unos pequeños masajes, luego enjuagarlo.
8. Dar la vuelta al RN y humedecer la parte posterior del cuerpo y jabonarlo con unos pequeños masajes, luego enjuagarlo.
9. Secar al RN

(Mead Johnson Nutrition, 2012)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 2 meses 1 día.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 22/01/2016

HORA: 16:30

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. **MOTIVO DE LA VISITA:** Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):**

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre el aseo de cavidades R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. **OBJETIVOS** (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre el aseo de cavidades.

6. **PLAN**

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre el aseo de cavidades R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Enseñanza: Aseo de cavidades.	Volante Demostración	Visita efectiva.

7. INFORME

El 22 de enero del 2016 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16 horas30 minutos, abordó el tema “Aseo de cavidades”, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo, a más de ello se realizó la demostración del procedimiento, la visita fue efectiva.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

ASEO DE CAVIDADES

Objetivos

- ✓ Evitar infecciones en dichas cavidades.
- ✓ Lograr un buen funcionamiento de estas cavidades.

Principios

- ✓ La acumulación de secreciones propias de las cavidades ocasiona alteraciones visuales, de audición y olfatorias, así como infecciones.
- ✓ El aseo frecuente de las cavidades ayuda a reducir las infecciones.

Procedimiento

Limpieza ocular

Humedecer el algodón con agua tibia y desplazarlo sin presionar por el ángulo interior del ojo al externo. Si hubiese secreciones la limpieza se realizara de los limpio a lo más sucio.

Limpieza de los oídos

Humedecer el algodón con suero fisiológico y limpiar sólo la parte externa del oído con delicadeza, y limpiar detrás de la oreja.

La limpieza de la cavidad nasal

Introducir torundas de algodón delgadas humedecidas con agua tibia en una de las cavidades nasales, realizar un movimiento rotatorio y luego retirarlo repetirlo cuantas veces sea necesario.

Limpieza del cordón umbilical

Humedecer el algodón con alcohol, y limpiar en forma circular de lo más sucio a lo más limpio sin regresar. Repetir el procedimiento si es necesario.

Higiene de los genitales

En las mujeres, humedecer el algodón con suero fisiológico, separar los labios mayores y limpiar de arriba abajo sin regresar.

En hombres, humedecer el algodón con suero fisiológico, retraer el prepucio y limpiar.

(Zegarra, 2012)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 2 meses 21 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 11/02/2016

HORA: 17:00

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. **MOTIVO DE LA VISITA:** Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):**

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre estimulación temprana R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. **OBJETIVOS** (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre estimulación temprana.

6. **PLAN**

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre estimulación temprana R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.	✓ Enseñanza: Estimulación infantil.	Cartel Demostración	Visita efectiva.

7. INFORME

El 11 de febrero del 2016 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 17:00 horas, se abordó el tema “Estimulación temprana”, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo, la visita fue efectiva, al finalizar el tema se realizó preguntas y se aclaró dudas e inquietudes a la Sra. Alba.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

ESTIMULACION TEMPRANA

Hace referencia a las técnicas educativas o rehabilitadoras.

Es imprescindible ayudar, orientar y guiar el desarrollo infantil desde las primeras edades porque el control sistemático del desarrollo infantil en todos sus aspectos, va a permitir en algunas ocasiones, prevenir deficiencias, corregir desviaciones o simplemente facilitar el aprendizaje.

Durante la primera etapa del desarrollo del niño, las acciones de los padres y su comportamiento afectivo con su hijo influyen en el desarrollo de determinadas potencialidades del niño.

Actividades de cero a tres meses

El primer año de vida del bebé se caracteriza por ser un periodo en el que suceden, con gran rapidez una serie de logros muy importantes.

El primer año se divide en trimestres con el fin de facilitar la aplicación de los ejercicios propuestos, y que se explicarán a lo largo de cuatro artículos, uno por trimestre.

Las conductas suceden en un orden, aunque son orientativas y varían en función de las características del niño y del entorno.

(Saludalia, S.f)

<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: muéstrale un juguete de vivos colores, muévalo a una distancia aproximada de 30 cm. de sus ojos, de un lado a otro, pasando por la línea media.</p> <p>Beneficios: desarrolla la coordinación de la vista, la cabeza y el cuello.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: háblale mirándole a la cara para que mire tu boca. Mueve la boca, canta, sonríe. Repita los sonidos para que el niño(a) emita. Mientras le hablas, acarícialo la cara y la comisura de los labios.</p> <p>Beneficios: desarrolla el lenguaje, la comunicación y la vinculación afectiva.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: haz sonar diferentes sonidos cerca del niño(a) con sonajeros, llaveros, campanillas o cajitas de música. Acércaselos al oído izquierdo y al derecho.</p> <p>Beneficio: desarrollo de la audición.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: introduce tu dedo o un sonajero en la palma de la mano del niño (a) e intenta que lo sujete brevemente. Ofrecele juguetes adaptados a su mano, de tamaño pequeño. Los juguetes pueden ser de texturas diferentes (madera, goma, plástico, tela, etc.).</p> <p>Beneficios: desarrollo de la precisión de la mano.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: toma el antebrazo por encima de la muñeca y llévalo hacia el hombro contrario con mucha suavidad. Haz lo mismo con el otro. El ejercicio se realiza sólo hasta que notas dificultad por parte del bebé para extender el brazo. (De 2 a 3 veces seguidas).</p> <p>Beneficios: desarrollo de la musculatura y los movimientos de los brazos.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: el mismo ejercicio anterior, pero coge los dos brazos del niño(a) al mismo tiempo. Siempre con mucha suavidad. (Se puede realizar de 3 a 5 veces).</p> <p>Beneficios: desarrollo de la musculatura y la coordinación de los brazos.</p>
<p>Posición: boca arriba.</p> <p>Actividad: sujeta al niño(a) por las manos, procura que agarre tus dedos pulgares. Voltea despacio su cuerpo de un lado a otro. (Se puede repetir 2 ó 3 veces a cada lado).</p>

Beneficios: equilibrio y desarrollo muscular.
Posición: boca arriba. Actividad: coge al niño(a) suavemente por los tobillos y estírale alternativamente a la pierna derecha y la izquierda. (Se puede realizar de 3 a 5 veces). Beneficios: fortalecimiento de la musculatura de las piernas.
Posición: boca abajo. Actividad: coloca sus brazos doblados ya apretados contra su pecho. Ponle delante de su cabecita un juguete llamativo y anímalo a que suba la cabeza. Cuando fije sus ojos en el juguete, elévalo para que suba también su cabeza. Beneficios: control de la cabeza. Desarrollo de la musculatura del cuello y de la espalda.

(Sabervivir.es, S.f)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA

1. DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE DEL RN: NN.

EDAD DEL RN: 2 meses 28 días.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RN: Sra. Alba Alegría.

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Quehaceres domésticos.

Nº MIEMBROS DE LA FAMILIA: 5

DIRECCION DOMICILIARIA: Barrio 24 de Mayo

FECHA: 18/02/2016

HORA: 16:30

TIEMPO ESTIMADO DE VISITA: 30 minutos.

RESPONSABLE: Erika Santillán

2. **MOTIVO DE LA VISITA:** Seguimiento al recién nacido pretérmino moderado.

3. **DIAGNÓSTICO MÉDICO:** Recién nacido pretérmino moderado con peso adecuado para la edad gestacional de sexo femenino con taquipnea transitoria del recién nacido, hipotermia superada e hiperbilirrubinemia.

4. **DIAGNOSTICOS ENFERMEROS (NANDA):**

✓ Conocimientos deficientes de la madre sobre el programa ampliado de inmunizaciones R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del problema.

5. **OBJETIVOS** (Resultados esperados NOC) Anteponer verbo en infinitivo al resultado NOC

✓ Promover el conocimiento sobre el programa ampliado de inmunizaciones.

6. **PLAN**

Problemas Detectados (Diagnósticos)	Intervenciones/Actividades NIC	Recursos/Material	Evaluación
Conocimientos deficientes de la madre sobre el programa ampliado de inmunizaciones R/C: Falta de exposición M/P: Verbalización del	✓ Enseñanza: Manejo de la inmunización / vacunación.	Cartel Tríptico	Visita efectiva.

problema.			
-----------	--	--	--

7. INFORME

El 18 de febrero del 2016 se llevó a cabo la visita domiciliaria siendo las 16 horas 30 minutos, se abordó el tema “Programa ampliado de inmunizaciones”, se realizó preguntas previas sobre el tema, para proceder con la ejecución del plan educativo, la visita fue efectiva, al finalizar el tema se realizó preguntas y se aclaró dudas e inquietudes a la Sra. Alba.

8. SUSTENTACIÓN TEÓRICA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

Objetivo del PAI

Contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Misión del PAI

Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia y Vigilancia Epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

Visión del PAI

Mantiene el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles, a través de una Vigilancia Epidemiológica efectiva, oportuna, con vacunación de calidad, gratuita, equitativa y universal. Logrando introducir vacunas de probado costo beneficio y costo efectividad. Con talento humano altamente calificado y desarrollado en todas las esferas.

Características del PAI

- ✓ Pilar fundamental en la APS, de alto impacto.

- ✓ Probado costo efectividad y costo beneficio.
- ✓ Accesible a toda la población.
- ✓ Protegido por la ley de vacunas.
- ✓ Cumple con los principios de equidad.
- ✓ Trasciende más allá de la población materna Infantil.
- ✓ Movilizador de voluntades.
- ✓ Cuenta con el empoderamiento de los usuarios.

(MSP, 2015)

VACUNAS

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos.(OMS, S.f)

✓ **BCG**

Es una preparación de bacterias vivas atenuadas derivadas de un cultivo de bacilos de Calmette y Guérin (*Mycobacterium bovis*). BCG significa Bacilo de Calmette y Guérin. (CeNSIA, 2015)

Protege contra la tuberculosis.

✓ **HB**

Contiene una de las proteínas que cubren al virus de la hepatitis B, que es llamada antígeno de superficie de la hepatitis B, la vacuna actualmente se fabrica usando ADN recombinante.(CeNSIA, 2015)

Protege contra la hepatitis B. Es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). (OMS, 2015)

✓ **Rotavirus**

Protege contra nuevas infecciones por Rotavirus evitando que se desarrolle una enfermedad grave, con deshidratación y muerte del niño o niña. (CeNSIA, 2015)

✓ **Neumococo conjugada**

Está elaborada del polisacárido que cubre la bacteria, este polisacárido es una proteína. (CeNSIA, 2015)

Protege contra la neumonía.

✓ **OPV**

La vacuna oral contra la poliomielitis (VOP) es una suspensión acuosa de serotipos del virus de la poliomielitis vivos atenuados de los tipos I, II y III. Protege contra poliomielitis. (Zúñiga, Sánchez, Fernández, Ramírez, Salazar, & Arroba, 2013)

La poliomielitis es una enfermedad muy infecciosa causada por el poliovirus. Invade el sistema nervioso y puede provocar parálisis, o incluso la muerte. (OMS, S.f)

✓ **Pentavalente**

Es una vacuna combinada contra la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b. (Ministerio de Salud de la Nación, S.f)

✓ **SRP**

La vacuna triple viral o SRP está hecha de virus vivos atenuados (debilitados). Protege contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis. (CeNSIA, 2015)

✓ **Varicela**

Es una enfermedad infecciosa vírica. Se manifiesta fundamentalmente con fiebre moderada y una erupción característica en la piel, que provoca picor. Se contagia por el aire o por contacto directo. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

✓ **Fiebre amarilla**

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude a la ictericia que presentan algunos pacientes.(OMS, 2015)

✓ **Vacuna DPT**

Contiene los toxoides diftérico (contra la Difteria) y tetánico (contra el tétanos), así como fragmentos de proteína de la bacteria Bordetellapertussis causante de la Tos ferina. (CeNSIA, 2015)

“La **Difteria** es una enfermedad muy grave. Puede causar infecciones en la nariz y garganta, dificultando la respiración. Esta enfermedad puede provocar además, infecciones del oído y la piel, trastornos del corazón y daño al sistema nervioso.

El **Tétano** puede ocurrir cuando una herida o cortada se infecta con esta bacteria. Esta enfermedad dificulta al paciente abrir la boca y tragar. El tétanos puede causar además espasmos musculares severos. El tipo de clima cálido y húmedo de Tampico, y la zona de las Huastecas, es propicio para el desarrollo de esta bacteria.

La **Tosferina** puede causar períodos prolongados de tos. También dificulta comer, beber y respirar. En casos severos, esta enfermedad provoca convulsiones, daño cerebral y hasta la muerte”. (Mi pediatra, S.f)

Esquema de vacunación de 0 a 23 meses



SUBSECRETARÍA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES



ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2015

Ciclos de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración					
						Número de dosis			Refuerzos		
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis (1 Refuerzo)	5a. Dosis (2 Refuerzo)	6ta dosis (3 Refuerzo)
NIÑEZ	Menores de un año	*BCG	1	0,05/0,1 ml	I. O.	Dosis única R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		H B	1	0.5 ml	I. M.	R. N dentro de las primeras 24 horas de nacido.)					
		Rotavirus	2	1.5 ml	V.O.	2m	4m				
		≡OPV	3	2 gotas	V.O.	2m	4m	6m			
		Pentavalente (DPT+HB+Hib)*	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
		Neumococo conjugada	3	0.5 ml	I.M.	2m	4m	6m			
		Influenza Estac. (H1) Triv Pediatría (a partir de los 6 meses a 11 meses)	2	0,25	I.M.	1er Contacto	al mes de la primera dosis				
	12 a 23 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0.5 ml	I.M.				1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (4ta dosis)		
		Antipoliomielítica	1	2 Gts	V.O.				1 año después de la tercera dosis de antipolio (4ta dosis)		
		Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP1)	1	0,5 ml	S.C	12 meses					
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0.5 ml	S.C	12 meses					
		Varicela	1	0.5 ml	S.C.	15 meses					
		Influenza Estacional Triv. Pediatría	1	0.25 ml	I.M.	1 er contacto					

DISCUSIÓN

Para el presente estudio de caso se realizó la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para la identificar de problemas y necesidades del recién nacido, ya que a través del formato elaborado por la carrera de Enfermería, se pudo realizar una valoración integral encontrando los siguientes patrones alterados: Patrón 2. Nutricional metabólico-hidratación tegumentario (piel), Patrón 3. Respiración circulación, Patrón 4. Eliminación, Patrón 5. Actividad y ejercicio, Patrón 5. Actividad y ejercicio, Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés, patrón 11. Valores y creencias; se encontró similitud con un estudio sobre **“Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro”**, realizado en México en el Hospital General de Zona 13, donde aplicaron la teoría de Marjory Gordon para la valoración del neonato prematuro porque contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permitiendo reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería y de esta manera asegurar la calidad de la atención.

Se priorizaron los siguientes diagnósticos de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, Patrón de alimentación ineficaz del lactante, Ictericia neonatal, Hipotermia y Ansiedad de la madre, para lo cual se brindó cuidados específicos que contribuyeron en el mejoramiento de la salud de la RN; coincidiendo con un trabajo sobre **“Proceso de atención de Enfermería en el recién nacido prematuro”**, realizado en junio del 2013 en Cuernavaca en la escuela de Enfermería “Florence Nightingale”, donde hicieron énfasis en la aplicación del plan de cuidados estandarizados al recién nacido pretérmino durante su estancia hospitalaria, con el fin de ayudar a la adaptación extrauterina.

Se realizó el seguimiento domiciliario para brindar educación a la madre sobre los temas: Adaptación del recién nacido, complicaciones del recién nacido prematuro, signos de alarma, termorregulación, tamizaje neonatal, lactancia materna, baño al recién nacido, aseo de cavidades, inmunizaciones, estimulación temprana, y de esta forma ayudar a mejorar el manejo materno; coincidiendo con un reporte de caso sobre **“Cuidado de Enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos”**, realizado por el Programa de Enfermería de la Universidad Estatal de Colombia, donde utilizaron el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard

porque ayuda en los procesos de educación para fortalecer a los padres en los cuidados básicos con los hijos.

No hubo ninguna dificultad para llevar a cabo el presente análisis de caso, gracias a la comprensión de la madre y la disposición del tiempo, a más de ello se evidenció la ausencia de complicaciones en la RN, se logró la estabilidad y la adaptación a su entorno.

CONCLUSIONES

- ✓ Con la aplicación de los cuidados de enfermería en el recién nacido pretérmino moderado se logró mejorar la calidad de vida, manteniendo su estabilidad y previniendo complicaciones.
- ✓ Se realizó la valoración intrahospitalaria por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, lo que facilitó la sistematización en la recogida y registro de los datos permitiendo la toma de decisiones pertinentes en base a los datos obtenidos (identificación necesidades), encontrando los siguientes patrones alterados: Patrón 2. Nutricional metabólico-hidratación tegumentario (piel), Patrón 3. Respiración circulación, Patrón 4. Eliminación, Patrón 5. Actividad y ejercicio, Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés, patrón 11. Valores y creencias.
- ✓ Se elaboró los planes de cuidados de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, de acuerdo a las alteraciones identificadas en la valoración.
- ✓ Se ejecutó los planes de cuidado intrahospitalario, brindando una atención efectiva y de calidad, contribuyendo en la recuperación de la salud de la RN.
- ✓ Para el extrahospitalario, se utilizó el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard para brindar educación a la madre mediante visitas domiciliarias, se abordó los siguientes temas: Adaptación del recién nacido, complicaciones del recién nacido prematuro, signos de alarma, termorregulación, tamizaje neonatal, lactancia materna, baño al recién nacido, aseo de cavidades, inmunizaciones, estimulación temprana, para ayudar a mejorar el manejo materno.
- ✓ Mediante la puntuación DIANA de la taxonomía NOC, se evaluó la eficacia de la aplicación de los cuidados de enfermería y se obtuvo los resultados esperados. En la actualidad la recién nacida se encuentra en óptimas condiciones, con un adecuado crecimiento y desarrollo para su edad, recibiendo los controles del niño sano.

RECOMENDACIONES

- ✓ Que el personal de enfermería brinde cuidados estandarizados, individualizados y de calidad, para contribuir al mejoramiento de la salud.
- ✓ Para facilitar la identificación de necesidades se recomienda utilizar el formato de valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, puesto que abarca todos los parámetros de salud para valorar (datos objetivos).
- ✓ Que el personal de enfermería se capacite en la correcta utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC.
- ✓ El personal de enfermería debe evaluar la calidad de los cuidados mediante la puntuación DIANA o escala de Likert de la taxonomía NOC para verificar si las actividades ejecutadas y los resultados obtenidos son los esperados.
- ✓ El personal de enfermería debe dar apoyo educativo a los padres, orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas y así facilitar el crecimiento y desarrollo, según el modelo de interacción padre-hijo de Kathryn Barnard, en relación al seguimiento de casos.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Recién nacido prematuro.- Se considera prematuro a un recién nacido vivo antes de que se haya cumplido las 37 semanas de gestación.

Proceso enfermero.- Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

Cuidados de enfermería.- Acciones y tareas que un enfermero o enfermera desarrolla en orden al atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

Valoración de enfermería.- Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

Plan de cuidados estandarizado.- Es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presente el individuo, familia o comunidad.

Calidad de vida.- Alude al bienestar en todas las facetas del ser humano, atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua).

Visitas domiciliarias.- Se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio del individuo, familia o comunidad.

Taquipnea transitoria.- Ocurre debido a la retención de líquido pulmonar fetal. Cuando estos líquidos no salen por completo de los pulmones, causan alteraciones respiratorias y la consiguiente disminución de la distensibilidad del pulmón y el aumento de la resistencia de las vías aéreas.

Atelectasia.- Es la disminución del volumen pulmonar. Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

Hipotermia.- Es la temperatura corporal inferior a los 36.5 °C.

Letargo.- Estado de somnolencia profundo y prolongado, acompañado de inactividad corporal y psíquica.

Hiperbilirrubinemia.- Es un trastorno cuya característica es una cantidad excesiva de bilirrubina en la sangre.

Kernicterus.- Es una afección neurológica poco común que ocurre en algunos recién nacidos con ictericia severa, es causado por niveles muy altos de bilirrubina, un pigmento amarillo que se crea en el cuerpo durante el reciclaje normal de los glóbulos rojos viejos.

Bibliografía

- ADAM. (14 de Marzo de 2016). *Hiperplasia suprarrenal congénita*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de Hiperplasia suprarrenal congénita:
<https://www.clinicadam.com/salud/5/000411.html>
- Aguilar, M. (2012). Proceso de enfermería del niño y del adolescente. En M. Aguilar, *TRATADO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CUIDADOS PEDIÁTRICOS* (pág. 15). España: Foletras S.A.
- Aguilar, M. (2012). Proceso de enfermería del niño y del adolescente. En M. Aguilar, *TRATADO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CUIDADOS PEDIÁTRICOS* (pág. 16). España: Foletras S.A.
- Aguilar, M. (2012). Proceso de enfermería en el niño y adolescente. En M. Aguilar, *TRATADO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CUIDADOS PEDIÁTRICOS* (pág. 12). España: Foletra S.A.
- Aguilar, M. (2012). Proceso de enfermería en el niño y en el adolescente. En M. Aguilar, *TRATADO DE ENFERMERÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE: CUIDADOS PEDIÁTRICOS* (pág. 14). España: Foletra S.A.
- Asociación Española de Pediatría. (Julio de 2014). *VACUNA VARICELA*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de VACUNA VARICELA: <http://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-varicela>
- Buenas Tareas. (24 de Mayo de 2012). *Baño al recién nacido*. Recuperado el 5 de Enero de 2015, de Baño al recién nacido: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ba%C3%B1o-Del-Recien-Nacido/4299786.html>
- Castaño, A. (19 de Octubre de 2007). *Atención prehospitalaria*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de Atención prehospitalaria:
<http://atencionprehospitalariaucc.blogspot.com/2007/10/complicaciones-de-la-hipotermia-en-el.html>
- Catalán, M. (Junio de 2013). *PAE RECIÉN NACIDO PREMATURO*. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de PAE RECIÉN NACIDO PREMATURO:
https://www.academia.edu/6108552/PAE_RECIEN_NACIDO_PREMATURO_Marina_Nathaly_Catal%C3%A1n_Dorantes
- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *ANTIHEPATITIS B*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de ANTIHEPATITIS B:
<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/antihepatitisb.html>
- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *ANTIRROTAVIRUS*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de ANTIRROTAVIRUS:
<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/antirrotavirus.html>
- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *BCG*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de BCG:
<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/bcg.html>

- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *NEUMOCOCO*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de NEUMOCOCO:
<http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/neumococo.html>
- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *TRIPLE VIRAL (SRP) Y DOBLE VIRAL (SR)*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de TRIPLE VIRAL (SRP) Y DOBLE VIRAL (SR):
http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/srp_sr.html
- CeNSIA. (01 de Junio de 2015). *VACUNA DPT*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de VACUNA DPT: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/dpt.html>
- Collado, Y. (10 de Octubre de 2012). *Modelo de kathryn Barnard aplicandolo a pediatria*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de Modelo de kathryn Barnard aplicandolo a pediatria: <http://enferpedia2tria.blogspot.com/>
- Cuidarenfermería. (S.f). *KATHRYN E. BARNARD "Modelo de la interacción padre-hijo"*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de KATHRYN E. BARNARD "Modelo de la interacción padre-hijo": <http://es.scribd.com/doc/20285653/Barnard-Www-cuidarenfermeria-com>
- DMedicina. (24 de Septiembre de 2015). *Hipotiroidismo*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de Hipotiroidismo:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/hipotiroidismo.html>
- Fundación Álvarez - Caldeyro Barcia. (S.f). *Prematurez*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de Prematurez: <http://www.facb.org.uy/prematurez.html>
- Genagen. (2010). *Fenilcetonuria*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de Fenilcetonuria:
<http://www.genagen.es/area-pacientes/informacion-genetica-y-enfermedades-hereditarias/enfermedades-geneticas-mas-frecuentes/fenilcetonuria/>
- Laguad, E. (2013). CUIDADO DE ENFERMERIA A PADRES PARA FORTALECER EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS HIJO. *CUIDARTE*, 550, 556.
- Leiva, E. (S.f). *MÓDULO DE ENFERMERÍA I CAPITULO I: DESARROLLO HISTÓRICO*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de MÓDULO DE ENFERMERÍA I CAPITULO I: DESARROLLO HISTÓRICO:
https://www.academia.edu/10873804/M%C3%93DULO_DE_ENFERMER%C3%8DA_I_CAPITULO_I_DESARROLLO_HIST%C3%93RICO
- Martínez, E. (S/F). *Ventajas de la lactancia materna*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de Ventajas de la lactancia materna:
<http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/ventajas-lactancia-materna.shtml>
- Mata, M., Salazar, M., & Herrera, R. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Medigraphic*, 45.
- Mata, M., Salazar, M., & Herrera, R. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Medigraphic*, 47.

- Mead Johnson Nutrition. (2012). *Cuidados generales del bebe*. Recuperado el 5 de Enero de 2016, de Cuidados generales del bebe: <http://www.mead-johnson.com.mx/todo-sobre-tu-bebe/cuidados-generales-del-bebe/bano.aspx>
- MedlinePlus. (12 de Abril de 2013). *Exanguinotransfusión* . Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de Exanguinotransfusión : <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002923.htm>
- MedlinePlus. (20 de Abril de 2015). *Galactosemia*. Recuperado el 15 de Enero de 2016, de Galactosemia: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000366.htm>
- Mi pediatra. (S.f). *DIFTERIA, TOSFERINA, Y TETANOS*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de DIFTERIA, TOSFERINA, Y TETANOS.: <http://www.mipediatra.com/vacunas/dpt.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación. (S.f). *VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE DPT- HBV-HIB (PENTAVALENTE CELULAR)* . Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de VACUNA COMBINADA PENTAVALENTE DPT- HBV-HIB (PENTAVALENTE CELULAR) : <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/norma-pentavalente.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). En R. N. Prematuro, *Componente Normativo Neonatal* (pág. 55). Quito: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). CAUSAS DE PREMATUREZ. En *Componente Normativo Neonatal* (pág. 56). Quito: Ministerio de Salud Pública Ecuador.
- MSP. (Noviembre de 2015). Clasificación del RN de acuerdo a la edad gestacional. *Recién nacido prematuro Guía de Practica Clínica*, 14.
- MSP. (2015). *Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI*. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- MSP. (S.f). *Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal*. Recuperado el 05 de Enero de 2016, de Proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal: <http://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Alteraciones del control térmico . En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (pág. 51). España : Médica Panamericana .
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Alteraciones del control térmico . En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (págs. 51,52). España: Médica Panamericana.
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Control térmico. En R. Nascimento, & M. Pantoja, *ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES* (pág. 47). España: Médica Panamericana.

- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Hiperbilirrubinemia Neonatal. En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (pág. 198). España: Médica Panamericana .
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Hiperbilirrubinemia Neonatal . En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (pág. 197). España: Médica Panamericana .
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Mécanismos de perdida de calor y su prevencion . En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (págs. 48-50). España : Médica Panamericana .
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Taquipnea transitoria del Recién Nacido. En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (págs. 113-114). España: Médica Panamericana .
- Nascimento, R., & Pantoja, M. (2010). Toxicidad de la bilirrubina. En R. Nascimento, & M. Pantoja, *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal* (pág. 198). España: Médica Panamericana .
- OMS. (Noviembre de 2013). *Nacimientos prematuros*. Recuperado el 15 de Abril de 2016, de Nacimientos prematuros: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- OMS. (Agosto de 2015). *Fiebre amarilla*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Fiebre amarilla: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/es/>
- OMS. (Julio de 2015). *Hepatitis B*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Hepatitis B: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/es/>
- OMS. (S.f). *Lactancia Materna*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de Lactancia Materna: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- OMS. (S.f). *Preguntas frecuentes sobre la poliomielitis*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Preguntas frecuentes sobre la poliomielitis: <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/faq/es/>
- OMS. (S.f). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 3 de Febrero de 2016, de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
- OMS. (S.f). *Vacunas*. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de Vacunas: <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>
- Onmeda. (11 de Noviembre de 2014). *El niño prematuro: Complicaciones del prematuro*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de El niño prematuro: Complicaciones del prematuro: http://www.onmeda.es/mi_hijo/nino_prematuro-complicaciones-del-prematuro-18496-5.html

- Onmeda. (11 de Noviembre de 2014). *El niño prematuro: Complicaciones del prematuro*. Recuperado el 8 de Diciembre de 2015, de El niño prematuro: Complicaciones del prematuro: http://www.onmeda.es/mi_hijo/nino_prematuro-complicaciones-del-prematuro-18496-5.html
- Ossorio, R., Martin, N., Sanchez, C., Martinez, C., & Ribera, J. (7 de Febrero de 2011). *Protocolo de fototerapia en el neonato*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2015, de Protocolo de fototerapia en el neonato: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c13f1ae823520e0ba6350e11a5fae8d6.pdf>
- Perez, N. (15 de Noviembre de 2012). *MARJORY GORDON*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de MARJORY GORDON: <https://prezi.com/ji0fyb9zhqsh/marjory-gordon/>
- Protegiendo a tu bebe. (11 de Junio de 2011). *Signos de alarma en el recién nacido*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Signos de alarma en el recién nacido: <http://protegiendo-a-tu-bebe.blogspot.com/2011/06/signos-de-alarma-en-el-recien-nacido.html>
- Ramos, G. (4 de Noviembre de 2012). *Metodos De Enfermeria*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de Metodos De Enfermeria: <https://www.clubensayos.com/Ciencia/Metodos-De-Enfermeria/394187.html>
- Rioja Salud. (2010). Técnica. *Guía de lactancia materna para profesionales de la salud*, 18.
- Sabervivir.es. (S.f). *Ejercicios 1-3 meses*. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de Ejercicios 1-3 meses: <https://www.sabervivir.es/bebes-y-ninos/estimulacion-temprana/ejercicios-para-la-estimulacion/ejercicios-1-3-meses>
- Saludalia. (S.f). *Estimulación temprana para niños de 0 a 3 meses*. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de Estimulación temprana para niños de 0 a 3 meses: <http://www.saludalia.com/vivir-sano/estimulacion-temprana-para-ninos-de-0-a-3-meses>
- Suarez, J., Del Castillo, F., Fernández, D., & Muñoz, M. (S/F de Junio de 2010). *Manual de Valoración de Patrones*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2015, de Manual de Valoración de Patrones: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- Sura. (10 de Noviembre de 2012). *Signos de alarma en el recién nacido*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Signos de alarma en el recién nacido: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/signos-alarma-recien-nacido.aspx>
- UNICEF. (S.f). *Guía completa para el cuidado del recién nacido 0 a 3 meses*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2015, de Guía completa para el cuidado del recién nacido 0 a 3 meses : http://files.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido_bebe.pdf

- Unidad de Pediatría. (S.f). *Datos de alarma del recién nacido*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2015, de Datos de alarma del recién nacido:
<http://unidaddepediatria.com.mx/pdf/DatosdealarmaenelRN.pdf>
- Valverde, I., Mendoza, N., & Peralta, I. (2013). Periodo de adaptación. En I. Valverde, N. Mendoza, & I. Peralta, *Enfermería Pediátrica* (pág. S.n). México : El Manual Moderno S.A de C.V.
- Vega, R., & Vadillo, F. (2006). Fisiopatología del nacimiento pretermino. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, S154.
- Zegarra, K. (24 de Mayo de 2012). *Baño del recién nacido*. Recuperado el 18 de Enero de 2016, de Baño del recién nacido: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Ba%C3%B1o-Del-Recien-Nacido/4299786.html>
- Zúñiga, V., Sánchez, N., Fernández, N., Ramírez, H., Salazar, H., & Arroba, R. (2013). Vacuna Oral contra Poliomieltis (VOP). *Norma Nacional de Vacunación* , 36.

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO



1. DATOS GENERALES:

1.1. NOMBRE DEL O LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES	RN S.A
1.2. NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
1.3. NOMBRE DEL PATROCINADOR	HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA
1.4. NOMBRE DE LA PROPUESTA O VERSIÓN:	ESTUDIO DE CASO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

2.- INFORMACIÓN DEL ESTUDIO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN RECIÉN NCAIDO PRETÉRMINO MODERADO BASADO EN LAS TAXONOMÍAS NANDA, NOC Y NIC.

Para ser leído por el proponente.

3.- INTRODUCCIÓN

La suscrita Srta. SANTILLÁN GUILCAPI ERIKA KARINA, Estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo, se ha permitido informarme lo siguiente: que como parte de la formación académica y curricular en la Universidad Nacional de Chimborazo, al estudiante de la Carrera de Enfermería, realiza la presentación de un estudio de caso que consiste en la utilización de datos de confidencialidad de la Historia clínica única y datos obtenidos en la entrevista directa, sobre la enfermedad o patología actual y relevante que presenta mi Recién Nacido Prematuro . Me ha entregado la información necesaria y además he sido invitado a participar de ésta investigación. Me ha indicado que no tengo que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirme, puedo hablar con alguien con quien me sienta cómodo de ésta propuesta. Pueden existir algunas palabras que no entienda por lo cual me permite interrumpirle para su ampliación respectiva y si tengo alguna duda más tarde puedo preguntarle a ella o a alguno de los miembros del equipo. (OMS)

Propósito:

El presente estudio del caso, se realiza por que tiene relevancia en el quehacer científico de la práctica asistencial y permite profundizar los conocimientos pre-profesionales relacionados con los campos investigativos, metodológicos, epistemológicos y terapéuticos de la patología descrita. El presente estudio contribuirá al avance académico y científico de la formación como profesionales de la salud competentes.

Tipo de estudio.- Se utilizará la metodología de análisis y discusión de casos clínicos, mediante la metodología ABP (Aprendizaje basado en problemas), pues cada uno de los parámetros clínicos será analizado a profundidad, para identificar patrones funcionales o necesidades alteradas a fin de emitir diagnósticos enfermeros que servirán para planificar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESTUDIO DE CASO



intervenciones eficaces que permitirán obtener los resultados esperados en la recuperación del estado de salud del individuo.

Confidencialidad.

La información que se recolecte en éste proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida ni entregada a nadie, excepto [nombre de algún directivo o persona responsable profesor director docente etc.

El conocimiento obtenido de ésta investigación se compartirá con el usuario antes de que se haga disponible al público. Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de ésta investigación.

Derecho a retirarse del estudio:

Usted no tiene porque tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante Alba Elizabeth Alegria Quintanilla

Firma del Participante

Fecha 25 - 11 - 2015 Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona será seleccionada por el participante y no deberá tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ (Y Huella dactilar del participante)

Firma del testigo _____

Fecha _____ Día/mes/año



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE ENFERMERIA
 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
 ESTUDIO DE CASO**



He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador Erika Karina Santillán Aitecapi

Firma del Investigador

Fecha: 25 - 11 - 2015

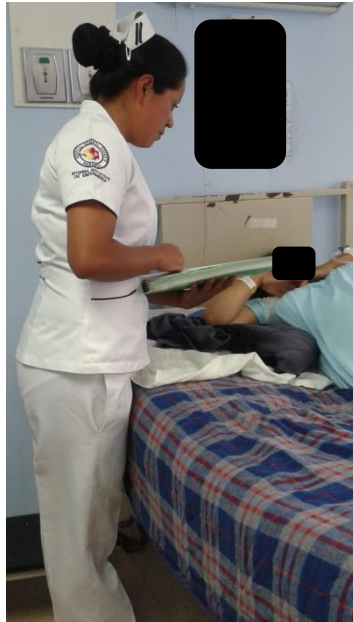
Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

(Iniciales del investigador/asistente).....

Bibliografía

OMS. *FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*. USA.: OMS.

Explicándole sobre el consentimiento informado.



Haciendo firmar el consentimiento informado.



**ANEXO 2: FORMATO DE VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA
POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDO

CARRERA DE ENFERMERÍA

NEONATOLOGÍA

***VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD EN
NEONATOLOGÍA***

NOMBRE DEL RN: EDAD: LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA MADRE:

UNIDAD DE SALUD:

FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO:

DOMICILIO: TELF/CELULAR:

PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR:

PROBLEMA ACTUAL:

DIAGNOSTICO CLÍNICO:

TRATAMIENTO DEL NIÑO QUE SIGUE EN LA ACTUALIDAD:

Medicamento	Dosificación	Última dosis	frecuencia

PROBLEMA INTERDISCIPLINAR: SEPSIS, ALTO RIESGO INFECCIOSO, MENINGITIS, OTROS:

PATRON 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Valoración

Antecedentes familiares		
Edad gestacional		
Antecedentes personales de la madre		
Hábitos Tóxicos de la familia		
Aspecto general	Normal	
	Alterado	
Trastornos frecuentes padecidos		
Control del embarazo	Si	
	No	
	Número de controles	
Tipo de parto	Cefalovaginal	
	Cesárea	
Problemas en el nacimiento	Ninguno	

Alteraciones metabólicas	Ninguna	
Screening metabólico	No	
Nivel socioeconómico de la madre	Alto	
	Medio	
	Bajo	

EXAMEN FISICO		
Apariencia general.-		
CABEZA	Fontanelas	
	Ojos	
	Nariz	
	Orejas	
	Boca, garganta	

	Cuello	
TRONCO	Tórax anterior y posterior	
	Abdomen, ombligo, ruido intestinal	
	Luxación de cadera	
	Genitales	
	Recto	
EXTREMIDADES	Superior: manos, brazos	
	Inferiores: piernas, pies.	

**PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO-HIDRATACIÓN
TEGUMENTARIO (PIEL)**

Valoración

Medidas somatométricas	Peso:
-------------------------------	--------------

		Talla:			
		Perímetro cefálico:			
		Perímetro braquial:			
Tipos de alimentación		Leche materna			
		Leche artificial			
		Mixta			
Alteraciones digestivas					
Higiene Bucal	Buena	Muguet:		Lesiones:	
Evaluar glucosa					
Estados de la mucosa y de la piel		Palidez	Cianosis	Ictericia	
		Ictericia prolongada	Turgencia	Eccemas	
		Edema	Hematomas	Eritema	
		Dermatitis	Sequedad	Sudoración	
		Estomatitis	Vermix caseoso	Lanugo	
Cordón umbilical		Normal:		Anormal	
		Presencia de secreción			
		Características			
Vías canalizadas		Periférica			
		Central			
		Percutánea			

PATRÓN 3. RESPIRACIÓN CIRCULACIÓN

Valoración

Frecuencia respiratoria	Tipo de respiración		Normal		
			Apneas		
			R. periódicas		
			Dificultad respiratoria		
			Taquipnea		
Secreciones:	SI		Tos:	SI	
	NO			NO	
Administración de O2					
Frecuencia cardiaca			Normal		
			Taquicardia		
			Bradicardia		
Tensión arterial			Normal		
			Hipotensión		
			Hipertensión		
Temperatura					
Edema	Palpebral				
	De miembros inferiores				
	De miembros superiores				
Hemorragia	Intracraneal				
	Digestivas				

			Melenas	
PVC	SI		SaO2:	FiO2 administrado:
	NO			

PATRÓN 4. ELIMINACIÓN.

Valoración:

- **Extracción sanguínea: bioquímica, hemograma, hemocultivo, cultivos periféricos, glucemia y orina**

Fecha	Nombre del examen	Propósito del examen	Hallazgos

Gasometría arterial								
Rx de tórax	SI		TAC	SI		ECO	SI	
	NO			NO			NO	
Eliminación intestinal			Normal		SI		NO	
			Estreñimiento		SI		NO	
			Diarrea		SI		NO	
Eliminación vesical:			Normal:		Infección urinaria:		Poliuria:	
			Retenciones:		Hematuria:		Sondajes	

			vesicales:
Aspiración gástrica (SNG):		Cantidad características:	-----
Secreciones nasales	Normales		
	Abundantes		
	Lavados nasales		
Secreciones oculares	SI	NO	
Abdomen	Normal		
	Abombado		
	Ruidos intestinales		
Drenaje	SI	NO	
	Tipo		
	Localización		
	Sudoración excesiva	SI	NO
Balance de líquidos	Positivo	SI	NO
	Negativo	SI	NO

PATRON 5. ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Valoración.

Reflejos arcaicos del recién nacido	Moro	
	De prensión	
	Babinsky	
	De marcha	
	De succión	

	De búsqueda	
Movimientos del RN		
Actividad muscular		
Postura		
Llanto:	Irritabilidad:	Somnolencia:
Hipotonía:	Estado de alerta :	

PATRÓN 6. SUEÑO DESCANSO.

Valoración

Patrón habitual de sueño/descanso	Horas noche		
	Sueño diurno		
	Ciclos de sueño corto		
	Fácil despertar		
Trastornos del sueño	Imposibilidad para dormir	SI	
		NO	
Ayudas para dormir	Naturales		
	Medicamentos		

PATRÓN 7- COGNITIVO. PERCEPTUAL

Valoración

Sensorio	Vista	Responde al estímulo	
		La luz fuerte le perturba	
		La penumbra le agrada	
	Audición	Responde a estímulos sonoros	
	Táctil	Responde a estímulos	

		Presenta convulsiones	
Manifestaciones de Dolor	SI		
	NO		
	Cuales		

PATRON 8. RELACIONES FAMILIARES.

Valoración

Tipo de unidad familiar	Normal	
	Separados	
	Familia monoparental	
Vivienda	Propia	
	Arrendada	
Situación laboral delos padres	Buena	
	Regular	
	Mala	
Sistemas de Apoyo	Familia	
	Amigos	
	Otros	
Preocupación familiar en relación con el niño	Normal	
	Preocupación excesiva por él bebe	
	Adquisición de la confianza de los padres para el cuidado	
Numero de hermanos	Dos	
Relaciones familiares	Buena	
	Regular	

	Mala	
Tipo de afectividad	Buena	
	Regular	
	Mala	
Observación	Ninguna	

PATRÓN9. PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN

Valoración

Sexo del recién nacido	Femenino	
	Masculino	
Características de los genitales		

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Valoración

Comportamiento del neonato frente a las situaciones de estrés	Llanto		
	Irritabilidad		
	Bostezo		
	Otros.		
Medicamentos administrados para tranquilizarlo	Si		
	No		
	Cuales		
	Dosis		
Relaciones familiares estresantes	Tristeza:	Ira:	Ansiedad:
	Miedo:		Impotencia:

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS.

Valoración (Madre)

Tipo de religión		
Costumbres étnicas y culturales de los padres		
Sufrimiento espiritual	SI	
	NO	
Creencias	Castigo	
	Prueba	
	Otros.	

ANEXO 3: CAPTACIÓN DE LA RECIÉN NACIDA PRETÉRMINO MODERADA.

**SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA.**



ANEXO 4: VALORACIÓN INTRAHOSPITALARIA POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON.



• Profesional que recibió al RN: *Yel Montoya*
 • Grupo Sanguíneo: *G* Rh: *+ D x 53-0 p A2-57/*
 • Pinzamiento Oportuno del cordón: Si No
 • Asesorio precoz: Si No
 • Lactancia Inmediata: Si No
 • Edad gestacional (Capurro): *33.1*
 • Vacunas: BCG Si No
 Hepatitis B Si No
 • Tamizaje Metabólico: Si No
 • Control Visual: Rojo Pupilar Si No
 • Tamizaje auditivo EOA OI: Pasa No pasa OD Pasa No pasa

Diagnóstico de Alta: *RNPT con PAEG/leucocitos*
 próxima Consulta Unidad de Salud: *Taquipnea transitoria del RN*
 Fecha: *Hipoxemia*
 Hipoxiemia
 Responsable del Alta: _____ Firma: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE NEONATOS
 NOMBRE: *GRACER SEPULVEDA*
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 FECHA DE ALTA: _____
 DIAGNOSTICO: _____
 RESPONSABLE DEL ALTA: _____
 FIRMA: _____

ANEXO 5: INFORMES RELEVANTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

✓ 21/11/2015

Nota de ingreso 01:00 am

Al examen físico activo, reactivo, piel caliente, cianosis periférica, cabeza: fontanela anterior normotensa, ojos: párpados cerrados, nariz: aleteo nasal, boca: mucosas orales húmedas, cuello móvil, tórax simétrico con retracciones subcostales marcadas, corazón rítmico no soplos, pulmones buena entrada de aire, abdomen suave, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, genitales externos femeninos inmaduros, extremidades tono y movilidad conservada. Reflejos: Moro (+), Grasping (+), succión regular.

Score de Downes 4/10 (cianosis 1, quejido 1, retracciones subcostales moderadas 1, frecuencia respiratoria 1).

Score de sepsis: 0

Impresión diagnóstica: Recién nacido pretermino moderado, peso adecuado para la edad gestacional, femenino, síndrome de distres respiratorio grado I, riesgos térmicos y metabólicos.

Indicaciones: Nada por vía oral, cuidados habituales, cuidados especiales, control de signos vitales, control de temperatura, control de ingesta y excreta, control de saturación de oxígeno, oxígeno para saturar 88 - 92 %, ambiente térmico neutro, cabecera elevada, hoja de recién nacido crítico, Dextrosa al 10% 100 cc + 2.6 cc de Gluconato de calcio intravenoso 4.6 ml/hora, vitamina C 35 mg intravenoso cada día, radiografía de tórax, exámenes: biometría hemática, VSG, PCR, granulaciones tóxicas, tipificación, glicemia, plaquetas, hemocultivo.

Reporte de enfermería al ingreso

Recien nacido de 45 minutos de vida, ingresa al servicio de Neonatología desde el servicio de centro obstetrico, ingresa activo , reactivoa estímulos, piel cianótica, fría, saturando 60%, hipotermico 35° C, taquipneico, 64 x, frecuencia cardiaca 150 x, presión arterial media 37 mmHg, con Score de Downes 6/10 por quejido audible a distancia 2, retracciones subcostales moderadas 1, entrada de aire regular 1, cianosis 1, taquipnea 1, mal reflejo de succión dactil, abdomen suave, depresible a la palpacion, vía periférica permeable, glicemia de 53 mg/dl, se envia muestras solicitadas, pendiente tomar placa de tórax.

Reporte de enfermería entrega de turno 07:10 am

Recien nacido activo, reactivo a estímulos, piel rosada, taquipneico 74 x' - 76 x', resto de signos vitales estables, en nada por vía oral, con regular reflejo de succión dactil, con Score de Downes 4/10 por taquipnea 1, cianosis 1, quejido 1, retracciones 1, continua recibiendo oxígeno por hood cerrado a 5 litros saturando 93%, abdomen suave, depresible, perímetro abdominal de 26 cm, diuresis presente, no realiza deposición, vía periférica permeable, pendiente tomar placa de rx de tórax.

Reporte de enfermería entrega de turno 19:00 pm

Recién nacido activo, reactivo, pletórico, normotermico, con oxígeno por bigotera a 2 litros saturando 94 – 96%, Score de Downes 4/10 por taquipnea 1, cianosis 1, quejido 1, retracciones 1, en nada por vía oral, regular reflejo de succión dactil, abdomen suave, depresible, eliminaciones fisiológicas presentes, vía periférica permeable, glicemia de control de 71 mg/dl.

Resultado de la radiografía de tórax

Se observa infiltrado reticular difuso, sobre todo en pulmón derecho, se observa condensación en pulmón derecho.

Impresión diagnóstica: Enfermedad de membrana hialina grado I vs Neumonía connatal.

✓ 22/11/2015

Reporte de enfermería entrega de turno 19:10 pm

Recien nacido activo, reactivo a estímulos, irritable al manejo, recibe oxígeno a 2 litros saturando 80% por lo que se coloca en hood cerrado a 6 litros saturando 90%, taquipneico, frecuencia respiratoria 68-78 x', restos signos vitales dentro de los parámetros normales, Score de Downes 3/10, permanece en nada por vía oral, regular reflejo de succión dátil, abdomen suave, depresible a la palpación, perímetro abdominal 27cm, eliminaciones presentes, vía periférica permeable.

✓ 23/11/2015

Reporte de enfermería entrega de turno 07:30 am

Recién nacido activo, reactivo con y sin manejo, piel icterica zona II, normotermico, se recibe con oxígeno por Hood cerrado a 8 litros, se cambia a bigotera a 1 litro saturando de 95-99%, frecuencia respiratoria 70-78 x' y en la mañana de 59 x', score de Downes de 3-4-2/10, en nada por vía oral, buen reflejo de succión dátil, buena entrada de aire a caompos pulmonares, retracciones intercostales de leves a moderadas, abdomen suave, depresible, ruidos hidroaereos presentes, diuresis presente, no realiza deposición, vía periférica permeable.

Pase de visita

Diagnósticos: Recién nacido pretermino moderado, peso adecuado para la edad gestacional, Taquipnea transitoria, trastornos termicos (hipotermia superada).

Suspender nada por vía oral e iniciar seno materno a libre demanda mas control y doble pesada, tomas minimas de 26 ml c/3h.

Reporte de enfermería 23:10 pm

Recién nacido presenta una cianosis generalizada, taqipneico con unas retracciones xifoideas e intercostales marcada, con un Score de Downes de 3/10, con oxígeno por bigotera a 1 litro pero desatura a 69% por lo que se coloca oxígeno por Hood cerrado a 5 litros.

Indicaciones

Suspender alimentación directa de la madre, colocar sonda orogastrica e iniciar alimentación 5 ml c/3h.

✓ 25/11/2015

Reporte de enfermería entrega de turno 07:00 am

Recién nacido activo reactivo al manejo, piel icterica II, con apoyo de oxígeno a 3 litros saturando 97%, buen reflejo de succión dactil, por sonda orogastrica se alimenta 5 ml de leche de banco, con buena tolerancia gastrica, no deja residuos, abdomen suave, depresible, con perimetro abdominal de 25cm, eliminaciones fisiologicas presentes, via periferica permeable. A las 04:10 am hace respiraciones periodicas y la saturacion llega a 70%.

Pase de visita

Diagnósticos: Recién nacido pretermino moderado, peso adecuado para la edad gestacional, sexo femenino, taquipnea transitoria del recién nacido, trastornos termicos (hipotermia superada), hiperbilirrubinemia.

Leche materna por sonda orogastrica 8ml c/3h previa aspiración.

Reporte enfermería entrega de turno 19:10 pm

Recién nacido durante la mañana se recibe con oxígeno por Hood cerrado a 5 litros saturando 97%, se iba destetando a las 12:20 se retira Hood y se deja oxigeno por cámara a 5 litros, luego con lo que queda saturando 93-94%, piel icterica zona III, se alimenta por sonda orogastrica 5-8 ml de leche pasteurizada con buena tolerancia gastrica, buen reflejo de succion dátil, retracciones leves, abdomen suave, depresible, eliminaciones fisiologicas presentes. Score de Downes 2/10.

✓ 27/11/2015

Reporte enfermeria entrega de turno 07:00 am

Recien nacido activo, reactivo, piel icterica, con signos vitales dentro de los parametros normales, se retira oxigeno saturando 93-95 % al ambiente, con buen reblejo de succion dactil, con sonda orogastrica por la cual se alimenta con 12 ml de leche de banco, con buena tolerancia gastrica, no deja residuos, abdomen suave, depresible, eliminaciones fisiologicas presentes, vía periferica permeable.

Reporte enfermeria entrega de turno 19:00 pm

Recien nacido activo, reactivo, piel icterica, con signos vitales dentro de los parametros normales, saturando al ambiente 90-94 % , se inicia alimentacion directa del seno materno, regular reflejo de succión, deglute lo que le cae a la boca porque la madre tiene buena producción de leche, realiza tomas de 5-20 ml, a las 18:00 horas presenta un reflejo nauseoso que llega al vomito de mas o menos 2 ml, abdomen suave, depresible, primetro abdominal 26 cm, eliminaciones fisiologicas presentes, via periferica permeable.

✓ **28/11/2015**

Indicaciónde la noche

Bajar liquidos intravenosos a 2.5 ml.

✓ **30/11/2015**

Se retira vía periferica.

✓ **02/12/2015**

Alta mas indicaciones.

Reporte de enfermería

Recién nacido activo, reactivo, con signos vitales dentro de los parametros normales es dado de alta en buenas condiciones, se educa a la madre sobre lactancia materna, signos de alarma, vacunación y control médico.

ANEXO 6

VISITA HOSPITALARIA



ANEXO 7

FORMATO DE VALORACIÓN EXTRAHOSPITALARIA BASADA EN EL MODELO DE KATHRYN BARNARD.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA



VALORACIÓN EXTRAHOSPITALARIA DEL NEONATO BASADA EN EL MODELO DE KATHRYN BARNARD.

PADRES:

Responsable del cuidado del recién nacido.	Padres	
	Parientes	
	Otros	
Edad	Madre	
	Padre	
Estado civil	Casados	
	Unión libre	
	Separados	
Frente a la situación de salud de su hijo/a cuáles son sus sentimientos	Tristeza	
	Ira	
	Ansiedad	
	Indiferencia	
	Incertidumbre	
Su pareja le apoya en el cuidado del recién nacido:	Otros	
	Si	
	No	
	Actividades que como padres realizan en beneficio del bienestar	

de su hijo/a:				
Reconocen las manifestaciones antes las necesidades básicas del recién nacido como:	Alimentación			
	Sueño			
	Higiene			
	Temperatura			
	Eliminación			
¿Cuál es su intervención para mantener las necesidades anteriormente mencionadas?				
Ha provocado cambios el nacimiento de su hijo/a en la en su vida familiar.	Si			
	No			
	Detalle:			
Se ha informado sobre el cuidado de su hijo/a en el domicilio.	Si			
	No			
Considera usted que necesita información acerca del cuidado y cambios en su hijo/a.	Si			
	No			
¿Cuál sería su tema de interés?	Temas	Si	No	
	Adaptación del recién nacido prematuro.			
	Complicaciones del recién nacido prematuro.			
	Signos de alarma del recién nacido.			
	Termorregulación.			
	Tamizaje metabólico.			
	Lactancia materna.	Técnica		
		Beneficios		
		Contraindicaciones		
	Baño al recién nacido.			
	Aseo de cavidades.			
	Estimulación temprana.			

	Vacunas		
--	---------	--	--

ENTORNO:

La vivienda es:	Propia	
	Arrendada	
	Prestada	
	Vive con sus padres	
Tipo de vivienda	Adobe	
	Cemento	
	Paja	
	Otros	
Número de dormitorios		
Servicios básicos	Agua	
	Luz	
	Teléfono	
	Alcantarillado	
	Internet	
Quiénes aportan económica en el hogar.	Esposo	
	Esposa	
	Ambos	
	Otros	
Considera usted que debería recibir apoyo de alguna institución.	Si	
	No	
Factores de riesgo cerca del hogar.	Vectores	
	Animales domésticos: perros, gatos	
	Humo de vehículos	
	Contenedores de basura	
En su hogar percibe algún tipo de violencia:	Psicológica	
	Física	

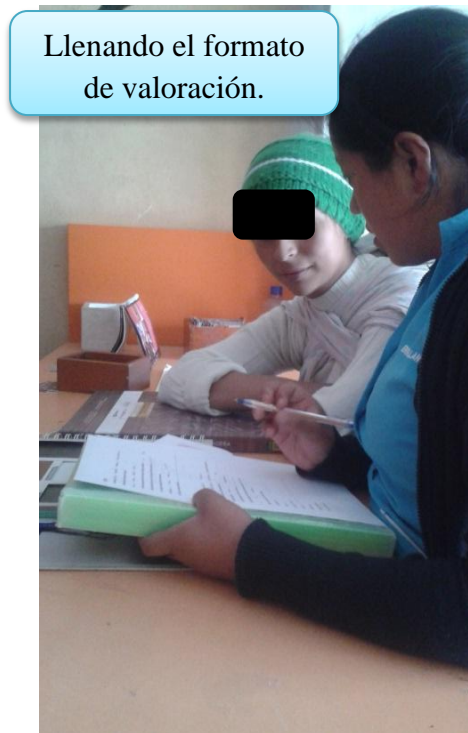
	Verbal	
	Ninguna	
Describa su ambiente familiar.		

NEONATO:

Tipo de alimentación:	Materna	
	Fórmula	
	Mixta	
Horario de alimentación:	Cada 2 horas	
	Cada 3 horas	
	Cuando él bebe desee	
Estimula a su hijo/a en la alimentación:	Si	
	No	
Tolerancia gástrica:	Vómito	
	Regurgitación	
Horas de descanso al día de su hijo/a		
Su niño mantiene la temperatura adecuada.	Si	
	No	
	No sabe	

ANEXO 8

VALORACIÓNEXTRAHOSPITALARIA SEGÚN EL MODELO DE KATHRYN BARNARD.



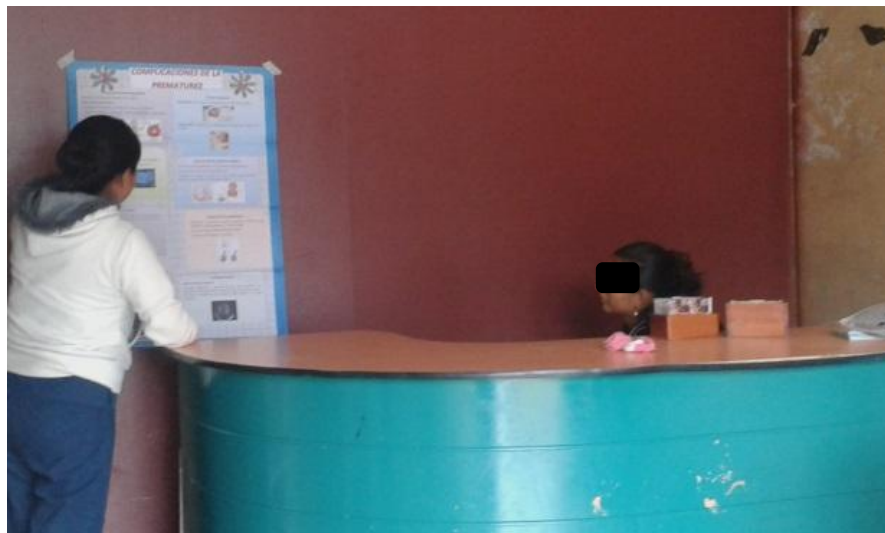
ANEXO 9

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “ADAPTACION DEL RECIEN NACIDO”.



ANEXO 10

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO”.



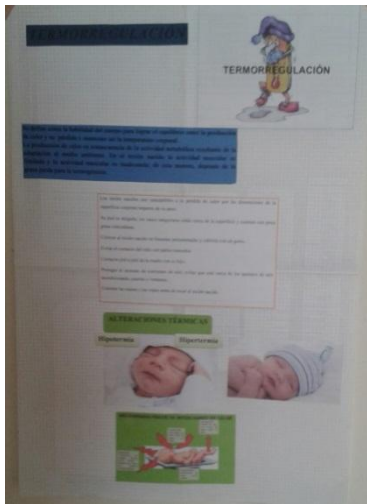
ANEXO 11

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIEN NACIDO”.



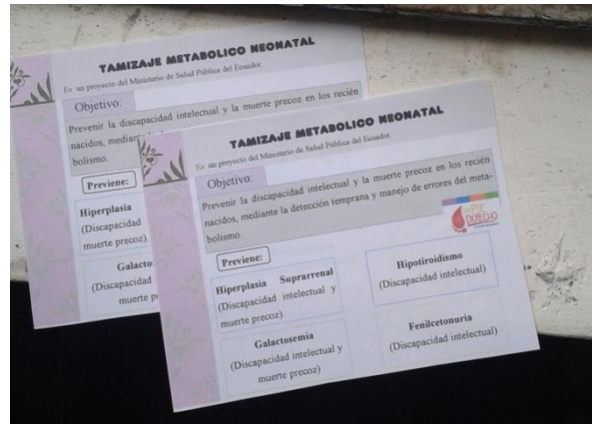
ANEXO 12

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “TERMORREGULACIÓN”.



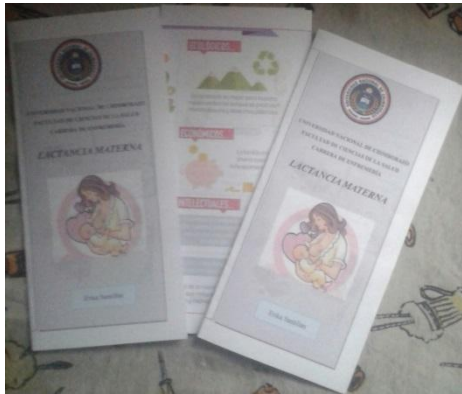
ANEXO 13

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “TAMIZAJE METABOLICO NEONATAL”.



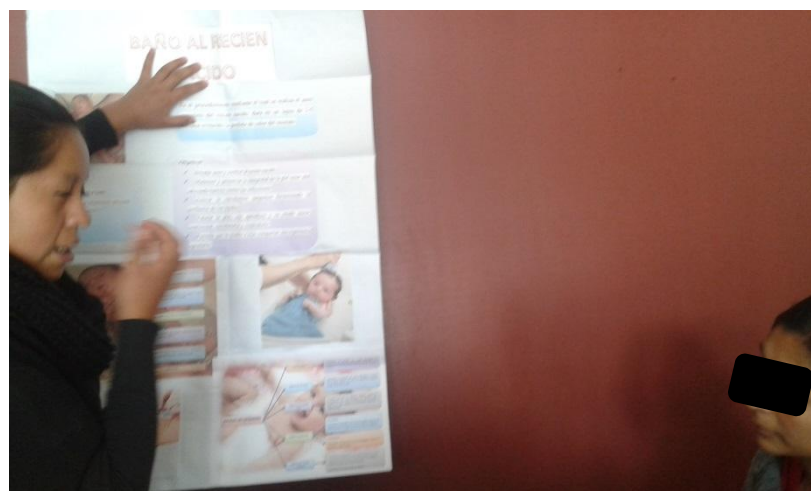
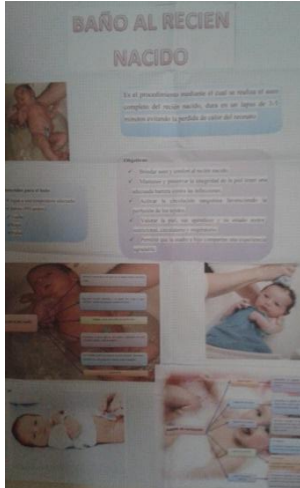
ANEXO 14

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “LACTANCIA MATERNA”.



ANEXO 15

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “BAÑO AL RECIÉN NACIDO”.



ANEXO 16

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “ASEO DE CAVIDADES”.



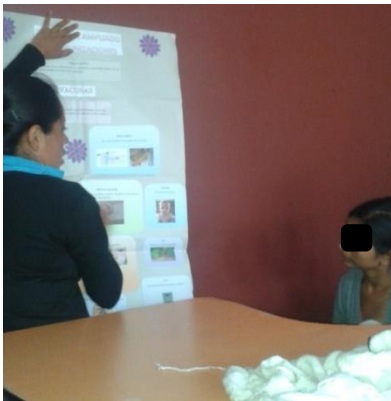
ANEXO 17

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “ESTIMULACIÓN TEMPRANA”.



ANEXO 18

EJECUCIÓN DEL PLAN EDUCATIVO “PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES”.



ANEXO 19: REGISTRO DE ASISTENCIA.



ANEXO 19: REGISTRO DE ASISTENCIA.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS**

RESPONSABLE: ERIKA SANTILLÁN

Fecha	Hora	Tema	Firma de la madre de la recién nacida
07-12-2015	16:00	Adaptación del recién nacido	
10-12-2015	16:30	Complicaciones del recién nacido prematuro.	
16-12-2015	15:30	Signos de alarma en el recién nacido	
18-12-2015	16:00	Termoregulación en el recién nacido	
21-12-2015	16:30	Tamizaje metabólico neonatal	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

RESPONSABLE: ERIKA SANTILLÁN

Fecha	Hora	Tema	Firma de la madre de la recién nacida
07 - 01 - 2016	15:30	Lactancia materna	
21 - 01 - 2016	16:00	Baño al recién nacido	
22 - 01 - 2016	16:30	Aseo de cavidades	
11 - 02 - 2016	17:00	Estimulación temprana	
18 - 02 - 2016	16:30	Programa ampliado de inmunizaciones.	