

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTE CON ICTERICIA NEONATAL
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL SERVICIO
DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE
HUANCAVELICA**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

Lic. NADIA ANGIOLINA TORRES SKOPAC

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
ENFERMERÍA EN CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL**

ASESOR:

Dra. Esvia Consuelo Tornero Tasayco

Lima, Perú

2018

DEDICATORIA

A Dios y a mí querida abuelita que se encuentra al lado de nuestro creador.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega porque gracias a ella se hizo posible poder estudiar la especialidad, gracias a los maestros que apostaron por nosotras y así poder culminar satisfactoriamente con todo lo propuesto.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	10
DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO APLICACIÓN DEL PAE-EBE)	
I. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS.....	26
II. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	35
III. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES.....	36
IV. EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	49
V. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	49
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	54

RESUMEN

Posterior al nacimiento el recién nacido cursa por un periodo de transición para ajustarse a los cambios fisiológicos extra uterinos. Durante este periodo es común la aparición de complicaciones como la ictericia neonatal, padecimiento común a nivel mundial, que se define como la coloración amarilla de la piel resultado de los altos niveles circulantes de bilirrubina. Representa una de las principales causas de morbilidad, tanto en recién nacidos de término como en pre término. Su etiología se encuentra relacionada con distintos factores de riesgo maternos y/o neonatales y, aunque sus índices de mortalidad son bajos, el retraso en su diagnóstico y tratamiento conlleva severas complicaciones, como el *kernicterus*. Uno de los factores de riesgo; es la hiperbilirrubinemia por incompatibilidad sanguínea entre la madre y el recién nacido, como es el presente caso, que requiere la inmediata y oportuna atención del Equipo de salud en especial del profesional de Enfermería que labora en los servicios de cuidados neonatales, con la finalidad de limitar el daño, favorecer la pronta recuperación, la reunión del binomio y la posterior integración del recién nacido a la dinámica familiar. El presente PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA se elabora bajo el marco conceptual del modelo de adaptación de Callista Roy, adaptado a la NANDA II herramienta metodológica para priorizar el cuidado de Enfermería y así lograr y/o mejorar el nivel de adaptación del recién nacido.

Palabras clave: Cuidados, neonato, ictericia, neonatal, hiperbilirrubinemia.

ABSTRACT

After birth the recently born is going through by a transition period to adjust the extrauterine physical changes. During this period is common that the complications appear such as neonatal jaundice, common suffering around the world that it defines like a yellow coloration of the skin result of the biggest levels of bilirubin. It represents one of the principal causes of morbidity, both in newborns of term and preterm. Their etiology is related with different maternal risk factors or neonatal and, although their mortality rates are low, the delay in their diagnosis and treatment lead to severe complications, like the kernicterus. One of the risk factors; is the hyperbilirubinemia by blood incompatibility between the mother and the newborn, as is the present case, that require the instant and timely attention from the health team in special from the nursing professional that work in neonatal care services, with the purpose to limit the damage, to favor the soon recuperation, the meeting of the binomial and the subsequent integration of the newborn to the familiar dynamic. The present NURSING ATTENTION PROCESS is elaborate under the conceptual framework of the adaptation model from Callista Roy, adapted to the NANDA II methodological tool to prioritize the nursing care and thus achieve or improve the adaptation level of the newborn.

Key words: Cares, newborn, icteric, neonatal, hyperbilirubinemia.

INTRODUCCIÓN

La ictericia es un signo clínico que puede ser una manifestación de hiperbilirrubinemia en el recién nacido; es la coloración amarilla de la piel que resulta del incremento en la bilirrubina circulante, y se detecta en la inspección del recién nacido cuando la bilirrubina sérica total excede los 5mg/dl

Por otra parte, la hiperbilirrubinemia puede ser el resultado de la incompatibilidad sanguínea entre la madre y el Recién Nacido, conocida como enfermedad hemolítica del recién nacido. El presente Proceso de Atención de Enfermería se realizó de un recién nacido con dicha afección.

En la Enfermedad hemolítica de recién nacido la sangre Rh B positivo del feto se pone en contacto con la sangre O Rh positivo de la madre durante el embarazo o parto, lo que estimula la producción de anticuerpos en la madre contra el antígeno Rh positivo del feto o recién nacido. Los anticuerpos atraviesan la barrera placentaria y se unen a los hematíes fetales, los cuales son destruidos y eliminados. El parto prematuro hace más susceptible al neonato a complicaciones asociadas a niveles de bilirrubina sérica, como la neurotoxicidad.

En casos extremos puede observarse anasarca, plétora e insuficiencia cardíaca, además de daño cerebral o muerte por kernicterus. En México la Enfermedad hemolítica de recién nacido por isoimmunización en el Recién Nacido es responsable de 0.33% de la mortalidad neonatal. Aproximadamente 1% de la población indígena y cerca del 3% de la población mestiza tiene factor de riesgo.

Durante la atención de pacientes neonatos, se considera primordial la jerarquización de intervenciones de enfermería y la optimización del tiempo, para disminuir los periodos de estrés, posibles complicaciones y evitar la pérdida calórica innecesaria.

El cuidado de enfermería basado en un marco teórico o conceptual permite individualizar y jerarquizar las necesidades de cuidado del paciente, además asegura la calidad en su atención. El cuidado de enfermería considera las necesidades particulares de cada individuo, e incluye la de aquellos que por voluntad o capacidad no pueden mantener su salud por sí mismos.

En el presente trabajo se consideró como fundamento teórico el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, la cual, inspirada en su experiencia en el cuidado de pacientes pediátricos, observó la capacidad de resistencia o resiliencia de los niños para responder y adaptarse a cambios significativos a nivel fisiológico y psicológico. Roy define la Enfermería como la profesión responsable de satisfacer las necesidades de cuidado, con la meta de promover la adaptación en cada uno de los 4 modos adaptativos, para contribuir a la salud, la calidad de vida o la muerte digna.

En el modelo de adaptación de Roy la persona es un sistema adaptativo holístico, un todo conformado por un conjunto de partes interconectadas e interdependientes para su funcionamiento, en constante interacción con un ambiente constituido por condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan su desarrollo y comportamiento. La adaptación constituye el proceso y resultado de la integración entre la persona y su ambiente. El nivel de adaptación representa las condiciones del proceso de vida del sistema adaptativo humano.

Para Roy la práctica de la enfermería utiliza el proceso de enfermería como un enfoque de resolución de problemas, a través de la recolección de datos, identificación de capacidades y necesidades, establecimiento de objetivos, selección y aplicación de enfoques para la atención y la evaluación de los resultados de los cuidados proporcionados.

En el modelo de adaptación de Roy se propone un proceso de enfermería de 6 pasos, basado directamente en la perspectiva del ser humano visto como un sistema adaptativo, y asume que los valores y creencias de las personas, el medio ambiente y la cultura son primordiales. La aplicación del modelo de

adaptación de Roy a través del proceso de enfermería en un recién nacido con hiperbilirrubinemia tiene como finalidad promover el tránsito de un nivel de adaptación comprometido a uno adaptado, favoreciendo así su pronta integración a la dinámica familiar. El naciente auge de la enfermería basada en evidencias se nutre de este tipo estudios de caso, en los cuales se confirma la pertinencia de los conceptos del modelo de atención de Roy en la elaboración y ejecución de un plan de cuidados para un paciente con dicha enfermedad.

I. MARCO TEÓRICO

1. ICTERICIA

1.1. DEFINICIÓN

Coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos.

Bilirrubina: es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la sustancia de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.
(1).

1.2. CAUSAS:

Es normal que un bebé tenga un nivel de bilirrubina un poco alto después del nacimiento.

Cuando el bebé está creciendo en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. La placenta es el órgano que crece durante el embarazo para alimentar al bebé. Después del nacimiento, el hígado del bebé comienza a hacer este trabajo. Puede pasar algún tiempo para que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera eficiente.

La mayoría de los recién nacidos tienen algún color amarillento en la piel, o ictericia. Esto se llama ictericia fisiológica. Con frecuencia es más notoria cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas.

Se pueden presentar dos tipos de ictericia en los recién nacidos que están siendo amamantados. Ambos tipos generalmente son inofensivos.

- La ictericia por la lactancia se observa en bebés lactantes durante la primera semana de vida. Es más probable que ocurra

cuando los bebés no se alimentan bien o la leche de la madre es lenta para salir.

- La ictericia de la leche materna puede aparecer en algunos lactantes saludables después del día 7 de vida. Es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, pero puede durar a niveles bajos durante un mes o más. El problema puede deberse a la forma en la que las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado. Este tipo de ictericia es diferente de la ictericia por la lactancia.

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir si el bebé tiene una afección que aumente la cantidad de glóbulos rojos que necesitan ser reemplazados en el cuerpo, como:

- Formas anormales de las células sanguíneas (como la anemia drepanocítica)
- Incompatibilidades del grupo sanguíneo entre el bebé y la madre (incompatibilidad Rh)
- Sangrado por debajo del cuero cabelludo (cefalohematoma) causado por un parto difícil
- Niveles más altos de glóbulos rojos, lo cual es más común en bebés pequeños para su edad gestacional (PEG) y algunos gemelos
- Infección
- Falta de ciertas proteínas importantes, llamadas enzimas

Los factores que pueden dificultar la eliminación de la bilirrubina del cuerpo del bebé también pueden llevar a que se presente ictericia más grave, incluyendo:

Los bebés que han nacido demasiado temprano (prematuros) son más propensos a presentar ictericia que los bebés a término. (1)

1.3. FISIOPATOLOGÍA

El recién nacido en general tiene una predisposición a la producción excesiva de bilirrubina debido a que posee un número mayor de glóbulos rojos cuyo tiempo de vida promedio es menor que en otras edades y muchos de ellos ya están envejecidos y en proceso de destrucción; además que el sistema enzimático del hígado es insuficiente para la captación y conjugación adecuadas. La ingesta oral está disminuida los primeros días, existe una disminución de la flora y de la motilidad intestinal con el consecuente incremento de la circulación entero-hepática. Finalmente, al nacimiento el neonato está expuesto a diferentes traumas que resultan en hematomas o sangrados que aumentan la formación de bilirrubina y además ya no existe la dependencia fetal de la placenta.

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

La albúmina capta dos moléculas de bilirrubina indirecta. La primera se une fuertemente a la bilirrubina, pero la segunda tiene una unión lábil y puede liberarse fácilmente en presencia de factores clínicos (deshidratación, hipoxemia, acidosis), agentes terapéuticos (ácidos grasos por alimentación parenteral) y algunas drogas (estreptomina, cloranfenicol, alcohol benzílico, sulfisoxasole, ibuprofeno), que compiten con esta unión y liberan bilirrubina en forma libre a la circulación. Un gramo de albúmina puede unir hasta 8, 2 mg de

bilirrubina. La bilirrubina indirecta libre penetra fácilmente al tejido nervioso causando encefalopatía bilirrubínica. Al llegar la bilirrubina al hepatocito se desprende de la albúmina y es captada en sitios específicos por las proteínas Y-Z (ligandinas), cuyos niveles son bajos los primeros 3-5 días de vida, las cuales transportan la bilirrubina indirecta al interior del hepatocito hacia el retículo endoplásmico liso, donde se lleva a cabo la conjugación, siendo la enzima más importante la uridildifosfoglucuroniltransferasa-UDPGT y el producto final un compuesto hidrosoluble, la bilirrubina directa o glucuronato de bilirrubina. La bilirrubina directa o conjugada es excretada activamente hacia los canalículos biliares, la vesícula biliar y luego al intestino, donde la acción de las bacterias la transforman en urobilinogeno. La ausencia o escasa flora bacteriana, el inadecuado tránsito intestinal y la enzima beta glucuronidasa produce desconjugación de la bilirrubina que es reabsorbida por el intestino, incrementando la circulación entero hepática. (2)

1.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- a. **Piel amarillenta.-** La piel del bebé con ictericia se ve amarillenta, y lo mismo las mucosas, la esclerótica (parte blanca del ojo) puede adquirir una tonalidad amarilla—. Si tenemos dudas, podemos detectarla blanqueando la piel mediante la presión con el dedo. Se observa en primer lugar en la cara y luego progresa de forma descendente hacia el tronco y extremidades. Los neonatos con ictericia en las piernas tienen niveles más altos de bilirrubina que los que tienen ictericia solo en la cara, aunque las conjuntivas estén muy coloreadas.
- b. **Inmadurez fisiológica del hígado.-** La mayoría de los recién nacidos tiene ictericia fisiológica (o normal) por la inmadurez del hígado, que procesa lentamente la bilirrubina, un producto de la degradación de los glóbulos rojos. Aparece en el 60% de los recién nacidos a término (el nacido entre la semana 37 de edad

gestacional y la semana 41 más 6 días); es una situación muy frecuente y suele desaparecer entre el 2^o y 7^o día de vida, pudiendo prolongarse un poco más si reciben lactancia materna. Solo el 6% de los neonatos presenta ictericia patológica, que puede requerir tratamiento hospitalario.(3)

1.5. CLASIFICACIÓN

1.5.1. ICTERICIA FISIOLÓGICA

- Aparición después de las 24 horas de vida.
- Aumento de las cifras de bilirrubina por debajo de 0,5 mg/dl/hora o 5 mg/dl/día. • Duración inferior a una semana (dos semanas en el prematuro).
- Cifras de bilirrubina directa menores a 1 mg/dl o inferiores al 20% de la bilirrubina total.
- Ausencia de signos de enfermedad subyacente (vómitos, problemas de alimentación, pérdida de peso excesiva, taquipnea, signos de infección, etc).
- ❖ **La ictericia por lactancia materna:** que suele manifestarse entre el quinto y el séptimo día, alcanzando el máximo nivel de bilirrubina (siempre indirecta) en la tercera semana. Se puede prolongar más allá del mes de vida, no tiene significación clínica y el niño se encuentra asintomático, sin signos de enfermedad.(4)(8)

1.5.2. ICTERICIA PATOLÓGICA

Esta ictericia sí que recibe tratamiento médico y se caracteriza por aparecer dentro de las primeras 24 horas de vida, la bilirrubina total aumenta más de 5mg/dl al día y es por lo general superior a 12.9 mg/dl en términos o 15 mg/dl en preterminos. Según su aparición a su vez se puede clasificar en:

- Temprana (antes de las 24 h): en donde la principal causa es la anemia hemolítica por incompatibilidad del grupo RH.

Intermedia (24 h a 10 días): en donde destaca la anemia hemolítica por grupo ABO, ictericia por leche materna, hipotiroidismo e infecciones.

- Tardía (posterior a los 10 días): en donde aparecen las hiperbilirrubinemias de predominio directo (hepatitis y atresia de las vías biliares).

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir si el bebé tiene una afección que incremente el número de glóbulos rojos que necesitan ser reemplazados en el cuerpo, como:

- Formas anormales de las células sanguíneas.
- Incompatibilidades del grupo sanguíneo entre el bebé y la madre.
- Sangrado por debajo del cuerpo cabelludo (cefalohematoma) causado por un parto difícil.
- Niveles más altos de glóbulos rojos, lo cual es más común en bebés pequeños para su edad gestacional y algunos gemelos.
- Infección.
- Deficiencia (falta) de ciertas proteínas importantes, llamadas enzimas.(5)(8)

1.6. DIAGNÓSTICO

Cuando la ictericia se presenta en el primer día de nacido, antes de que el médico le dé algún tratamiento al bebé, es importante que se determine la causa de la ictericia. En algunos casos, un cuidadoso examen físico es todo lo que se necesita, pero en otros, es necesario hacer algunos estudios de laboratorio:

A cualquier bebé que parezca tener ictericia en las primeras 24 horas se le deben medir los niveles de bilirrubina inmediatamente.

La ictericia generalmente progresa en dirección de la cabeza hacia la parte baja del cuerpo y es proporcional al aumento de la bilirrubina en

sangre (hiperbilirrubinemia); por lo tanto, cabe esperar niveles altos en los recién nacidos con ictericia en las piernas y probablemente bajos en los que tienen ictericia únicamente en la cara.

Prueba de Coombs para checar si existen anticuerpos que destruyan los glóbulos rojos del bebé.

Es posible que también se ordene un análisis completo de cuenta de glóbulos rojos.

Se realiza también una cuenta de reticulocitos para asegurarse de que tu bebé está fabricando suficientes glóbulos rojos.

Al hacer la revisión física verá si hay hinchazón (edema) en las piernas, moretones en la piel (hematomas), pequeñas manchitas de sangre como pecas (petequias), anomalías congénitas, etcétera.

Te preguntará acerca de los antecedentes familiares de anemias hereditarias, diabetes materna, enfermedad hepática, fibrosis quística, ictericia neonatal en anteriores hermanos, historia de trastornos metabólicos, etcétera. Otra información relevante es la concerniente al curso y evolución del embarazo actual y el parto.

Medición de la bilirrubina: La mejor forma de medir la bilirrubina es con sangre tomada del talón del bebé. Los resultados se dan en "bilirrubina total" y según cuál sea el origen de la bilirrubina elevada, se puede saber si es un problema de hígado (elevación de la bilirrubina no conjugada o indirecta) o de las vías biliares (elevación de la bilirrubina conjugada o directa). (6)

Este tipo de análisis se le seguirán tomando una vez que se instale el tratamiento para estar seguros de que los niveles de bilirrubina están descendiendo.

También pueden verificarse los niveles de albúmina en suero. Debido a que la bilirrubina viaja en la sangre adherida a la albúmina cuando es posible, los bajos niveles de albúmina pueden aumentar el riesgo de daño a raíz de la ictericia excesiva. (6)

1.7. TRATAMIENTO

Fototerapia. Es el tratamiento inicial en todos los casos, incluso cuando está indicada la exanguineotransfusión, mientras se prepara para esta. El máximo efecto de la fototerapia se produce durante las primeras 24-48 horas y cuanto mayor son las cifras de partida. La piel oscura no altera su eficacia. Entre las complicaciones de la fototerapia, se encuentran: las deposiciones blandas, el aumento de pérdidas insensibles (pueden llegar a un 40% en los niños a término, y al 80% en los prematuros) y la consiguiente deshidratación. El descenso esperable con fototerapia normal es de un 10-20% de la cifra inicial en las primeras 24 horas, y con fototerapia intensiva puede llegar al 30-40%. Inmunoglobulinas intravenosas. Puede estar indicada en los casos graves de enfermedad hemolítica y se usa de manera conjunta con la fototerapia. Existe una reducción en el grado de hemólisis y, por consiguiente, en la necesidad de exanguineotransfusión. La pauta más usada consiste en administrar 1 g/kg el primer día y, si es necesario, continuar con 0,5 g/kg/día los dos días siguientes.

Exanguineotransfusión. Esta técnica se realiza cuando los niveles de bilirrubina son muy elevados y existe riesgo de encefalopatía y cuando han fracasado el resto de medidas. Consiste en el recambio, generalmente, por la vena umbilical, con sangre total lo más fresca posible, de dos veces la volemia del neonato. Durante el procedimiento, se deberán realizar controles de electrolitos, hematocrito y bilirrubina. Entre las complicaciones, pueden producirse: trastornos hidroelectrolíticos, sobrecarga de volumen, infección, aumento del riesgo de enterocolitis, plaquetopenia, etc. (4)

1.8. COMPLICACIONES:

Entre las complicaciones serias, pero poco comunes, de los altos niveles de bilirrubina están:

- La encefalopatía aguda por hiperbilirrubinemia. La bilirrubina es tóxica para el cerebro. Cuando el bebé tiene

ictericia severa, existe el riesgo de que la bilirrubina pasa al cerebro, a esta condición se le llama "encefalopatía aguda por hiperbilirrubinemia. El tratamiento inmediato puede prevenir un daño significativo y permanente.

- Kernicterus: Se le llama Kernicterus al síndrome (conjunto de síntomas) que ocurre cuando la encefalopatía aguda por hiperbilirrubinemia causa daños permanentes en el cerebro. El Kernicterus puede ser causa de:
- Movimientos involuntarios y no controlados (parálisis cerebral atetoide).
- Mirada hacia arriba permanente.
- Pérdida auditiva.
- Desarrollo inadecuado del esmalte de los dientes.

No hay razones para que un bebé desarrolle kernícterus ya que existen tratamientos eficaces que permiten reducir los niveles de bilirrubina antes de que lleguen a niveles peligrosos.

Los bebés con estos problemas tienen más probabilidades que los bebés con ictericia fisiológica de requerir tratamiento para reducir los niveles de bilirrubina en la sangre. (6)

2. TEORÍAS DE ENFERMERÍA

2.1. MODELO DE ADAPTACION SEGÚN CALLISTA ROY.

En el presente trabajo se consideró como fundamento teórico el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, la cual, inspirada en su experiencia en el cuidado de pacientes pediátricos, observó la capacidad de resistencia o resiliencia de los niños para responder y adaptarse a cambios significativos a nivel fisiológico y psicológico. Roy define la Enfermería como la profesión responsable de satisfacer las necesidades de cuidado, con la meta de promover la adaptación en cada uno de los 4 modos adaptativos, para contribuir a la salud, la calidad de vida o la muerte digna.

En el modelo de adaptación de Roy la persona es un sistema adaptativo holístico, un todo conformado por un conjunto de partes interconectadas e interdependientes para su funcionamiento, en constante interacción con un ambiente constituido por condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan su desarrollo y comportamiento. La adaptación constituye el proceso y resultado de la integración entre la persona y su ambiente. El nivel de adaptación representa las condiciones del proceso de vida del sistema adaptativo humano.

Para Roy la práctica de la enfermería utiliza el proceso enfermero como un enfoque de resolución de problemas, a través de la recolección de datos, identificación de capacidades y necesidades, establecimiento de objetivos, selección y aplicación de enfoques para la atención y la evaluación de los resultados de los cuidados proporcionados.

En el modelo de adaptación de Roy se propone un proceso de enfermería de 6 pasos, basado directamente en la perspectiva del ser humano visto como un sistema adaptativo, y asume que los valores y creencias de las personas, el medio ambiente y la cultura son primordiales. La aplicación del modelo de adaptación de Roy a través del proceso de enfermería en un recién nacido con hiperbilirrubinemia tiene como finalidad promover el tránsito de un nivel de adaptación comprometido a uno adaptado, favoreciendo así su pronta integración a la dinámica familiar. El nacimiento auge de la enfermería basada en evidencias se nutre de este tipo estudios de caso, en los cuales se confirma la pertinencia de los conceptos del modelo de atención de Roy en la elaboración y ejecución de un plan de cuidados para un paciente con dicha enfermedad.

MODELO DE ADAPTACIÓN

Filosofía: La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

Teoría: Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

Meta teoría: Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

1. **Paciente:** lo define como la persona que recibe los cuidados.
2. **Meta:** que el paciente se adapte al cambio.
3. **Salud:** proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
4. **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
5. **Dirección de las actividades:** la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

Estímulos Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

Estímulos Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Estímulos Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

METODOS DEL MODELO DE ADAPTACION: También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- 1. Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- 2. La autoimagen:** La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- 3. El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- 4. La interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

METAPARADIGMAS DE LOS MODELOS DE ADAPTACION DE CALLISTA ROY

1. Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor

manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

2. Cuidado de Enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Callista Roy utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad, es así que:

- ✓ Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- ✓ Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- ✓ Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

3. Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

4. Entorno:- Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Relaciones de aplicación de la teoría:

Enfermero – paciente: Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad. La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales,

contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros. Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

EN CONCLUSION:

El hecho de conocer al paciente en todos los ámbitos hace que su evaluación tenga mejor desenvolvimiento, claridad, calidad y mejores resultados en el cuidado. Esto puede llevarse a la práctica con mayor facilidad ya que exige una actitud crítica, reflexiva y comprometida con el paciente y no el manejo estricto de conocimientos teóricos. Además permite la relación, el establecimiento de vínculos con el paciente y participación por parte de él, que hará más fácil el diagnóstico o mejoramiento de la enfermedad.

“El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. “Sor Callista Roy”

DESARROLLO CAPITULAR

I.- VALORACION:

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Fecha de recolección de la información: 07 -11 -17

Recién nacido de sexo masculino a término de 38 semanas por Capurro lloroso e irritable a la movilización.

Antecedentes maternos:

Madre sana, 34 años, grupo 0 Rh positivo. Ecografías prenatales normales. Serologías negativas. Cultivo rectovaginal negativo, bolsa rota de una hora, líquido Amniótico Claro.

Antecedentes Perinatales:

Edad gestacional 38 semanas por Capurro. Parto distócico, presentación cefálica. Apgar 9/10. A la exploración: cefalohematoma parietal derecho, crepitación a la palpación en clavícula derecha. Ictericia hasta la ingle. Resto sin hallazgos, incluida exploración neurológica. Pruebas complementarias: grupo sanguíneo del recién nacido B positivo, Coombs directo positivo. Ecografía cerebral y abdominal, normales. Evolución: A las 26 horas de vida, se detecta bilirrubina total de 22,8 mg/dl, se pauta fluidoterapia, y fototerapia intensiva, pese a lo cual, aumentan las cifras a las 4 horas a 23,6 mg/dl. Se realiza exanguineotransfusión. Disminución progresiva de cifras, manteniéndose fototerapia durante 3 días, fusiones vitales: FC: 146x, FR:48x, T°:36.0 °C, Sat. Oxígeno 89%.

a. DATOS DE IDENTIFICACION:

- Nombre del RN : Q.H Antonio
- Nombre de la Madre : Vilma Cecilia Huamán Tolentino
- Fecha de Nacimiento : 06/11/2017
- Hora de Nacimiento : 23:55
- Sexo : masculino
- Apgar : 9 al minuto y 10 a los 5 minutos
- Peso al nacer : 3.670 Kg

- Talla al Nacer : 51 cm
- Tipo de Parto : Distócico
- Perímetro Cefálico : 32.5 cm
- Perímetro Torácico : 31 cm
- Temperatura del RN : 36.8 °C

b. ANTECEDENTES NATALES

- EG : 38 semanas por Capurro
- APGAR : 9´ Y 10
- Antropometría :
Peso: 3.670 kg
Talla : 51cm
PC : 32.5 cm
PT : 31 cm.
- Reanimación Respiratoria : no
- Grupo : RH B +

c. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NATALES

Ninguno

d. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS NATALES

Ninguno

e. ANTECEDENTES MATERNOS:

- Controles prenatales : Incompleto (4)
- Vacuna Antitetánica : Ninguna
- Edad de la madre : 34 años
- Embarazos : 01
- Hijos Vivos : 01
- Amenazas de Abortos : 02 en el primer trimestre
- Enfermedades durante el embarazo : ITU frecuente
- Gestación anterior : no aplica
- Grupo : RH O +

f. ANTECEDENTES DE TRABAJO DE PARTO:

- Atención : Hospital Regional “Zacarías Valdivia Correa”
Huancavelica.
- Tipo de Parto : distócico
- Posición : cefálico
- Líquido Amniótico : liquido claro normal
- Ruptura de Membranas : 1 hora

g. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y/O QUIRURGICOS MATERNAS:

- Madre : primigesta. Refiere temor y preocupación respecto a la salud de su niño.
- Presenta hábitos nocivos : no
- HTA : 120/80 mmhg
- Diabetes : no
- TBC : no
- Cirugía Pélvico Uterina : no
- Infertilidad : no
- Obesidad : no
- Examen Clínico : Normal
- Examen de Mamas : Normal
- HIV : no reactivo
- VDRL : no reactivo

h. DIAGNOSTICO MEDICO:

1. Recién nacido a término de sexo masculino de 38 semanas por Capurro
2. Ictericia Neonatal por Incompatibilidad Sanguínea
3. Descartar Sepsis Neonatal

i. TRATAMIENTO MÉDICO

- LME y/o formula maternizada 35cc c/3 horas

- Dextrosa 10% 97.4CC
 - CLNA 20% 1.8CC
 - CLK 0.8CC
- } 6CC/h
- Ampicilina 260 mg EV C/12 hrs
 - Amikacina 3mg EV C/36hrs
 - Incubadora para mantener normotermia 36.5–37 °C
 - Fototerapia con protección ocular y genital.
 - Monitoreo UCI neo.
 - CFV
 - CFB
 - OSA
 - BHE
 - S/S hgt c/12 hrs
- Hma completo, PCR, Rctoplaquetas, Bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Preparar para exanguineotransfusión

j. EXÁMENES DE LABORATORIO

	VALORES REFERENCIALES
• Hemograma:	
Leucositos 15700	10 000 - 30 000 /l
Hb 12,5 g/dl,	11 – 17 g/dl
Hcto 66,5%	36 – 56 %
VCM 91,7	100 – 165 pcg
• Plaquetas 432.000/mm ³	150 000 – 400 000/mm ³
• PCR	0 – 0.5 mg/dl
• Bilirrubinas totales 22.8 – 23.6	> 12.9 mg/dl
• Coagulación: normal.	4 – 10 x 10 ⁹ /l
• Bioquímica urgente:	
• Orina: colúrico, sistemático y sedimento normales, sin detectar bilirrubina ni urobilinógeno.	

k. EXAMEN FISICO:

Piel: Suave, acrocianosis discreta, ictericia marcada hasta el nivel de la ingle; con presencia de Vémix caseoso/Unto sebáceo, con descamación de grados variables, lanugo fino, Hemangiomas capilares planos en región occipital, párpados, nariz, frente; millium, mancha mongólica en región sacro. Con T de 36.8°C

Cabeza:

Fontanelas Anterior / Bregmática.- De forma romboidal con diámetro de 1-4cm; Posterior / Lamboidea de forma triangular, de diámetro <= 1cm, puntiforme. Grande en relación con el cuerpo.

A la palpación se palpa cabalgamiento óseo de huesos parietales, con Caput Succedaneum, con céfalo hematoma en parietal derecho debido al trabajo de parto prolongado.

Pabellones auriculares.- Simétricos e íntegro; tercio superior de pabellón por encima de línea imaginaria que pase por ángulo interno de ojos.

Ojos: Cerrados, edema palpebral, Hemorragias subconjuntivales e icterico, pupilas isocóricas y normoreactivas, reflejo rojo, Iris grisáceo, completo, córnea y cristalino sin opacidades.

Nariz: Poco prominente, flexible, aleteo nasal inicial, no respiración ruidosa, coanas permeables.

Boca/Paladar: Simétrico, íntegro. Labios íntegros, rosados, húmedos. Cojinetes / **Callos de succión, Perlas de Epstein,**

Cuello: Cilíndrico, corto, móvil en todas las direcciones, simétrico, sin masas, lesiones ni posturas anormales.

Tórax: Cilíndrico como un barril, Diámetro AP similar al transversal, Costillas horizontales, Apéndice xifoides prominente, nódulo mamario palpable y areola visible. Con pulso apical 142 xmin y 48 resp. x min.

Abdomen: Cilíndrico y globuloso, pared tensa y lisa, hígado palpable 2-3 cm, por debajo de reborde costal y RHA presentes.

Cordón umbilical: formado por vasos umbilicales y gelatina de Wharton. Consta de 3 **vasos:** 1 vena umbilical: mayor luz, 2 arterias umbilicales: pequeño calibre, aspecto de pedúnculos sobresalientes.

Genitales: Coloración y tamaño aparentemente normal, testículos en escroto hidrocele discreto, unilateral, derecho, pene 3-4cm, fimosis, meato en punta del glande. El RN tiene, índice urinario 2.4ml/kg/h, de coloración amarilla clara.

Evacuaciones verdes semilíquidas, 2 a 4 veces en el día (30g en total);

Miembros Superiores e Inferiores: Normales en forma y función.

Neurológico:

Conexión con el medio: Apertura ocular, movimientos de ojos, cara y extremidades. Reacción al sonido, manipulación. Llanto fuerte enérgico e irritable.

Examen Motor: Tono y postura: progresión cefalocaudal, reacción de enderezamiento, extensibilidad muscular.

Motilidad y fuerza: flexor activo alternante.

Reflejos Primitivos:

Moro: Abducción y extensión de MMSS seguida por flexión y apertura de las manos.

Prensión Palmar: flexión de los dedos al contacto con la palma o planta. Refleja buen tono muscular.

Marcha Automática: Movimientos de marcha con elevación alternada de una y otra extremidad.

SUCCIÓN y BUSQUEDA

1.2. VALORACIÓN SEGÚN NANDA II: DOMINIOS

DOMINIO I: PROMOCIÓN DE LA SALUD

No aplica

DOMINIO II: NUTRICIÓN:

Serie de procesos integrados asociados a la digestión, como asimilación y metabolismo de alimentos, provisión de energía, construcción de tejidos y regulación de procesos metabólicos, Neonato con Diagnostico de Ictericia

Neonatal por incompatibilidad Sanguínea, que recibirá tratamiento, exanguineotransfusión y fototerapia

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia Materna Exclusiva y/o formula maternizada 35cc C/3 horas 	<p style="text-align: center;">Clase 1: Ingestión</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma: Leucositos 15700 mm³, Hb 12,5 g/dl, Hcto 66,5%, VCM 91,7. • Plaquetas 432.000/mm³ • Bilirrubinas totales 22.8 – 23.6 • Coagulación: normal. • Bioquímica urgente: • Orina: colurico, sistemático y sedimento normales, sin detectar bilirrubina ni urobilinógeno. • Piel icterico hasta la ingle. 	<p style="text-align: center;">CLASE 4 METABOLISMO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura 36 °C ▪ Dextrosa 10% 97.4CC CLNA 20% 1.8CC CLK 0.8CC } 6CC/h ▪ Ampicilina 260 mg EV C/12 hrs ▪ Amikacina 3mg EV C/36hrs ▪ Incubadora para mantener normotermia 36.5–37 °C ▪ Fototerapia con protección ocular y genital. ▪ Monitoreo UCI neo, CFV, CFB, OSA, BHE, Bilirrubinas totales y fraccionadas. ▪ Exanguineotransfusión 	<p style="text-align: center;">CLASE: 5 HIDRATACION</p>

DOMINIO III: ELIMINACIÓN/INTERCAMBIO

Incluye el proceso fisiológico de excreción de desechos metabólicos a través de los intestinos y los riñones.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none">• Orina colúrica, Índice urinario 2.4ml/kg/h, de coloración amarilla clara.	CLASE 1: FUNCIÓN URINARIA.
<ul style="list-style-type: none">• RH +.• Evacuaciones verdes semilíquidas, 2 a 4 veces en el día (30g en total);	CLASE 2: FUNCIÓN GASTROINTESTINAL.

DOMINIO IV: ACTIVIDAD/REPOSO

Son los procesos básicos de movilidad y sueño, así como el funcionamiento fisiológico óptimo y los periodos de restauración y reparación.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none">• El RN dormía aproximadamente 3h, con sueño interrumpido debido a los procedimientos de Enfermería y la alimentación que duraba un periodo de 30min aproximadamente• con grado de dependencia IV.	Clase 1: SUEÑO/REPOSO

DOMINIO V: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

No Aplica.

DOMINIO VI: AUTOPERCEPCIÓN

No Aplica.

DOMINIO VII: ROL/RELACIÓN

Conexiones o asociaciones positivas o negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> • mamá refiere “me da pena que mi niño no esté a mi lado y tampoco le voy a dar mi leche continuamente y no me puedo quedar porque no hay espacio eso me preocupa mucho” 	<p>CLASE 1: ROLES DEL CUIDADOR.</p>

DOMINIO VIII: SEXUALIDAD

No se encuentran datos significativos.

DOMINIO IX: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Convivir con los eventos y procesos vitales.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> • “tengo miedo, ¿se pondrá bien mi bebe?” 	<p>CLASE 2: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO.</p>

DOMINIO X: PRINCIPIOS VITALES

No aplica.

DOMINIO XI: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia 	<p>CLASE 2 LESION FISICA</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura de 36.8°C • Leucocitos: 15700 mm³ 	<p>Clase 6</p> <p>TERMOREGULACION</p>
---	---------------------------------------

DOMINIO XII: CONFORT

Sensación de bienestar, alivio mental físico y social.

DATOS SIGNIFICATIVOS	CLASE
<ul style="list-style-type: none"> • Llanto e irritabilidad 	<p>CLASE 1, 2 y 3</p> <p>CONFORT FISICO, DEL ENTORNO Y SOCIAL</p>

DOMINIO XIII: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se encuentran datos significativos.

II.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA:

1. Ictericia Neonatal R/C incompatibilidad sanguínea: madre-niño E/P bilirrubina entre 22.8 – 23.6 mg/dl, piel icterico marcado hasta la ingle, esclerótica icterico, orina colurica.
2. Alto riesgo de lesión neurológica R/C niveles elevados de bilirrubina en sangre
3. Riesgo de déficit de Volumen de Líquidos R/C Régimen terapéutico E/P tratamiento, fototerapia y exanguineotransfusión.
4. Motilidad gastrointestinal R/C Régimen terapéutico E/P Deposiciones semilíquidas verdosas frecuentes-
5. Trastorno del Patrón del Sueño R/C factores ambientales y régimen terapéutico E/P cuidados y procedimientos de Enfermería.
6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C efectos de la fototerapia por alteración de la turgencia de la piel.

III.- PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES

3.1. PRIORIZACIÓN

1. DIAGNOSTICOS REALES Y POTENCIALES:

1. Ictericia Neonatal R/C incompatibilidad sanguínea: madre-niño E/P bilirrubina entre 22.8 – 23.6 mg/dl, piel icterico marcado hasta la ingle, esclerótica icterico, orina colúrica.
2. Motilidad gastrointestinal R/C Régimen terapéutico E/P Depositiones semilíquidas verdosas frecuentes-

2. DIAGNOSTICOS DE RIESGO:

1. Alto riesgo de lesión neurológica R/C niveles elevados de bilirrubina en sangre
2. Riesgo de déficit de Volumen de Líquidos R/C Régimen terapéutico E/P tratamiento, fototerapia y exanguinotransfusión.
3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la turgencia de la piel por efectos de la fototerapia.

3. DIAGNOSTICOS DE BIENESTAR:

1. Trastorno del Patrón del Sueño R/C factores ambientales y régimen terapéutico E/P cuidados y procedimientos de Enfermería.

PRIORIZACION DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA	Nº DE ORDEN	FUNDAMENTO
1. Ictericia Neonatal R/C incompatibilidad sanguínea: madre-niño E/P bilirrubina entre 22.8 – 23.6 mg/dl, piel icterico marcado hasta la ingle, esclerótica icterico, orina colúrica.	1	La mayoría de los recién nacidos tiene ictericia fisiológica (o normal) por la inmadurez del hígado, que procesa lentamente la bilirrubina, un producto de la degradación de los glóbulos rojos. Aparece en el 60% de los recién nacidos a término (el nacido entre la semana

		37 de edad gestacional y la semana 41 más 6 días); es una situación muy frecuente y suele desaparecer entre el 2º y 7º día de vida, pudiendo prolongarse un poco más si reciben lactancia materna. Solo el 6% de los neonatos presenta ictericia patológica y ellas son las que requieren de tratamiento hospitalario.
2. Motilidad gastrointestinal R/C Régimen terapéutico E/P Deposiciones semilíquidas verdosas frecuentes-	2	Observar las características de las deposiciones (más frecuentes y semilíquidas y verdosas) y de la orina (más oscura por llevar productos de degradación de la bilirrubina). Estar atentas por el problema de deshidratación.
3. Alto riesgo de lesión neurológica R/C niveles elevados de bilirrubina en sangre	3	Los niveles muy altos de bilirrubina causan la encefalopatía bilirrubínica (EB). Si el nivel de bilirrubina está muy alto o el bebé está muy enfermo, la sustancia se movilizará por fuera de la sangre y se acumulará en el tejido cerebral si no está ligada a la albumina (proteína) en la sangre. Esto

		<p>puede llevar a problemas como daño en el cerebro e hipoacusia. El término "kernicterus" se refiere a la tinción amarilla causada por la bilirrubina.</p> <p>Algunos recién nacidos con enfermedad hemolítica del Rh están en alto riesgo de presentar ictericia grave que puede conducir a esta afección.</p>
<p>4. Riesgo de déficit de Volumen de Líquidos R/C Régimen terapéutico E/P tratamiento, fototerapia y exanguinotransfusión.</p>	4	<p>La temperatura es una magnitud referida a las nociones comunes de calor medible mediante un termómetro la temperatura del bebé podría bajar o subir demasiado durante el tratamiento. Es posible que se ponga irritable o que se sienta cansado. Podría deshidratarse.</p>
<p>5. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la turgencia de la piel por efectos de la fototerapia.</p>	5	<p>Podrían ocurrir quemaduras si no verificamos bien la altura del equipo de fototerapia, los cambios de posición son importantes ya que estos evitan cualquier eventualidad que pueda</p>

		sufrir el neonato
6. Trastorno del Patrón del Sueño R/C factores ambientales y régimen terapéutico E/P cuidados y procedimientos de Enfermería.	6	El recién nacido va creciendo en el vientre de la madre donde no existen ruidos, luz fuerte, etc., con el proceso del tratamiento y la fototerapia el neonato no concilia el sueño como está acostumbrado causándole irritabilidad y llanto, alterando su sistema sensorial..

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA REALES Y POTENCIALES

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN NOC	INTERVENCIÓN NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Datos Objetivos</p> <p>Grupo sanguíneo de la madre O +, grupo sanguíneo del niño B +, Bilirrubinas totales entre 22.8 y 23.6. Piel icterico hasta la ingle, orina colúrica.</p>	<p>Ictericia Neonatal R/C incompatibilidad madre-niño E/P bilirrubina entre 22.8 – 23.6 mg/dl, piel icterico marcado hasta la ingle, esclerótica icterico, orina colúrica.</p>	<p>Objetivos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir niveles de bilirrubina dentro de los parámetros normales. <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a disminuir los niveles altos de bilirrubina en 	<p>VIGILANCIA DE LA PIEL:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa coloración icterica de la piel y se evalúa según KRAMER. • Se observa y vigila color, calor, textura, edemas, etc. • Se documenta cambios en la piel • Se instaura medidas para evitar deterioro de la integridad de la piel. • Se Instruye al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel. <p>Fototerapia:</p> <p>Actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza lavado de manos antes y 	<p>Se evidencia que el neonato presenta niveles de bilirrubinas > de 14 mg/dl gracias a los cuidados de fototerapia.</p>

		<p>sangre</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vigilar cambios de coloración en la piel, •Proteger órganos fotosensibles. 	<p>después de cada procedimiento según protocolo del servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se toma la temperatura cada 3 horas. • Se gradúa la incubadora para mantener temperatura corporal entre 36.5 a 37.5 °C, y que la humedad sea alta, debido a que la fototerapia incrementa pérdidas insensibles en el neonato • Se protege ojos por el daño retiniano y órganos reproductores antes de iniciar la fototerapia. • Se realiza cambios de posición cada 2hrs y así lograr que la irradiación llegue a todas partes del cuerpo del neonato y evitar quemaduras. • Se vigila y observa signos de deshidratación e hipo calcemia. • Se proporciona información sobre la fototerapia a la madre y la oportunidad de estar con el Neonato durante la 	
--	--	--	---	--

			<p>Lactancia materna exclusiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica a la madre que no es recomendable suspender la fototerapia mientras la bilirrubina este sobre los 12mg/dl • Se Interrumpe la Fototerapia si los niveles de bilirrubina han descendido. 	
<p>Datos Subjetivos</p> <p>Datos Objetivos:</p> <p>Ruidos hidroaéreos presentes, deposiciones semilíquidas verdosas frecuentes.</p>	<p>Motilidad gastrointestinal</p> <p>R/C Régimen terapéutico E/P</p> <p>Deposiciones semilíquidas verdosas frecuentes</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Controlar las evacuaciones intestinales</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar deposiciones y características • Observar 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza cambios de pañal cada 3 horas y se observa las características de las deposiciones ya sean líquidas: frecuencia, consistencia, forma, volumen, color según corresponda. • Se ausculta ruidos intestinales • Se informa sobre los signos de una diarrea • Se realiza una prueba de sangre oculta en heces según corresponda. 	<p>Niño presenta deposiciones acuosas, y semilíquidas las cuales favorecen a la eliminación y la degradación de la bilirrubina y disminuye los mismos a 14 mg/dl.</p>

		frecuencia y características		
Datos Subjetivos Datos Objetivos Grupo sanguíneo de la madre O +, grupo sanguíneo del niño B +, Bilirrubinas totales entre 22.8 y 23.6. Piel icterico hasta la ingle,	Alto riesgo de lesión neurológica R/C niveles elevados de bilirrubina en sangre	Objetivo General Contribuir a disminuir los niveles elevados de bilirrubina en sangre Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que los niveles de bilirrubina en sangre mantengan parámetros 	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Se evalúa factores de riesgo. • Se controla funciones vitales • Se valora escala de Glasgow. • Se valora los resultados de laboratorio: hemograma, hemoglobina, hematocrito, bilirrubina total y fraccionada (directa e indirecta) incompatibilidad sanguínea. • Se adjunta y registrar los resultados en la historia clínica. • Se comunica al Neonatólogo los resultados de laboratorio. • Se colabora en los procedimientos a realizar (fototerapia), si el nivel de bilirrubina supera valores normales. • Si el nivel de Bilirrubina persiste 	Neonato con funciones vitales dentro de parámetros normales, T° 36.6 - 37°C, FC: 146x, FR: 48x, sat oxigeno 89% bilirrubinas dentro de parámetros normales 14 mg/dl, Glasgow normal.

		normales. • Evitar que la bilirrubina en sangre se eleven más.	alto>20mg/dl se realizara exangineotransfusión. • Se observa signos y síntomas. • Se realiza registros de enfermería.	
--	--	---	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
NANDA Internacional 2015-2017	2015	Edición 978-1-118	Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/5ta Edición	Clasificación de Resultados de Enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/6ta Edición	Clasificación de Intervenciones de Enfermería	
				2

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA DE RIESGO

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN NOC	INTERVENCIÓN NIC	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos Mamá refiere “tengo miedo, ¿se pondrá bien mi bebe?”</p> <p>Datos objetivos Neonato con cuidados en incubadora y fototerapia.</p>	<p>Riesgo de déficit de Volumen de Líquidos R/C Régimen terapéutico E/P tratamiento, fototerapia y exanguinotransfusión.</p>	<p>HIDRATACION:</p> <p>Objetivo General: Vigilar la hidratación del Neonato.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar ingresos, egresos de líquidos. • Realizar monitorización de signos vitales. • Vigilar peso del neonato. 	<p>MANEJO DE LIQUIDOS:</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se controla de peso diario • Se realiza balance hídrico estricto de ingresos y egreso de líquidos y electrolitos, como la exanguinotransfusión, reto de fluidos, los efectos de la fototerapia. • Se vigilar el estado de hidratación o sobre hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial, según sea el caso. • Se controlan los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos tales como: 	<p>Neonato se encuentra sin signos de deshidratación signos vitales dentro de valores normales. T° 36.6 - 37 grados centígrados FC: 146x, FR: 48x, sat. Oxígeno 89%, bilirrubinas 14 mg/dl.</p>

			aumento o disminución de la hemoglobina, hematocrito, osmoralidad de la orina.	
<p>Datos Subjetivos Mamá refiere “tengo miedo, ¿se pondrá bien mi bebe?”</p> <p>Datos Objetivos: Temperatura corporal. Piel icterico.</p>	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la turgencia de la piel por efectos de la fototerapia.	<p>Objetivos generales: Mantener integridad de piel, membranas y mucosas.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar cambios de coloración en la piel, • Proteger órganos fotosensibles. 	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observa la coloración icterica de la piel y evaluar según KRAMER. • Se observa y vigila color, calor, textura, edemas, etc. • Se documenta cambios en la piel. • Se Instaura medidas para evitar deterioro de la integridad de la piel. • Se instruye al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel. 	No hubo cambios en la integridad de la piel como eritemas lesiones cutáneas puesto que se cumplió con los cuidados de Enfermería como corresponde tales como: cambios de posición, comodidad, confort, baño diario, distancia prudente del equipo de fototerapia con la incubadora, etc

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Irigoyen y Fernández	2010	Medes/Revista Rol de Enfermería	Fiebre e hipertermia	2

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR:

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN NOC	INTERVENCIÓN NIC	EVALUACIÓN
Datos subjetivos Datos Objetivos Llanto e Irritabilidad.	Trastorno del Patrón del Sueño R/C factores ambientales y régimen terapéutico E/P cuidados y procedimientos de Enfermería.	Objetivo General Vigilar periodos de sueño. Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar situaciones que alteren el sueño. • Identificar junto con los progenitores los hábitos de sueño en el neonato 	Actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Se controlar y manipula lo necesario al neonato • Se controla y elimina situaciones estresantes en la hora de vigilia del neonato 	Neonato duerme a intervalos, concilia sueño periódicamente, se evita ruidos, manipulación a horario favorecen vigilia del neonato.

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Beltrán – Salazar	2010	Aquichan/Portal de revistas-enfermería	Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave	2

EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Los cuidados de Enfermería se inician con la instalación de una vía periférica, al realizar la exanguineotransfusión, ubicación del neonato en la incubadora y todas las actividades para el cuidado de la Fototerapia; los mismos que se llevaron a cabo durante su estancia hospitalaria del neonato, cumpliéndose en un 80% con lo programado.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la valoración: Se tomó datos de relevancia se tomó en cuenta el modelo de Adaptación de Callista Roy y se clasificó los problemas y/o necesidades por dominios, abarcando globalmente las esferas del ser humano.

En la planificación: se priorizó los problemas de acuerdo a la clasificación de los Diagnósticos, en las que se planteó el resultado con sus objetivos, las Intervenciones y se detalló las actividades para brindar un cuidado óptimo.

Evaluación: se volvió a evaluar al paciente encontrándose cambios a corto y mediano plazo tales como:

- Neonato mantiene la temperatura corporal dentro de los parámetros normales.
- Recibe fototerapia, con los cuidados correspondientes.
- Presenta deposiciones semilíquidas frecuentes verdosas.
- Se brinda orientación y consejería a los padres sobre los procedimientos y la estancia hospitalaria del Neonato, se obtiene aceptación y apoyo por parte de los progenitores.
- Neonato se encuentra con los ojos cubiertos y con protectores en los genitales,
- Se mantuvo el mínimo ruido posible y los cuidados de Enfermería con sumo cuidado para propiciar confort en el Neonato.

CONCLUSIONES

Una vez analizado y concluido el trabajo académico y el proceso de atención de enfermería podemos concluir que:

- Gracias a los procedimientos, cuidados e intervenciones de enfermería los niveles de bilirrubinas van descendiendo, se logró un afrontamiento eficaz de la madre frente al proceso de enfermedad/recuperación de su bebe, se mostró más colaboradora en sus cuidados así como en la aceptación de procedimientos médicos y terapéuticos.
- El neonato realiza deposiciones líquidas acuosas favoreciendo así la degradación de la bilirrubina, las cuales bajan a 14 mg/dl.
- El neonato no presenta complicaciones neurológicas, mantiene funciones vitales dentro de los parámetros normales – bilirrubina menor de 14 mg/dl.
- Con el manejo adecuado el neonato no se muestra con signos de deshidratación, mantiene funciones vitales y bilirrubinas dentro de valores normales.
- El neonato mantiene su integridad de la piel, membranas y mucosas, gracias a los cuidados de enfermería como cambios de posición, comodidad, confort y altura adecuada de la fototerapia.
- El manejo del sueño en el neonato se consigue gracias a los cuidados, concilia sueño a intervalos evitando ruidos que lo perturben.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de enfermería continuar los procedimientos y con los cuidados de enfermería y que los padres colaboren y continúen con la recuperación y cuidados en el alta del neonato.
- Se recomienda tener cuidado con las características de las deposiciones del neonato evitar complicaciones como la deshidratación etc.
- Se recomienda al personal tanto médico, enfermera y familiares, actuar frente a los signos, síntomas del neonato y así evitar posibles complicaciones neurológicas.
- Se recomienda al personal de enfermería tener cuidado con la vigilancia de los signos de deshidratación, y funciones vitales del neonato.
- Se recomienda al personal de enfermería aplicar medidas de vigilancia de la piel durante la fototerapia evitando así cualquier lesión.
- Se recomienda al personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales evitar en lo posible hacer ruidos innecesarios que puedan perturbar el sueño del neonato.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) *IH* MedlinePlus Salud, la Biblioteca Nacional de Medicina y la Sociedad de Amigos Asociación Nacional Médica Hispana. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.
- (2) Hiperbilirrubinemia neonatal Neonatalhyperbilirubinemia Ac. Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada*
- (3) www.mundotubebe.com/salud/salud-bebe/ictericia-neonatal_17
- (4) Ictericia neonatal F. Omeñaca Teres, M. González Gallardo Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. *Pediatría Integral* 2014; XVIII(6): 367-374.
- (5) https://es.wikipedia.org/wiki/Ictericia_del_recien_nacido
- (6) infogen.org.mx/ictericia-neonatal/
- (7) <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/PedSBA2005/6/2389>
- (8) kidshealth.org/es/parents/jaundice-esp.htm
- (9) Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. *Harrison principios de medicina interna*. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
- (10) *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 19e Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo.
- (11) Salcedo Álvarez RA, González Caamaño BC, Jiménez Mendoza A, Nava Ríos V, Cortés Olgúin DA, Eugenio Retana MB. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. *Enferm. Univ [Internet]*. 2012 [citado 9 Jul 2014]; 9(3): 25 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004&lng=es.
- (12) NANDA Internacional 2015-2017 Edición 978-1-118 Diagnósticos Enfermería.

- (13) Moorhead, Johnson, Maas y Swanson NOC/5ta Edición Clasificación de Resultados de Enfermería.
- (14) Irigoyen y Fernández 2010 Medes/Revista Rol de Enfermería Fiebre e hipertermia.
- (15) Beltrán – Salazar 2010 Aquichan/Portal de revistas-enfermería Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave.

ANEXOS

Cuadro N° 1
Escala de Kramer

PRESENTACIÓN CLÍNICA

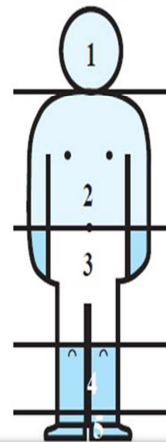
Ictericia se visualiza con niveles de bilirrubina de 5 mg/dl aprox

Necesaria adecuada luz natural, RN desnudo, difícil valoración en raza negra

Progresión cefalo caudal

Escala de Kramer:

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



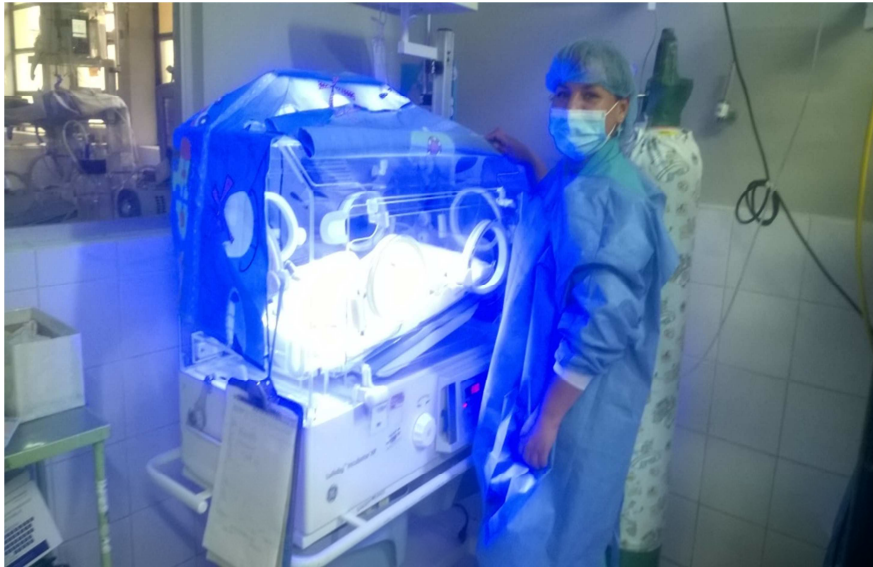
Fotografia N° 1
NEONATO HOSPITALIZADO



Fotografia N° 2
NEONATO CON FOTOTERAPIA



Fotografía N° 3
REALIZANDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA



Fotografía N° 4
VIGILANCIA SIGNOS DE ALARMA

