



**UTMACH**

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD ESTACIONAL. ¿CUAL SERIA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ?**

**TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**BENAVIDES ROGEL BEATRIZ ARACELY**

**MACHALA - EL ORO**

## CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, BENAVIDES ROGEL BEATRIZ ARACELY, con C.I. 0706052602, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD ESTACIONAL. ¿CUAL SERIA LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ?

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
  
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
  - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
  
  - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 16 de diciembre de 2015

---

BENAVIDES ROGEL BEATRIZ ARACELY  
C.I. 0706052602

# FRONTISPICIO

Autora



**BEATRIZ ARACELY BENAVIDES ROGEL**

**C.I. 0706052602**

Dirección: Huaquillas, El Oro

Teléfono: 0981711252

e-mail: ara\_bety@hotmail.com

## COMITÉ EVALUADOR



**Lcda. SANDRA FALCONI PELAEZ.**

**C.I. 0704840867**



**Lcda. ELIDA REYES RUEDA.**

**C.I. 0705085835**



**Lcda. JANETH RODRIGUEZ SOTOMAYOR.**

**C.I. 0701793978**

## **DEDICATORIA**

A Dios por mantenerme con salud y vida, a mis hermanos y tíos, por el apoyo brindado, dándome aliento en mis alegrías y tropiezos.

En especial a mis padres, quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento brindándome su apoyo incondicional a pesar de las adversidades, A mi padre quién con su experiencia de vida y consejos ha guiado mis pasos, A mi madre que con su esfuerzo y amor me ha permitido alcanzar mi meta.

A todas las personas que me apoyaron transcurso de mi carrera, a amiga Erika en especial por haber estado conmigo en los momentos más difíciles, dándome una palabra de aliento y demostrándome que las verdaderas amistades si existen.

## **AGRADECIMIENTO**

Ofrezco mi más profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud, Escuela de Enfermería; por permitirme adquirir conocimientos y experiencias que quedan plasmados en esta investigación.

Agradezco a los docentes por sus enseñanzas y orientaciones que han sido fundamentales para culminar con este trabajo de titulación.

## **RESUMEN**

EL presente trabajo de investigación se centra en determinar las intervenciones de enfermería en el recién nacido pequeño para la edad gestacional, se realizó este trabajo con el fin de dar a conocer la actuación de la enfermera a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería en el cual elabore planes de cuidados que contribuirán a la mejora del recién nacido para contrarrestar las posibles complicaciones y secuelas.

El recién nacido pequeño para la edad gestacional es el resultado de un cuidado deficiente y una alimentación inadecuada en la madre durante el embarazo. Entre sus causas tenemos a factores fetales, maternos y placentarios, estos recién nacido tienden a tener diversas complicaciones en el transcurso de los días y tienen una alta tasa de mortalidad en su población.

La enfermera cumple un papel fundamental en la recuperación de cada paciente es por eso que yo como futura profesional creo conveniente que las intervenciones de enfermería deben aplicarse mediante la valoración, centrándose en los patrones funcionales alterados en el recién nacido.

Se realizó mediante un estudio descriptivo ya que se definen aspectos fundamentales en la aplicación del proceso de atención de enfermería, describiendo las fases del mismo para cumplir el objetivo planteado.

## **ABSTRACT**

This research focuses on identifying nursing interventions in the newborn small for gestational age, this work was performed in order to publicize the actions of the nurse through the application process nursing care in which develop care plans that will contribute to improved newborn against subtract possible complications and sequelae.

Newborn small for gestational age is the result of poor care inadequate nutrition in the mother during pregnancy. Among its causes have to fetal, maternal and placental factors, these newborn small tends to have various complications in the course of the day and have a high mortality rate in the population.

The nurse plays a fundamental role in the recovery of each patient's why I think as a professional future desirable that the interventions should be implemented through the assessment, focusing on the altered functional patterns in the newborn

We performed a descriptive study fundamental aspects as defined in the application process for nursing care to meet the objective.

## INTRODUCCIÓN

La organización mundial de salud (OMS) define a los niños pequeños para la edad gestacional (PEG) como aquel que tiene su peso al nacer por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional. Cuando los datos sobre la edad gestacional no está disponibles, el peso al nacer  $>2500\text{gr}$  debería ser considerado como bajo peso. Esta definición también se usa en las normas obstétricas y neonatales. Debido al hecho de que estos niños representan el grupo con la más alta morbilidad y mortalidad. Sin embargo, los neonatos con bajo peso o talla al nacer (o ambos) con respecto a la edad gestacional deberían considerarse pequeño para la edad gestacional<sup>1</sup>.

Los recién nacidos pequeños para la edad gestacional, son considerados poblaciones de alto riesgo para presentar problemas de morbilidad y mortalidad. Los problemas más comunes en los recién nacidos pequeños son: las infecciones perinatales, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas. Las tasas de mortalidad en ellos son de 5 a 6 veces mayores que las que presentan los neonatos con crecimiento normal<sup>2</sup>.

Existen estimaciones de incidencia de recién nacidos PEG que oscilan entre el 2, 3% ( $>-2$  DE) y el 10% ( $>$  del percentil), según la definición utilizada en Latinoamérica se realizó una evaluación entre 1999 y 2004 en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia en donde el 3,6% de 14274 recién nacidos eran pequeños para la edad gestacional, definidos como  $>$  del percentil 10 del peso y talla (comunicación de la Dra. Teresa Ortiz). En México una revisión de 31209 niños nacidos entre el año 2000 y 2002 mostro una prevalencia de PEG del 6% ( $>$  DE de peso) en la población general, desde el 6, 5% al 7,2% entre trabajadores asalariados de la ciudad de México (n=807) y desde el 3,7% al 6,9% en campesinos no asalariados de pequeñas comunidades rurales (n=339). La discrepancia entre los niños PEG en países latinoamericanos puede depender también de la gráfica de crecimiento que se utiliza, si ha sido apropiadamente actualizada y si refleja la mezcla étnica de un determinado país. Además, el número de nacimientos PEG puede depender del tracto socioeconómico y del porcentaje de malnutrición existente en los países latinoamericanos<sup>1</sup>.

El objetivo de esta investigación es elaborar el proceso de atención de enfermería en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional mediante la revisión de fuentes bibliográficas, con el fin de brindar una atención integral y eficiente al usuario, y así evitar complicaciones y secuelas en el recién nacido.

# DESARROLLO

## ANTECEDENTES

Según el Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en su última actualización de Noviembre del 2001 ubica a Bolivia y Venezuela como los países con más alto porcentajes de nacidos con bajo peso aproximadamente entre el 10 y 16.4%. En países desarrollados esto ocurre en un 6% de nacidos con bajo peso<sup>3</sup>.

La mortalidad ascendió al 41.4%. Muy similares a las de algunos países mejor organizados socialmente que el nuestro. Estuvo en relación directa con la disminución del peso de nacimiento. Considerada con respecto a la edad fue mínima en el periodo de recién nacido y a partir de aquí se elevó con rapidez hasta alcanzar en el cuarto mes la cima con un 24,2; en el quinto bajo a 12,1% y el resto del año descendió a proporciones mínimas. Esta curva es algo diversa a las que se dan en los textos, en que el nivel más alto está precisamente en la época del recién nacido, baja muy rápidamente hasta el cuarto mes, en que vuelve a alcanzarse, pero en forma discreta haciéndose muy baja en el resto del año. La diferencia principal radica, como se ve, en el primer mes. Esto se explica porque solo ingresan aquellos prematuros que se han librado de los accidentes propios del parto<sup>4</sup>.

## **DEFINICIÓN: RECIEN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL**

Es el recién nacido que tiene un peso al nacer por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

Cuando el peso al nacer es menor del percentil 10 para la edad gestacional, solo podremos asegurar que el recién nacido es pequeño para la edad gestacional. Debemos recordar que no

todos los recién nacidos PEG presentan restricción del crecimiento intrauterino; aproximadamente la mitad simplemente es constitucionalmente pequeña<sup>5</sup>.

## **ETIOLOGÍA**

El aporte de nutrientes en el feto depende del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo feto placentario. En nuestro medio se estima que uno de cada 10 gestaciones puede cursar con retraso en el crecimiento fetal.

El recién nacido PEG es el resultado de una restricción de crecimiento intrauterino. Entre sus causas se encuentran:

**Factores fetales:** factores genéticos, anomalías cromosómicas, mal formaciones congénitas, anomalías cardiovasculares fetales, infección congénita, errores congénitos del metabolismo.

**Factores Maternos:** reducción del flujo sanguíneo uteroplacentario, desnutrición materna, embarazo múltiple, drogas (cigarrillos y alcohol, heroína, cocaína, otros.), hipoxemia materna, otros factores maternos.

**Factores placentarios:** insuficiencia placentaria, problemas anatómicos (infartos placentarios múltiples, anomalías del cordón umbilical)<sup>6</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Las manifestaciones clínicas fueron calificadas por cliffort en tres estadios:

- ✓ Primer estadio (aproximadamente 7 días después del término)
- ✓ Cráneo con avanzada osificación

- ✓ Talla superior a lo normal
- ✓ Escaso panículo adiposo
- ✓ Ausencia de vernix caseoso
- ✓ Piel seca apergaminada y descamada
- ✓ Uñas largas y quebradizas
- ✓ Cabello abundante
- ✓ Expresión despierta y observadora
- ✓ Trastorno del sueño

Segundo estadio (aproximadamente 14 días después del término)

- ✓ Coloración amarillo-verdosa de la piel, uñas y cordón umbilical

Tercer estadio (aproximadamente 21 días después del término)

- ✓ Coloración amarillo-brillante de la piel, uñas y cordón umbilical.
- ✓ Gran descamación
- ✓ Delgadez extrema<sup>7</sup>.

## **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### **VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

La valoración de la edad gestacional puede realizarse mediante los métodos más utilizados como: la fecha de la última menstruación (FUM), ecografía que se la realiza en el primer trimestre y por el método de test de Capurro que consiste en la exploración de parámetros físicos, este es el más utilizado en el ámbito hospitalario.

Esta fase implica conocer las variaciones que el RN puede ir presentando con el pasar de los días, ya que en esta etapa de la vida, los hallazgos puedan ser diferentes en breves periodos de tiempo<sup>8</sup>.

# **PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS EN LOS RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN MARJORY GORDON**

## **1. PATRÓN PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD**

**Categoría diagnóstica:** Termorregulación ineficaz (00008)

**Dominio 11:** Seguridad/Protección

**Clase 6:** Termorregulación

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez manifestada por variaciones en la temperatura corporal.

## **2.- PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO**

**Categoría diagnóstica:** Leche materna insuficiente (00216)

**Dominio 2:** Nutrición

**Clase 1:** Ingestión

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Leche materna insuficiente relacionado con succión ineficaz evidenciado por ganancia de peso inferior a 500g en un mes.

**NOC:** Estado de deglución: fase oral (1012): preparación, contención y movimiento posterior de líquidos y/o sólidos en la boca.

## **3.- PATRÓN ELIMINACIÓN**

**Categoría diagnóstica:** Diarrea (00013)

**Dominio 3:** Eliminación e intercambio

**Clase 2:** función gastrointestinal

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** diarrea relacionada con la mala absorción intestinal evidenciada por eliminación de al menos tres deposiciones líquidas al día.

**NOC:** Hidratación (0602): agua adecuada en los compartimientos intra y extra celular del organismo.

#### **4.- PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO.**

**Categoría diagnóstica:** Patrón respiratorio ineficaz (00032)

**Dominio 4:** Actividad/Reposo

**Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por cianosis y aleteo nasal.

**NOC:** Estado respiratorio: ventilación (0403): movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones

#### **5.- PATRÓN SUEÑO- DESCANSO.**

**Categoría diagnóstica:** Trastorno del patrón del sueño (00198)

**Dominio 4:** Actividad/ Reposo

**Clase 1:** Sueño reposo

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Trastorno del patrón del sueño relacionado con iluminación y ruidos evidenciado por insatisfacción del sueño.

## **6.- PATRÓN COGNITIVO PERCEPTUAL.**

**Categoría diagnóstica:** Conocimiento deficiente (00126)

**Dominio 5:** Percepción/Cognición

**Clase 4:** Cognición

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Conocimiento deficiente relacionado con la poca familiaridad con los recursos para obtener la información acerca de las conductas a tomar durante el embarazo evidenciado por la verbalización de no conocer las conductas a tomar durante el embarazo.

**NOC:** Conocimiento: gestación (1810). Grado de la comprensión transmitido sobre el mantenimiento de una gestación saludable y la prevención de complicaciones

## **7.- PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO**

**Categoría diagnóstica:** Baja autoestima (00120)

**Dominio 6:** Autopercepción

**Clase 2:** Autoestima

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** baja autoestima situacional relacionada con la falta de afecto en la madre evidenciado por evolución de sí mismo como incapaz de enfrentar la situación actual (madre soltera).

## **8.- PATRÓN AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**Categoría diagnóstica:** Temor (00148)

**Clase 2:** Respuesta de afrontamiento

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Desempeño ineficaz del Rol relacionado con falta de información evidenciado por ansiedad y cambios en los patrones habituales de responsabilidad.

**NOC:** Ejecución del rol (1501): congruencia de la conducta del rol del individuo con las expectativas del rol.

## **9.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

**Categoría diagnóstica:** Proceso de maternidad ineficaz (00221)

**Dominio 8:** Sexualidad

**Clase 3:** Reproducción

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Proceso de maternidad ineficaz relacionado con nutrición materna por debajo de lo adecuado evidenciado por la falta de información sobre un estilo de vida durante el embarazo (nutrición).

## **10.- PATRÓN AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

**Categoría diagnóstica:** Temor (00148)

**Dominio 9:** Afrontamiento/tolerancia al estrés

**Clase 2:** Respuesta de afrontamiento

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Temor relacionado con una situación potencialmente estresante (la hospitalización del recién nacido) evidenciado por angustia e inquietud.

**NOC:** Nivel de estrés (1212): gravedad de la tensión física o mental como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

## **11.- PATRÓN VALORES CREENCIAS.**

**Categoría diagnóstica:** Conflicto de decisiones (00083)

**Dominio 10:** Principios vitales

**Clase 3:** Congruencia entre valores/creencias/acciones

**Diagnóstico de enfermería (NANDA):** Conflicto de decisiones relacionado con falta de experiencia en la toma de decisiones evidenciado por expresión verbal de sentimientos de angustia en el cuidado del recién nacido.

**NOC:** Toma de decisiones (0906): capacidad para realizar juicio y escoger entre dos o más alternativas.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL**

- ❖ Monitorear la presión arterial, el pulso, y la respiración según corresponda.
- ❖ Vigilar la temperatura para registrar si hay signos de hipotermia o hipertermia.
- ❖ Proporcionar un ambiente térmico adecuado al RN, para que regule la temperatura y no se agrave la dificultad respiratoria.
- ❖ Colocar oxigenoterapia
- ❖ Controlar y registrar la saturación de oxígeno.
- ❖ Evaluar al recién nacido por ictericia en piel y mucosas, reflejos presentes, respuesta al estímulo.
- ❖ Colocar al niño en un termo cuna con fototerapia.
- ❖ Brindar una alimentación adecuada, de acuerdo con su estado clínico y su peso.
- ❖ Control del peso diario del recién nacido.
- ❖ Detectar existencia de malformaciones congénitas, mediante el examen físico.
- ❖ Realizar exámenes complementarios (glicemia, bilirrubinemia, hemoglobina).
- ❖ Administrar los requerimientos hídricos necesarios.
- ❖ Aplicar el método canguro para crear un mejor lazo afectivo entre madre-hijo

**CUADRO DE RELACIÓN DE PROBLEMA<sup>9</sup>.**

<b>PROBLEMA</b>	<b>TIPO DE DATOS</b>	<b>PATRÓN AFECTO</b>	<b>APARATO O SISTEMA</b>	<b>PATRÓN RESPUESTA</b>	<b>CATEGORÍA DIAGNOSTICA</b>
ICTERICIA	OBJETIVO	PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	SISTEMA TEGUMENTARIO	PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)
DISNEA	OBJETIVO	ELIMINACION E INTERCAMBIO	RESPIRATORIO	ELIMINACION E INTERCAMBIO	PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)
TRASTORNO DEL SUEÑO	SUBJETIVO	SUEÑO-DESCANSO	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	SUEÑO-DESCANSO	TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)
HIPOTERMIA	OBJETIVO	COGNITIVO PERCEPTUAL	TERMORREGILACION	COGNITIVO PERCEPTUAL	TERMORREGULACIÓN INEFICAZ (00008)
BAJO PESO	OBJETIVO	NUTRICIONAL METABOLICO	SISTEMA DIGESTIVO	NUTRICIONAL METABOLICO	LECHE MATERNA INSUFICIENTE (00216)

**PLANES DE CUIDADOS EN RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL**

**PLAN DE CUIDADO 1<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p>(00046) Deterioro de la integridad cutánea relacionada con cambios en la pigmentación evidenciado con Coloración amarillo de la piel, y el cordón umbilical.</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación (0403): movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar al recién nacido por coloración amarilla generalizada y respuesta al estímulo.</li> <li>• Colocar al recién nacido en una cuna con fototerapia.</li> <li>• Control de peso, talla, perímetro torácico, perímetro abdominal, y temperatura.</li> <li>• Colocar protección en ojos y en genitales para evitar lesiones</li> <li>• Cambio diario de antifaz.</li> <li>• Realizar cambios de posición cada 2 horas para garantizar la exposición a la luz.</li> <li>• Observar si hay deshidratación por piel y mucosas secas, fontanelas deprimidas, llanto sin lágrimas.</li> <li>• Control de bilirrubina</li> <li>• Evaluar al recién nacido por posibles complicaciones de fototerapia como: rash generalizado en piel.</li> <li>• Evaluar cantidad y olor de la orina.</li> </ul>	<p>Mediante la aplicación de cuidados y tratamiento el RN estabiliza su pigmentación</p>

**PLAN DE CUIDADO 2<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p><b>(00008)</b> Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez manifestada por fluctuaciones en la temperatura corporal.</p>	<p>Termorregulación del recién nacido <b>(0801):</b> Equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura durante dos horas.</li> <li>• Vigilar la temperatura del niño hasta que se estabilice.</li> <li>• Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.</li> <li>• Controlar presión arterial, pulso y la respiración, según corresponda.</li> <li>• Observar el color y temperatura de la piel.</li> <li>• Observar signos de hipotermia o hipertermia.</li> <li>• Favorecer una ingesta de líquidos adecuada.</li> <li>• Calentar al recién nacido inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdida de calor.</li> <li>• Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.</li> </ul>	<p>RN mediante la aplicación de cuidados de enfermería se logra estabilizar su temperatura dentro del rango 36.5°C-37°C</p>

**PLAN DE CUIDADO 3<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p><b>(00216)</b> Leche materna insuficiente relacionado con succión ineficaz evidenciado por ganancia de peso inferior a 500gr en un mes</p>	<p>Estado deglución: fase oral <b>(1012)</b>: preparación, contención y movimientos posterior de líquidos y/o sólidos en la boca</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado del recién nacido antes de iniciar la alimentación.</li> <li>• Colocar el pezón en la parte superior la lengua de manera que el niño cubra areola.</li> <li>• Monitorizar los signos del recién nacido que indican que está listo para alimentarse (boca y ojos abiertos, movimientos con la boca y la cara).</li> <li>• Monitorizar el mecanismo de ingesta del recién nacido</li> <li>• Aumentar la capacidad de alerta del recién nacido aflojándole la ropa, acariciando sus manos, pies o hablándole.</li> <li>• Fomentar la lactancia estimulando el reflejo de succión.</li> <li>• Aumentar la efectividad de la succión comprimiéndoles las mejillas</li> <li>• Expulsar los gases del recién nacido con frecuencia durante y después de las tomas.</li> <li>• Controlar la toma de líquidos.</li> <li>• Monitorizar y evaluar el efecto de succión durante la toma.</li> <li>• Medir la ingesta de leche del recién nacido en 24 horas.</li> <li>• Vigilar el peso del recién nacido.</li> <li>• Instruir a los padres sobre la importancia de la lactancia materna.</li> </ul>	<p>Recién Nacido que luego de aplicar intervenciones de enfermería se logra obtener una lactancia materna exitosa</p>

**PLAN DE CUIDADO 4<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p><b>(00032)</b> Patrón respiratorio ineficaz relacionado con fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por cianosis y aleteo nasal.</p>	<p>Estado respiratorio: ventilación <b>(0403)</b>: movimientos de entrada y salida del aire en los pulmones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar y registrar la frecuencia, ritmo y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>• Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, retracciones intercostales y supraclaviculares.</li> <li>• Vigilar si se produce respiraciones ruidosas.</li> <li>• Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.</li> <li>• Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente.</li> <li>• Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales.</li> <li>• Mantener permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>• Administrar oxígeno a través de un sistema humidificado.</li> <li>• Vigilar el flujo de litros del oxígeno.</li> <li>• Controlar la eficacia de la oxigenoterapia, según corresponda.</li> </ul>	<p>RN mejora las condiciones clínicas dando como resultado frecuencia respiratoria dentro de los parámetros normales</p>

**PLAN DE CUIDADO 5<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p><b>(00013)</b> Diarrea relacionado con la mala absorción intestinal evidenciada por eliminación de al menos tres deposiciones líquidas al día</p>	<p><b>(0602)</b> Hidratación agua adecuada en los comportamientos intra-extra celular del organismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la historia de la diarrea</li> <li>• Obtener una muestra de heces para realizar un cultivo y antibiograma si la diarrea continuase.</li> <li>• Evaluar el perfil de la medicación por si fuera efectos secundarios gastrointestinales.</li> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y excreta.</li> <li>• Controlar el peso diario.</li> <li>• Identificar los factores que puedan ocasionar la existencia de diarrea.</li> <li>• Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.</li> <li>• Administrar una solución intravenosa.</li> </ul>	<p>Se logra un manejo de la diarrea con la reposición líquidos y electrolitos.</p>

**PLAN DE CUIDADO 6<sup>10-11</sup>.**

<b>DX DE ENFERMERIA</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>PLAN DE INTERVENCIONES</b>	<b>RESULTADO CONSAGRADO/EJECUTADOS</b>
<p><b>(00055)</b> Desempeño ineficaz del rol relacionado con falta de información evidenciado por ansiedad y cambios en los patrones habituales de responsabilidad</p>	<p>Ejecución del rol <b>(1501)</b>: congruencia de la conducta del rol del individuo con las expectativas del rol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</li> <li>• Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</li> <li>• Valorar el ajuste del paciente a los cambios de la imagen corporal.</li> <li>• Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.</li> <li>• Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador.</li> <li>• Proporcionar un ambiente de aceptación.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</li> <li>• Proporcionar al paciente orientación sobre los aspectos de los cuidados.</li> </ul>	<p>RN mediante la capacitación de enfermería obtiene la información respectiva para la ejecución del rol</p>

## **EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA**

Se ha logrado una disminución de la morbilidad y de la mortalidad de estos pacientes debido al desarrollo científico-técnico y social alcanzado. La atención de enfermería juega un papel muy decisivo e importante en el aumento de la supervivencia en estos pacientes, con un menor número de secuelas y de complicaciones. El paciente debe lograr un aumento de peso más o menos de 30 g diarios<sup>7</sup>.

## **CIERRE**

Se determinó que las intervenciones de enfermería en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional disminuyen el número de secuelas y complicaciones que se presentan en el mismo.

El proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para la aplicación de cuidados, es de gran importancia en el ejercicio profesional de enfermería porque permite satisfacer las necesidades fundamentales, familia o comunidad, de la misma manera brindar una atención efectiva y de calidad.

Así como también a realizar planes de cuidados estandarizados encaminados hacia la búsqueda de cualquier problemas asociados a las diferentes patologías , logrando con esto una mejoría en el estado de la salud de los paciente.

Por lo cual se realizó este trabajo investigativo elaborando el proceso de atención de enfermería en recién nacidos pequeños para la edad gestacional utilizando el modelo de Marjory Gordon con sus once patrones funcionales, realizando diagnósticos de enfermería con sus dominios y clases, con el fin de brindar una atención integral y eficiente.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Boguszewski Margaret CS, Merico Verónica, Bergada Ignacio, Damiani Durval, Belgorosky Alicia, González Peter et al. *Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional*. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Oct 04]; 83(6): 620-634. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci_arttex)
2. Montoya N, Correa J. *Curvas de Peso al Nacer*. Rev. salud pública. [Internet]. Enero 2007. (citado 2015 Sept 30). 9 (1):1-10Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a02.pdf>
3. Mamani Jalacuri Nestor, Villca Rios Nestor Grover, Rodríguez Fernández Miguel Angel, Zuna Rodriguez Wilford Salustio, Llanque Conde Felix Jhonny, Llanque Conde Aristoteles. *Factores de Riesgo en el Recién Nacido con Retardo de Crecimiento Intrauterino*. Hospital General "San Juan de Dios" Oruro - servicio de pediatría (gestión: 01 de marzo del 2001 - 01 de junio del 2002). Ciencia y Medicina [revista en la Internet]. 2003 [citado 2015 Oct 04] ; (4): 7-11. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1111-11112003000100003&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1111-11112003000100003&lng=es).
4. Schonhaut L, Pérez M. Estudio de 258 *Prematuros en el Primer Año de Vida*. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2010 Jun [citado 2015 Oct 04]; 81(3): 253-260. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es).

5. Gómez F, MD. Rojas J, MD. *Restricción del Crecimiento Intrauterino*. Universidad de Caldas. [Internet]. CCAP.Vol 9(3):6.(citado: 2015 Oct 01).Disponible en: [https://scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_9\\_vin\\_3/Precop\\_9-3-A.pdf](https://scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-A.pdf)
6. Comella T. Cunningham M. Eyal F. Zenk K. *Neonatología* [Internet].5<sup>ta</sup> Edición. Buenos Aires-Argentina: Editorial Medica Panamericana; Junio 2009. (citado: 2015 Oct 30). Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=TATNJ9x-tDUC&pg=PA524&lpg=PA524&dq=recien+nacidos+peque%C3%B1os+para+la+edad+gestacional&source=bl&ots=Yi5ZLsjHw7&sig=0V3U2IX2qhVDmumdpW1khjKON9k&hl=es&sa=X&ved=0CCcQ6AEwATgKahUKEwjjw4PRmafIAhXFJh4KHR7oBZg#v=onepage&q=recien%20nacidos%20peque%C3%B1os%20para%20a%20edad%20gestacional&f=false>
7. Castro F.Omayda L.Otros. *Manual de Enfermería en Neonatología*. (internet).editorial ciencias médicas 2007. La Habana.2007.(citado: 2015 Oct 03).Disponible en: <https://pediattraselche.files.wordpress.com/2011/11/manual-de-enfermeria-en-neonatalogia.pdf>
8. OPS/OMS. *Manual de Atención Neonatal*.(internet).2011.Paraguay.(citado 2015 oct 02).Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2014/01/MANUAL-NEONATAL-diciembre-2011.pdf>
9. Heather H,Von G.La Taxonomía De Nanda International En: Heather H (ed.)*Nanda Diagnostico Enfermeros*.Barcelona:Elsevier;2012-2014.61

10. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner CH (eds). *Clasificación De Intervenciones De Enfermería (NIC)*. (6ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2013
  
11. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E (eds). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. (4ª ed.). Barcelona: Elsevier; 2009

# ANEXOS

## Artículo 1

([http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci_arttex))

by Follow Rules

Related Searches



artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

Ads By Follow Rules



San Pedro De

[Revista chilena de pediatría](#)  
versión impresa ISSN 0370-4106

**Rev. chil. pediatr. vol.83 no.6 Santiago dic. 2012**

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000600014>

Rev Chil Pediatr 2012; 83 (6): 620-634

Servicios Pers

Articulo

Español (p

Articulo en

Referencia

19:57  
11/10/2015

Argentina And Chile

Punta Arenas

Atacama Desert

Grey Glacier

Torres Del Paine

Chile Hotels

**Definición de niños PEG**

Aún no está clara la definición de niños PEG. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los niños nacidos PEG o con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) como aquellos cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 por género al nacer, para la edad gestacional. Cuando los datos sobre la edad gestacional no están disponibles, el peso al nacer < 2 500 g debería ser considerado como bajo<sup>6</sup>. Esta definición también se usa en las normas obstétricas y neonatales debido al hecho de que estos niños representan el grupo con la más alta morbilidad y mortalidad<sup>6,9</sup>. Sin embargo, los neonatos con bajo peso o talla al nacer (o ambos) con respecto a la edad gestacional deberían considerarse PEG.

Para los efectos de este consenso, un niño PEG es aquél cuyo peso y/o talla al nacer es al menos 2 desviaciones estándar (DE) por debajo de la media para su edad gestacional<sup>10</sup>.

Se recomienda particularmente que el término PEG no se utilice como sinónimo de RCIU. El término RCIU se refiere al crecimiento insuficiente del feto y solamente se debería usar si se dispone de por los menos 2 valoraciones del crecimiento intrauterino y si el feto no se está desarrollando normalmente. PEG se refiere al tamaño corporal (bajo peso y/o talla para una edad gestacional conocida) y es el usado en ausencia de información sobre el crecimiento fetal.

**Epidemiología**

6:25  
08/10/2015

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci_arttex)

Revista chilena de pediatría

www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062012000600014&script=sci\_arttex

Related Search by Follow Rules

San Pedro De Atacama

información sobre el crecimiento fetal.

**Epidemiología**

Aunque muchos países carecen de datos sobre la verdadera incidencia de niños nacidos PEG, existen estimaciones que oscilan entre el 2,3% (< -2 DE) y el 10% (< del percentil 10), según la definición utilizada<sup>11</sup>. En Latinoamérica, una evaluación realizada entre 1999 y 2004 en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, reveló que el 3,6% de 14 274 recién nacidos eran PEG, definidos como < del percentil 10 del peso y talla (comunicación de la Dra. Teresa Ortiz). En México, una revisión de 31 209 niños nacidos entre el año 2000 y 2002 mostró una prevalencia de PEG del 6% (< -2 DE de peso) en la población general, desde el 6,5% al 7,2% entre trabajadores asalariados de la Ciudad de México (n = 807) y desde el 3,7 al 6,9% en campesinos no asalariados de pequeñas comunidades rurales (n = 339)<sup>12</sup>. La discrepancia entre los niños nacidos PEG en países latinoamericanos puede depender también de la gráfica de crecimiento que se utiliza, si ha sido apropiadamente actualizada y si refleja la mezcla étnica de un determinado país. Además, el número de nacimientos PEG puede depender del estrato socioeconómico y del porcentaje de malnutrición existente en los países latinoamericanos.

Ads By Follow Rules

## Artículo 2 (<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a02.pdf>)

Rev. salud pública. 9 (1):1-10, 2007

Artículos Originales/Original Articles

# Curvas de Peso al Nacer

## Birth-weight curves

Nora E. Montoya-Restrepo<sup>1</sup> y Juan C. Correa-Morales<sup>2</sup>

1. Susalud. Medellín, Colombia. [noramore@susalud.com.co](mailto:noramore@susalud.com.co)  
2. Escuela de Estadística, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. [jcorrea@unalmed.edu.co](mailto:jcorrea@unalmed.edu.co)

se encuentran por encima del percentil 90 o recién nacidos pequeños, los que se hallan por debajo del percentil 10 (2).

Tanto los recién nacidos grandes para la edad gestacional como los pequeños, son considerados poblaciones de alto riesgo para presentar problemas de morbilidad y mortalidad. Entre los recién nacidos grandes los problemas más comunes son los traumatismos fetales y los trastornos del metabolismo (2); en los recién nacidos pequeños, lo son las afecciones perinatales, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas (3). Las tasas de mortalidad entre los recién nacidos pequeños son de cinco a seis veces mayores que las que presentan los neonatos con crecimiento normal para la misma edad gestacional (2).

En la década de los sesenta se publicaron los trabajos de Lubchenco y colaboradores sobre el crecimiento intrauterino y, en los setenta los de Babson y colaboradores, y sus resultados se convirtieron en estándares utilizados a nivel mundial. De igual manera, Lejarraga en Buenos Aires, Cascante en Costa Rica y González en Chile (4), entre otros, aportaron resultados similares a los anteriores. Sin embargo, se ha visto que el empleo de patrones extranjeros subestima las condiciones de las poblaciones en las que se está evaluando el neonato problema, por lo cual se hace necesario disponer

Artículo3([http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11111112003000100003&lng=es.](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11111112003000100003&lng=es.))

Revista Científica Ciencia y Medicina  
versión impresa ISSN 1111-1111  
Ciencia y Medicina n.4 Cochabamba 2003

TRABAJOS GANADORES

**FACTORES DE RIESGO EN EL RECIÉN NACIDO CON RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" OROUO - SERVICIO DE PEDIATRÍA (GESTIÓN: 01 de marzo del 2001 - 01 de junio del 2002)**

Mamani Jalacuri Nestor Vilca Rios Nestor Grover Rodríguez Fernández Miguel Angel Zuna Rodríguez Wilford Salustio  
ASESORES: Dr. Felix Jhonny Llanque Conde Dr. Aristoteles Llanque Conde

UNIVERSIDAD TECNICA DE OROUO

Servicios Personalizados  
Artículo en PDF  
Artículo en XML  
Referencias del artículo  
Como citar este artículo  
Traducción automática  
Enviar artículo por email  
Indicadores  
Links relacionados  
Bookmark

Según el Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) en su última actualización de Noviembre del 2001 ubica a Bolivia y Venezuela como los países con más alto porcentaje de nacidos con bajo peso aproximadamente entre 10 y 16.4 %. En países desarrollados esto ocurre en un 6 % de nacidos con bajo peso.

Ante la presencia de un retraso en el crecimiento fetal se multiplica los riesgos perinatales :

- La mortalidad neonatal (dentro de los 28 días de vida) es 5.1 veces más frecuente.
- La mortalidad infantil (dentro del año de vida) es 4.7 veces más frecuente.
- La diarrea infantil que requiere hospitalización es 2.2 veces más frecuente.
- El aumento de la presión arterial a los 15 años de vida es 3.5 veces más frecuente.
- La disminución del coeficiente intelectual (< de 70) a los 15 años es 1.6 veces más frecuente.
- La neumonía en los 2 primeros años de vida es 1.8 veces más frecuente.

Los niños con retardo del crecimiento intrauterino tiene 5 veces más posibilidades de morir dentro del primer año de vida, si se compara con bebés con peso adecuado al nacer. El RCIU se asocia con variables socioeconómicas y culturales, con condiciones biológicas de la madre y con diversas patologías que afectan ala madre y al feto, siendo las principales las que se muestran a continuación:

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS**  
Edad, nivel socioeconómico, educación, estado civil, bajo peso materno para su altura, alteraciones genitourinarias, Hipertensión, Hipotensión, Diabetes Mellitus, Infecciones, Anemia, Tabaquismo, Alcoholismo, Desnutrición, Malnutrición, Cuidado prenatal inadecuado, Estrés físico o psicológico.

**FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES:**

- 1) Altura
- 2) Contaminación ambiental

**FACTORES DE RIESGO FETALES**

- 1) Oligo y polihidramnios
- 2) Anomalías fetales ( genéticos )
- 3) Ruptura prematura de Membranas

**FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS**

- 1) Abortos múltiples
- 2) Previos recién nacidos de bajo peso

# Artículo 4 ([http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es.))

Revista chilena de pediatría x

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es.

artículos | búsqueda de artículos

sumario anterior próximo autor materia búsqueda home alfab

**Revista chilena de pediatría**  
versión impresa ISSN 0370-4106

**Rev. chil. pediatr. v.81 n.3 Santiago jun. 2010**

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000300009>

Rev Chil Pediatr 2010; 81 (3): 253-260

HACE 75 AÑOS/SEVENTY-FIVE YEARS AGO

**Estudio de 258 Prematuros en el Primer Año de Vida**

Extracto y comentario del artículo publicado en *Revista chilena de Pediatría* 1941; 12(1): 1 -31 y 93 -151

**ÓSCAR ILLANES BENITEZ<sup>1</sup> y RENE ALFARO DE LA CERDA<sup>1</sup>**  
Comentario: LUISA SCHONHAUT B.<sup>2</sup> y MARCELA PÉREZ R.<sup>2</sup>

1. Casa Nacional del Niño, Clínica Extraordinaria de Pediatría, Profesor A. Artztia.
2. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.

[Dirección para correspondencia](#)

Servicios Personalizados

Artículo

- Español (pdf)
- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

- Citado por ScELO
- Accesos

Links relacionados

Compartir

- Otros
- Permalink

ES 12:07 12/10/2015

Revista chilena de pediatría x

www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0370-41062010000300009&lng=es.

Importa recalcar el siguiente hecho de importancia higiénica y social: las madres de casi la mitad de estos niños murieron, en su gran mayoría, en los días o en las semanas siguientes al parto.

Se confirma que la posibilidad de contaminación está en relación directa con la duración del contacto. El 10% de los separados al nacer, enferman de tuberculosis y el 33% de los que permanecieron en contacto enfermaron. Todos los prematuros tuberculosos, que fueron doce, murieron: diez antes del término del segundo semestre, y 2, durante el tercer trimestre.

9) La lúes materna, aislada o asociada a otra causa de prematurez, se mostró en el 13,9% (33 niños). De los 33 murieron 17, es decir, el 51,5%, que es la mortalidad más alta con respecto a un factor etiológico de prematurez determinado; siete por lúes y los otros diez, por afecciones intercurrentes. De los 16 sobrevivientes, 3 hicieron lúes y curaron después de recibir el tratamiento correspondiente.

10) La mortalidad ascendió al 41,4%. Muy semejante a la de algunos países mejor organizados socialmente que el nuestro. Estuvo en relación directa con la disminución del peso de nacimiento. Considerada con respecto a la edad fue mínima en el periodo de recién nacido y a partir de aquí se elevó con rapidez hasta alcanzar en el cuarto mes la cima con un 24,2%; en el quinto bajó a 12,1% y en el resto del año descendió a proporciones mínimas. Esta curva es algo diversa a las que se da en los textos, en que el nivel más alto está precisamente en la época de recién nacido, baja muy rápidamente hasta el cuarto mes, en que vuelve a alzarse, pero en forma discreta haciéndose muy baja en el resto del año. La diferencia principal radica, como se ve, en el primer mes. Esto se explica, a nuestro juicio porque sólo ingresan aquellos prematuros que se han librado de los accidentes propios del parto y los que presentan una vitalidad compatible con las contingencias del cuidado deficiente previo al ingreso. A lo anterior se agrega el cuidado correcto que se les prodiga en el establecimiento.

El aumento de la mortalidad señalado en el cuarto mes que describen también algunos autores, como Sales y Valléry, Radot y Feer, si bien no en forma tan acentuada como en nuestra curva se explica según nuestro entender, por el ambiente del establecimiento cerrado del Asilo favorable al desarrollo y difusión de las infecciones, en especial las gripales, a lo que se agrega la pronta aparición de la anemia y del raquitismo, que exacerban la disergia.

Se hace notar, sin embargo, que se ha hecho evidente un progreso marcado en el cuidado de estos niños, pues por el estudio anual de la mortalidad se ve un franco descenso de ella, que en los últimos años tiende a fluctuar entre 20 y 30%.

Los procesos infecciosos intercurrentes especialmente las: bronconeumonías, las sepsis y las otitis, constituyeron el grupo causal de muerte más numeroso: 66,3%. A continuación las infecciones conatales (tuberculosis y lúes): 14%; los factores de mortalidad precoz (debilidad congénita, hemorragias cerebral y umbilical): 7,4%; los trastornos nutritivos: 6,5% y otras causas: 5,6%.

Hemos explicado el motivo de la mayor frecuencia de los procesos infecciosos en las causas de muerte y por qué intervienen en un plano secundario los factores de mortalidad precoz. La reducida frecuencia de los trastornos nutritivos se debe a la naturaleza asistencial del establecimiento.

ES 12:12 12/10/2015

# Artículo 5 ([https://scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_9\\_vin\\_3/Precop\\_9-3-A.pdf](https://scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-A.pdf))

## Restricción del crecimiento intrauterino

R e s t r i c c i ó n d e l c r e c i m i e n t o  
i n t r a u t e r i n o

Fernando Arango Gómez, MD  
Pediatra neonatólogo  
Grupo Materno-Perinatal de Caldas  
Universidad de Caldas

Julián Grajales Rojas, MD  
Pediatra neonatólogo  
Universidad Tecnológica de Pereira

Es el feto cuyos parámetros ecográficos biométricos, incluyendo el peso fetal estimado, se encuentran por debajo de un valor para la edad gestacional. Tradicionalmente, el límite se ha establecido en el percentil 10. Un punto de corte más riguroso, como el percentil 5 o el percentil 3, es más específico pero menos sensible, pudiendo ocasionar que no se vigile en forma adecuada a fetos en riesgo de presentar RCIU.

Debe tenerse en cuenta que no todos los fetos que están creciendo por debajo del percentil 10 tienen riesgo de presentar resultados adversos y simplemente pueden ser constitucionalmente pequeños; esto ocurre aproximadamente en el 70% de los fetos que crecen por debajo del percentil 10.

**Recién nacido pequeño para la edad gestacional**

Es el recién nacido cuyo peso al nacer está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

crómicas e infecciones congénitas de inicio precoz. Ocurre en el 20 al 30% de los casos de RCIU. Las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal son más altas en este tipo de RCIU.

**RCIU asimétrico (tipo II)**

Se refiere a mayor disminución en el tamaño del abdomen que de la cabeza. Representa el 70 al 80% de los casos de RCIU. Es causado por factores que tienen mayor efecto en la hipertrofia celular fetal y por cambios en el sistema circulatorio. Puede ser secundario a insuficiencia placentaria. La disminución desproporcionada en el tamaño de los órganos fetales es debida a la capacidad del feto para adaptarse y redistribuir su gasto cardiaco a favor de órganos vitales.

Sin embargo, se ha demostrado que la edad gestacional en que interactúa el factor de riesgo es más importante que su naturaleza misma. Por ejemplo, las formas más severas de insuficiencia feto-placentaria con inicio temprano en la gestación,

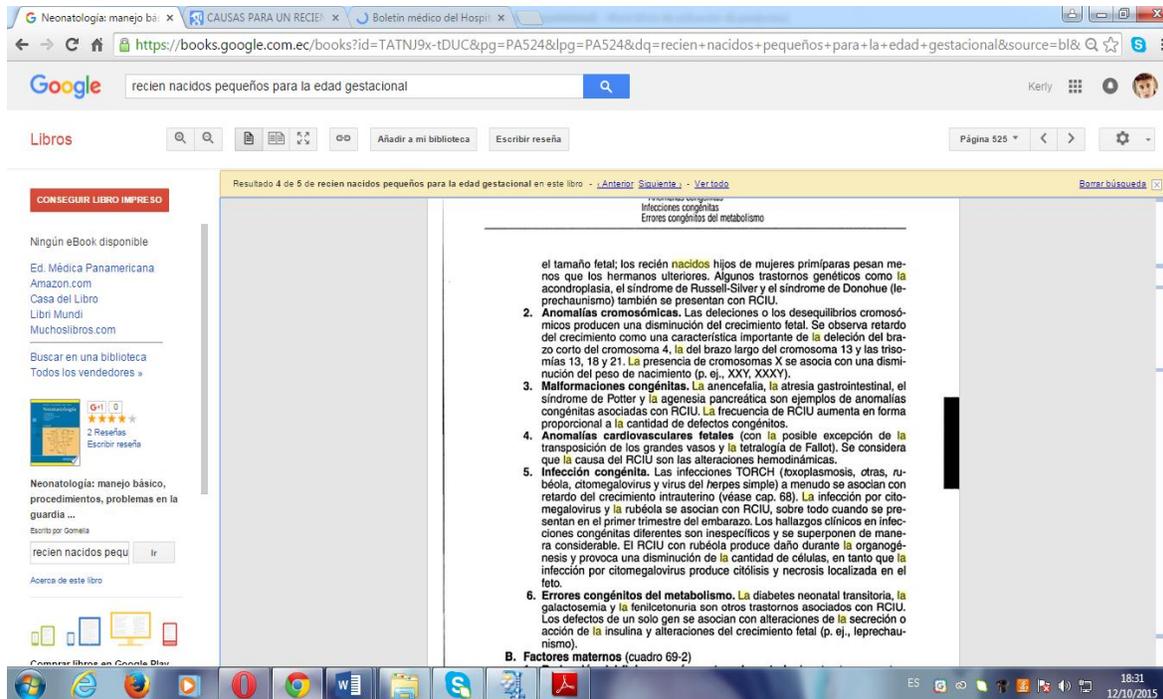
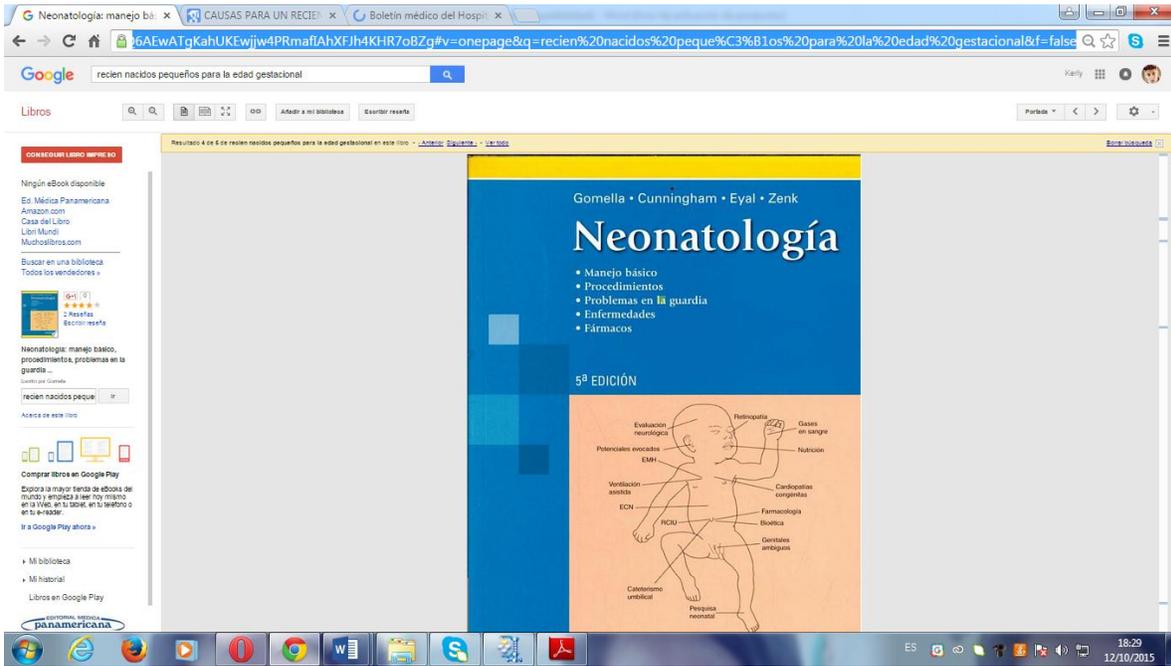
**Tabla 1. Fases del crecimiento fetal**

Fase	Cambios	Semanas de gestación	Ganancia de peso
Hiperplasia celular	Incremento rápido en el número de células.	Primeras 16 semanas	5 g/día a la semana 15
Hiperplasia e hipertrofia celular	Incremento en el número y tamaño de células.	17 a 32 semanas	15 a 20 g/día a la semana 24
Hipertrofia celular	Incremento rápido en el tamaño celular. Depósito de grasa y glucógeno.	> 32 semanas	30 a 35 g/día a la semana 34

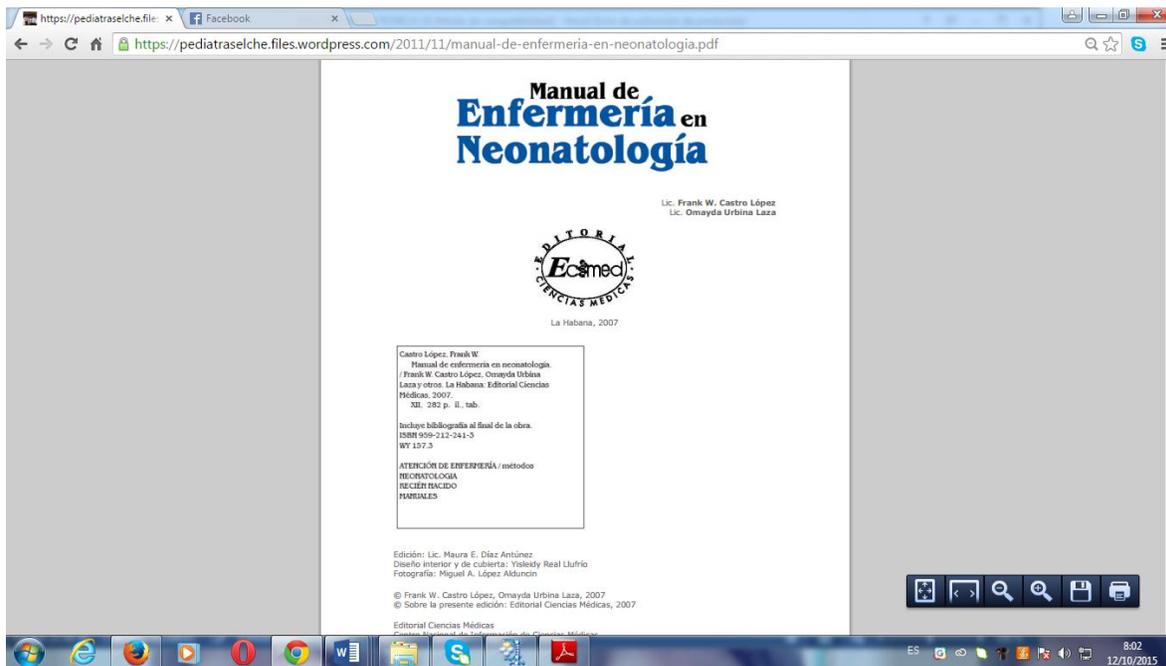
Fuente: datos tomados de Liu CC, Santolaya-Forgas R. Current concepts of fetal growth restriction: part I. Causes, classification, and pathophysiology. *Obstet Gynecol* 2009;114:44-55.

6 Precop SCP

# Artículo 6



## Artículo 7 (<https://pediatraselche.files.wordpress.com/2011/11/manual-de-enfermeria-en-neonatalogia.pdf>)



### Características clínicas

La severidad de los signos clínicos está relacionada con el grado de insuficiencia placentaria que existe, que se agrava con el curso del tiempo. Estas manifestaciones clínicas fueron clasificadas por Clifford en 3 estadios:

*Primer estadio (aproximadamente 7 días después del término)*

- Cráneo con avanzada osificación.
- Talla superior a la normal.
- Escaso panículo adiposo.
- Ausencia de vómitos caseosos.
- Piel seca, apergamizada y descamada.
- Uñas largas y quebradizas.
- Cabello abundante.
- Expresión despierta y observadora.
- Trastornos del sueño.

*Segundo estadio (aproximadamente 14 días después del término)*

- Características del primer estadio.
- Coloración amarillo-verdosa de la piel, las uñas y el cordón umbilical.

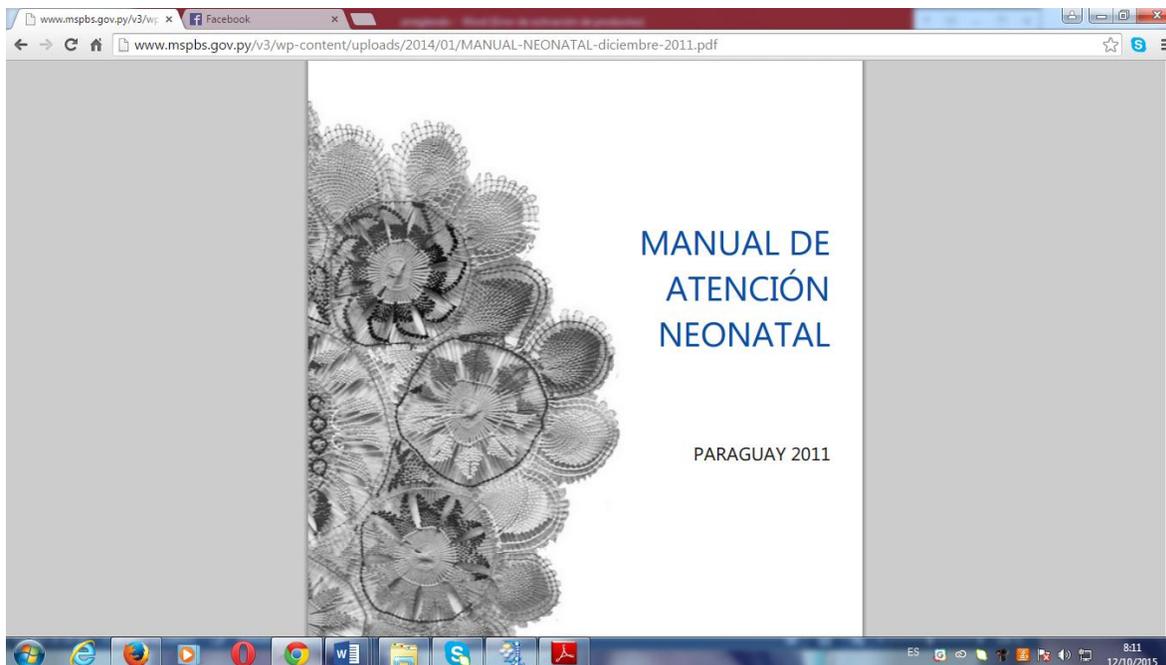
*Tercer estadio (aproximadamente 21 días después del término)*

- Cumplir estrictamente las indicaciones médicas:
  - Administrar los requerimientos hídricos necesarios, ya que son mayores que en el RN normal, así como las calorías necesarias para que logre una ganancia adecuada de peso en el periodo neonatal.
  - Corregir las alteraciones hematológicas si existieran (policitemia)
- Aplicar el método canguro para ayudar a la ganancia de peso del RN y proporcionar un mejor rapport entre madre e hijo. Explicar a la madre la posición correcta de esta técnica y sus beneficios.

### Evaluación de enfermería

En la actualidad se ha logrado una disminución de la morbilidad y de la mortalidad de estos pacientes debido al desarrollo científico-técnico y social alcanzado. La extremada atención de enfermería juega un papel muy decisivo en el aumento de la supervivencia en estos pacientes, con un menor número de secuelas y de complicaciones. El paciente debe lograr un aumento de peso más o menos de 30 g diarios hasta alcanzar las mensuraciones correspondientes con su edad.

**Artículo 8** (<http://www.mspbs.gov.py/v3/wp-content/uploads/2014/01/MANUAL-NEONATAL-diciembre-2011.pdf>)



### EXAMEN FÍSICO

Valorar al RN dentro del mes de vida, implica conocer en detalle las variaciones que éste va presentando con el transcurso de los días, ya que en esta etapa de la vida, el correr de las semanas hace que los hallazgos esperados puedan ser diferentes en breves periodos de tiempo.

**Requisitos para un buen examen físico**

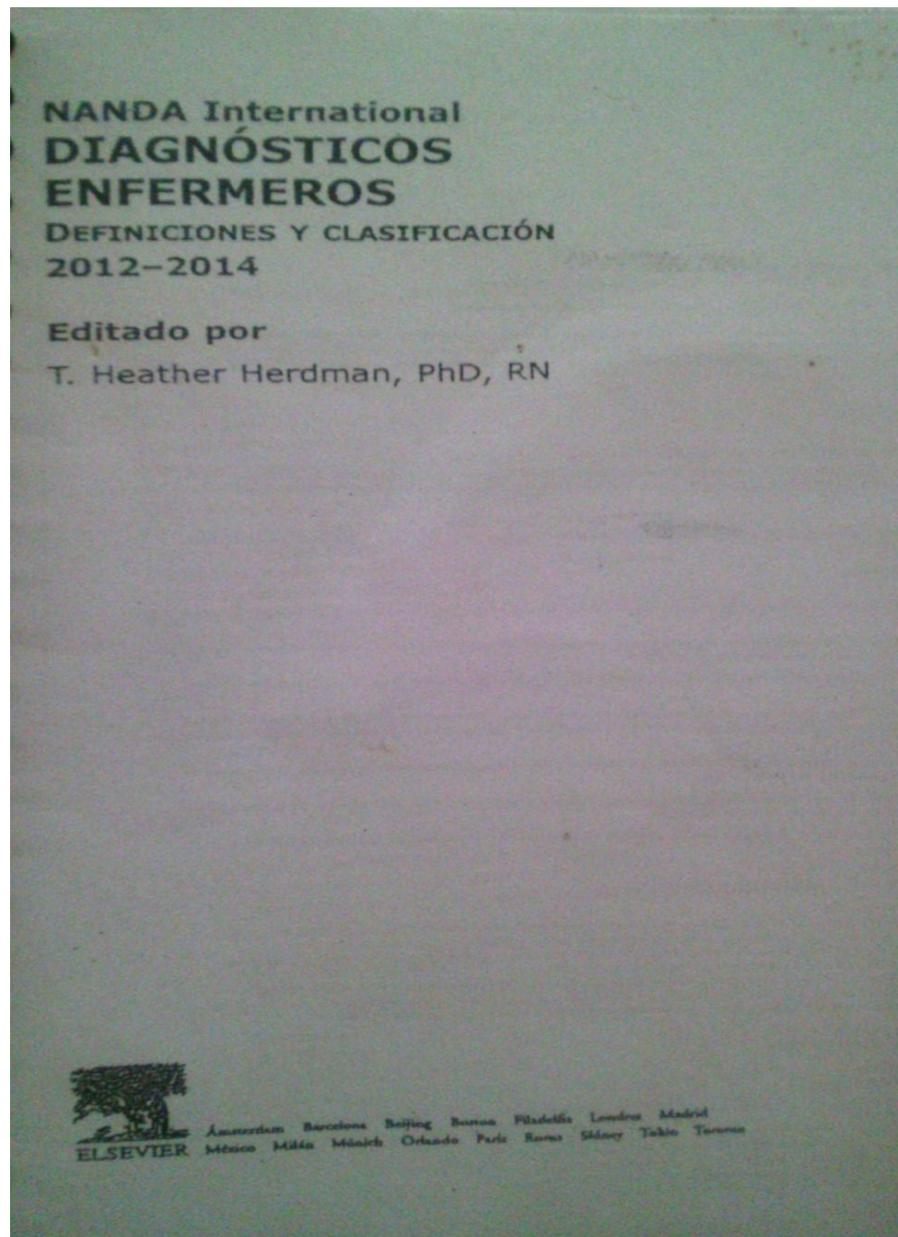
- El examinador debe asegurarse de asear muy bien sus manos y antebrazos con jabón y agua.
- Limpiar el estetoscopio con alcohol.
- Realizar el EF en un ambiente térmico adecuado (26–28 °C), con luz natural, sin corrientes de aire.
- El RN deberá estar completamente desnudo (limitando el tiempo de permanencia en esta condición para evitar hipotermia), idealmente entre 2 lactadas para evitar la somnolencia postprandial y la irritabilidad previa al alimento.
- Parte del EF se puede realizar estando el RN en brazos de la madre.
- Iniciar con la auscultación cardiaca y pulmonar.
- Dejar registrada la fecha del EF y las horas de vida del RN.

Lo ideal es realizar el EF de un RN a término entre 5 a 6 veces en el primer mes de vida, desde su nacimiento.

**AL NACER:** es el efectuado por la persona encargada de la recepción neonatal, en los primeros minutos de vida.  
El propósito de este examen es doble:

- a) Asegurar que no existen signos de inestabilidad cardiopulmonar importantes que requieran intervención.
- b) Identificar anomalías congénitas de consideración.

**Artículo 9** (NANDA International. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. DEFINICIONES Y CLASDIFICACION 2012-2014 Editado Por Theather Herdman, PhD, Rn.)

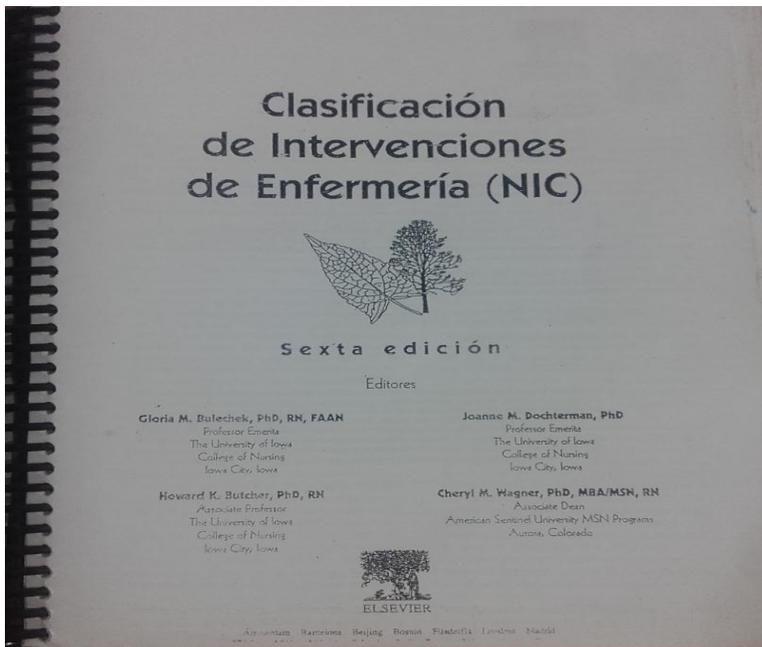


PARTE 2 FORMACIÓN E IMPLEMENTACIÓN  
DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA  
INTERNATIONAL EN LA PRÁCTICA, GESTIÓN,  
INVESTIGACIÓN, INFORMÁTICA Y FORMACIÓN

Capítulo 2 Valoración enfermera, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: cómo determinar diagnósticos precisos <i>Margaret Lunney</i>	67
Las enfermeras son diagnosticadoras	71
Competencias intelectuales, interpersonales y técnicas	72
Competencias intelectuales	73
Competencias interpersonales	73
Competencias técnicas	74
Fortalezas personales: tolerancia a la ambigüedad y práctica reflexiva	74
Tolerancia a la ambigüedad	75
Práctica reflexiva	75
Valoración y diagnósticos enfermeros	76
Marco para la valoración	76
Razonamiento diagnóstico asociado a la valoración enfermera	76
Reconocer la existencia de claves	77
Generar mentalmente posibles diagnósticos	77
Comparar las claves con posibles diagnósticos	78
Realizar una recogida focalizada de datos	78
Validación de los diagnósticos	79
Ejemplo de estudio de un caso práctico	79
Análisis de los datos de salud: diagnósticos enfermeros	81
Clasificación de resultados enfermeros	82
Clasificación de intervenciones enfermeras	82
Apéndice: Patrones Funcionales de Salud como marco para la valoración	84
Directrices	84
Patrón de manejo-percepción de la salud	85
Patrón nutricional-metabólico	85
Patrón de eliminación	86
Patrón de actividad-ejercicio	86
Patrón reposo-sueño	86
Patrón cognitivo-perceptivo	87
Patrón de autopercepción-autoconcepto	87
Patrón de rol-relaciones	87
Patrón de sexualidad-reproducción	88
Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés	88
Patrón de valores-creencias	88
Análisis de los datos, diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones	89
	90
Capítulo 3 El diagnóstico enfermero en la formación <i>Barbara Krainovich-Müller, Fritz Frauensfelder, Maria Müller-Staub</i>	90
La importancia para la formación enfermera	91
La enseñanza del marco del proceso enfermero	91
La enseñanza de la fase de valoración del proceso enfermero	91

Intenidos

**Artículo 10 (CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC), EDITADO POR Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner.)**



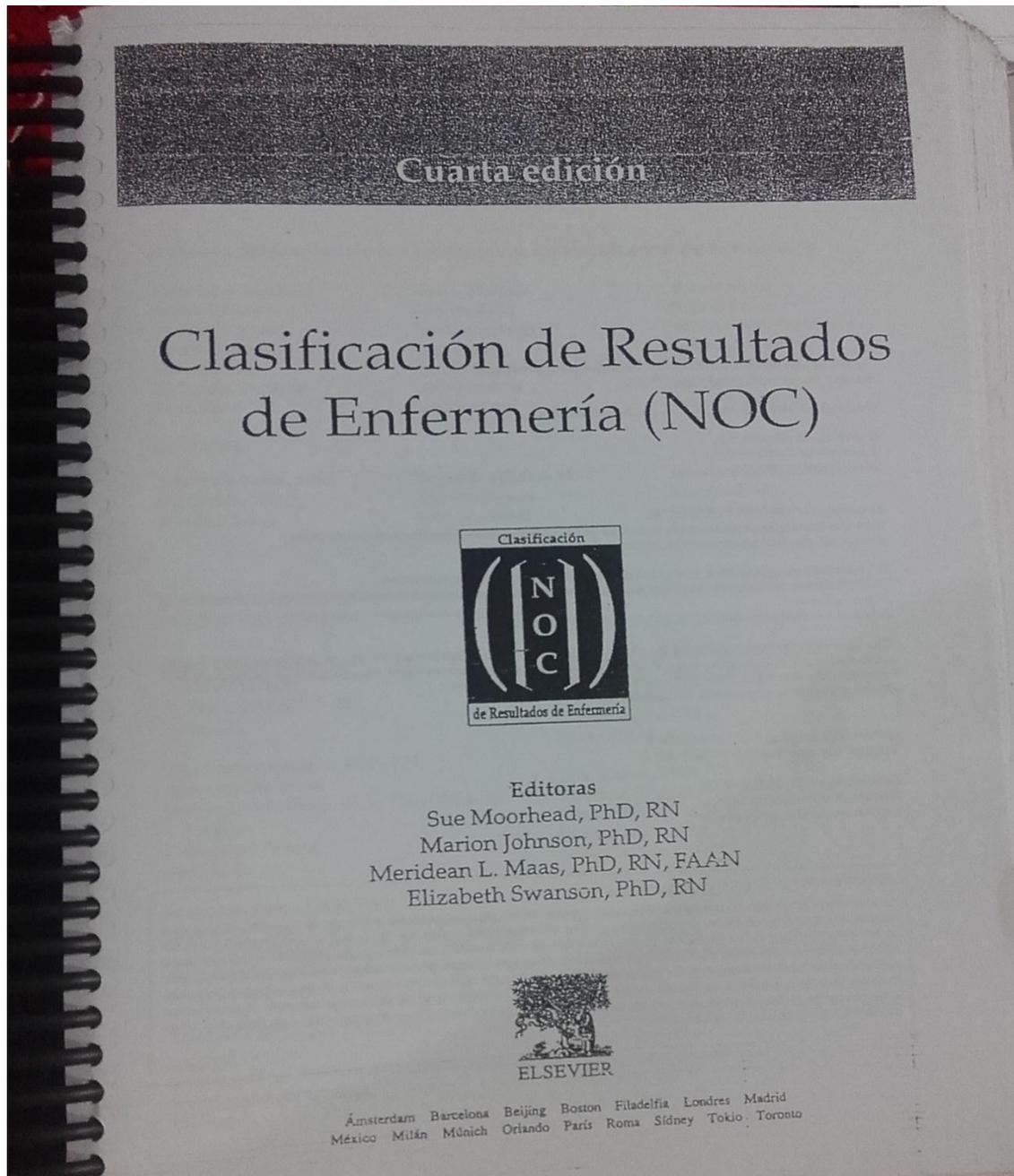
44 Segunda Parte Taxonomía de las intervenciones de enfermería

TAXONOMÍA NIC

Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
<p><b>1. Fisiológico: Básico</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento físico</p> <p><b>A. Control de actividad y ejercicio</b> Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía</p> <p><b>B. Control de la eliminación</b> Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de estas alteradas</p> <p><b>C. Control de inmovilidad</b> Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas</p> <p><b>D. Apoyo nutricional</b> Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional</p> <p><b>E. Fomento de la comodidad física</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas</p> <p><b>F. Facilitación del autocuidado</b> Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria</p>	<p><b>2. Fisiológico: Complejo</b> Cuidados que apoyan la regulación homeostática</p> <p><b>G. Control de electrolitos y ácido-básico</b> Intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido-básico y prevenir complicaciones</p> <p><b>H. Control de fármacos</b> Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos</p> <p><b>I. Control neurológico</b> Intervenciones para optimizar la función neurológica</p> <p><b>J. Cuidados perioperatorios</b> Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía</p> <p><b>K. Control respiratorio</b> Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso</p> <p><b>L. Control de la piel/heridas</b> Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos</p> <p><b>M. Termorregulación</b> Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales</p> <p><b>N. Control de la perfusión tisular</b> Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos</p>	<p><b>3. Conductual</b> Cuidados que apoyan el funcionamiento psicoemocional y facilitan los cambios de estilo de vida</p> <p><b>O. Terapia conductual</b> Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables</p> <p><b>P. Terapia cognitiva</b> Intervenciones para reestructurar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable</p> <p><b>Q. Potenciación de la comunicación</b> Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales</p> <p><b>R. Ayuda para el aprendizaje</b> Intervenciones para ayudar o crear a crear sus propios puntos fuertes, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento</p> <p><b>S. Educaciones de los pacientes</b> Intervenciones para facilitar el aprendizaje</p> <p><b>T. Fomento de la comodidad psicológica</b> Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas</p>	<p><b>4. Seguridad</b> Cuidados que apoyan la protección contra daños.</p> <p><b>U. Control en casos de crisis</b> Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas</p> <p><b>V. Control de riesgos</b> Intervenciones para limitar actividades de reducción de riesgos y controlar el control de riesgos a lo largo del tiempo</p>	<p><b>5. Familia</b> Cuidados que apoyan a la unidad familiar</p> <p><b>W. Cuidados de un nuevo bebé</b> Intervenciones para ayudar a la preparación del padre y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto</p> <p><b>Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé</b> Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños</p> <p><b>X. Cuidados durante la vida</b> Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida</p>	<p><b>6. Sistema sanitario</b> Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria</p> <p><b>Y. Mediación del sistema sanitario</b> Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria</p> <p><b>Gerencia del sistema sanitario</b> Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para la prestación de los cuidados</p> <p><b>Control de la información</b> Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria</p>	<p><b>7. Comunidad</b> Cuidados que apoyan la salud de la comunidad</p> <p><b>V. Fomento de la salud de la comunidad</b> Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad</p> <p><b>Control de riesgos de la comunidad</b> Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad</p>

Taxonomía NIC 45

**Artículo 11 (CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC) Cuarta Edición. EDITORES. Moorhead S, Johnson M, Meridean L.Mass, Swanson E.)**



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** BEATRIZ BENAVIDES.docx (D16756565)  
**Submitted:** 2015-12-15 20:44:00  
**Submitted By:** kgarcia@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 9 %

### Sources included in the report:

jesy y vero para el urkun FINAL mmmmmmm 17 DE MARZO.docx (D13652598)  
tesis terminada gracias a dios todo poderoso y todas las personas que me ayudaron.docx (D10726390)  
<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00--off-0enfermeria-00-0-0-10-0-0-0-0prompt-10-4---stl-4-0-11-11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-0urfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01963050eb861d574931320d.11.25>  
<https://pediatraselche.files.wordpress.com/2011/11/manual-de-enfermeria-en-neonatologia.pdf>

### Instances where selected sources appear:

10

*Handwritten signature:*  
Beatriz Benavides  
0704340207



