

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN NEONATOS PATOLÓGICOS





Octubre 2023 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright del texto © 2023 de Autores

biblioteca.ciencialatina.org

editorial@ciencialatina.org

Atención por WhatsApp al +52 22 26903834

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título: Intervenciones de Enfermería en Neonatos Patológicos Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Formato: PDF Páginas: 171 pág. Tamaño: A4 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acceso: World Wide Web ISBN: 978-99989-64-85-3 DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w977

1ª. Edición. Año 2023. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.

El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales

Prohibida su reproducción por cualquier medio.

Distribución gratuita

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
Capítulo 1	11
Generalidades Perinatología.....	11
Capítulo 2	23
Cuidados de Enfermería después del Nacimiento	23
Capítulo 3	56
Afecciones Hematológicas	56
Capítulo 4	95
Alteraciones Respiratorias.....	95
Capítulo 5	112
Enfermedades Cardiovasculares	112
Capítulo 6	127
Afecciones Metabólicas	127
Capítulo 7	151
Cuidados Humanizados en Recién Nacido	151

Autores de Capítulos

Nadihezka Amanda Cusme Torres	María Logroño Alvarado	Fabiola Beatriz Chasillacta Amores
Graciela de las Mercedes Quishpe Jara	Verónica Cantuñi Carpio	William Jiménez Hurtado
Luis Felipe Chileno Camacho	Fanny Paola Egas Medina	Anderson Jose Sangacha Yugsi
Ximena Guallichico Guasumba	Ana Pamela Pachucho Flores	Martha Lucia Guallichico Maura
Valeria Isabel Espín López	María Belén Sailema Ronquillo	Miriam Ivonne Fernández Nieto
Miriam del Roció Arboleda Lima	Virginia Leonor Mariño Nuñez	Mery Susana Rodríguez Gamboa
Irlanda Alicia Bautista Rueda	Carmen Alicia Plaza Fajardo	Juliana Monserrate Guzmán Medina
Genoveva Monserrate Santos Arteaga	Grace Pamela López Pérez	Catalina Fernanda Nuela Masaquiza

PRESENTACIÓN

Es un placer ser invitado por la Editora , que trabaja brillantemente con la edición de libros electrónicos organizados por capítulos, para presentar “Temas generales para la salud vol.01”, donde tuve la grata satisfacción de poder contribuir con el artículo Conocimiento del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas de la parroquia Izamba Y después de leer los 9 capítulos de la revista, veo que a pesar de todas las dificultades que tenemos los productores de contenido científico para armar, ejecutar y presentar los resultados de nuestro trabajo, me siento digno de ver un trabajo que abarca tantas temas de neonatología en enfermería , tanto física como emocional, con informes de un profundo estudio y trabajo que demuestra que estamos en el camino correcto, de mostrar y poder ayudar a las personas a tener un futuro mejor, un futuro que solo se puede enseñar, investigar y amar por lo que se hace y por el amor a los demás. . Esto es solo una parte de lo que está por venir, que pronto tendremos nuevos capítulos y libros, que junto con la Editora podemos aumentar mucho el conocimiento y la dedicación aquí. En hora buena a todo el equipo ya todos los autores y colaboradores de este proyecto.

RESUMEN

Las intervenciones de enfermería en neonatos patológicos son diversas y dependen de las necesidades específicas de cada paciente. Algunas de las intervenciones que pueden realizar las enfermeras incluyen la termorregulación, el monitoreo del estado respiratorio, el estado nutricional y la atención centrada en la familia. Otras intervenciones que pueden realizar las enfermeras incluyen el monitoreo de signos vitales, la administración de medicamentos, el manejo del dolor y la prevención de infecciones. Es importante que las enfermeras trabajen en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para brindar una atención integral a los neonatos patológicos.

Las enfermedades respiratorias más comunes en neonatos incluyen:

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR): Es una afección en la que los pulmones del neonato no están completamente desarrollados y carecen de surfactante, una sustancia que ayuda a los pulmones a llenarse de aire. El SDR es más frecuente en bebés prematuros y puede requerir oxígeno adicional y asistencia respiratoria

Displasia broncopulmonar: Es una enfermedad crónica de los pulmones que afecta principalmente a los neonatos prematuros que han requerido ventilación mecánica o altos niveles de oxígeno. Los neonatos con displasia broncopulmonar pueden tener dificultad para respirar y pueden requerir oxígeno suplementario.

Es importante destacar que el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en neonatos deben ser realizados por profesionales de la salud, como médicos especializados en cardiología pediátrica. Además, se pueden implementar medidas preventivas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en neonatos, como llevar un estilo de vida saludable y recibir atención prenatal adecuada.

Las alteraciones hematológicas en neonatos pueden incluir anemias hereditarias, trombocitopenia inmunitaria, leucemia, linfoma, anemias ferropénica y megaloblástica. Otras veces, el embarazo revela algún padecimiento hematológico subyacente, como una anemia hemolítica compensada por una hemoglobinopatía o un defecto de la membrana eritrocítica. Además, los neonatos pueden presentar policitemia, que es la consecuencia de niveles elevados de eritropoyetina en la sangre. En algunos casos, los neonatos pueden desarrollar enfermedades hematológicas debido a infecciones, trastornos del ritmo cardíaco o problemas en los vasos sanguíneos. El diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones hematológicas en neonatos debe ser realizado por profesionales de la salud, como médicos y enfermeras, en un entorno especializado como la unidad de cuidados intensivos neonatales

Es importante que las enfermeras trabajen en estrecha colaboración con otros profesionales de la salud para proporcionar una atención integral y personalizada a los neonatos patológicos.

Los cuidados de enfermería en neonatos con patología pueden variar según la afección específica del neonato. Además, es importante que los neonatos con patología reciban cuidados centrados en la familia y que se brinde apoyo emocional a los padres y familiares

Es fundamental que los cuidados de enfermería en neonatos con patología sean realizados por profesionales de la salud capacitados y en un entorno especializado como la unidad de cuidados intensivos neonatales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN NEONATOS PATOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería tiene que realizar actividades en el campo asistencial, administrativo, docente, investigación y gremial, que lo acrediten como tal, por lo que asume su desempeño laboral en las diferentes instituciones de Salud pública y privada donde se requiere de su trabajo dentro de la unidad neonatal; a través del ejercicio de sus funciones en forma generalista, no acorde con los nuevos esquemas científicos y tecnológicos que surgen de la sociedad del siglo XXI del desarrollo regional y nacional.

El cuidado neonatal en pediatría requiere de la atención de Enfermería de forma especializada tanto en la salud como en situaciones adversas, pues es considerado como una especialidad dentro del ejercicio de la profesión de Enfermería.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, el cuidado neonatal inicia desde el nacimiento hasta los veintiocho días; requiere de personal especializado, entrenado para responder eficazmente al asegurar la calidad del ejercicio profesional y de la demanda que requiere su población sujeta a este nivel.

Los cuidados de enfermería son primordiales para la calidad de vida del recién nacido hospitalizado en la UCIN, la actualización y conocimiento de los cuidados es responsabilidad del personal de salud, de ello depende que el recién nacido no presente complicaciones o se agregue alguna patología. Dentro de los principales cuidados es prevenir infecciones asociadas a la atención de salud, mantener la integridad de la piel, proporcionar la cantidad necesaria de oxígeno, mantener un entorno ideal, evitar problemas neurológicos y brindar orientación y capacitación a los padres sobre los cuidados. Los cuidados de enfermería son claves fundamentales para generar cambios positivos que ayudan a su supervivencia y adaptación del recién nacido

En los logros alcanzados por nuestro país en la reducción de la mortalidad infantil, ha sido de primordial importancia la atención al niño recién nacido. Con el desarrollo de la especialidad de Neonatología, la incorporación de valiosos aportes tecnológicos y la primordial importancia del papel jugado por la atención de enfermería a estos niños en esta etapa de su vida, la más vulnerable, y que requiere de un personal especializado y muy sensible que permanezca minutos tras minutos al lado de estos pequeños seres que no pueden pedir nada, pero necesitan mucho

Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Cada año nacen en el mundo 15 millones de niños prematuros, es decir, más de uno de cada 10

nacimientos; muchos de estos recién nacidos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos, aproximadamente el 4% de los recién nacidos con peso normal al nacer, el 85% de los recién nacidos con bajo peso al nacer son hospitalizados cada año en la unidad de cuidados intensivos neonatales, expuestos a aproximadamente 70 procedimientos estresantes al día durante la hospitalización.

La mayoría de los recién nacidos (RN) son capaces de realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. Sin embargo, un 25% de los recién nacidos que requieren cuidado intensivo, no presentan factores de riesgo identificados antes de nacer. Es por esto por lo que todos los niveles de atención perinatal deben estar capacitados para diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. La anticipación ante posibles problemas perinatales debe ser una práctica habitual, por lo que el conocimiento del estado de salud fetal y los signos de alteración intrauterina, deben alertar ante la posibilidad de que el RN requiera algún tipo de maniobra de reanimación en el momento del parto.

Los avances en la atención de enfermería están relacionados con los que se obtienen en las prácticas de atención y cuidados tecnológicos para la sobrevivencia de los recién nacidos en condiciones de riesgo, y que deberán permanecer en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Paralelamente, al aumento de la sobrevivencia de los niños, dichos cuidados se han visto enriquecidos con los programas actuales que aportan información sobre la necesidad de establecer diagnósticos de enfermería y que derivan las maniobras pertinentes y eficaces para apoyar el trabajo interdisciplinario.

Los cambios de origen corporal y fisiológicos que se presentan en los primeros días de vida, alteran la farmacodinamia y farmacocinética, por lo cual es necesario conocer estos procesos mientras el recién nacido alcanza su madurez orgánica, para así ajustar la dosis de manera individual.

Los cambios de origen corporal y fisiológico que se presentan en los primeros días de vida alteran la farmacocinética y farmacodinamia, por lo cual es necesario conocer estos procesos mientras el recién nacido alcanza su madurez orgánica, para así ajustar la dosis de manera individual.

La aplicación de la bioética en los diferentes dilemas que se pueden presentar en un recién nacido que requiere cuidados generales y en UCIN, es un aspecto importante en la actualidad, valorando desde la percepción humana hasta organismos institucionales de arbitraje médico, varios son los cambios que han surgido a través del tiempo entre estas dos esferas ligadas: la conciencia médica y científica.

Cada una de ellas personalizada en su actuar, por medio de las instituciones, organismos y comités formados para una buena atención de calidad con ética aplicada en los recién nacidos

Los buenos resultados de la atención y dedicación de la Medicina Pediátrica a la Neonatología han generado una demanda sociosanitaria creciente que nos obliga a plantear la necesidad de regular la Neonatología como una nueva especialidad dentro de la Pediatría, y con ello a intentar diseñar los cauces para ordenar su docencia y la forma de acceder a la acreditación de la titulación

Capítulo 1: Generalidades Perinatología

Nadihezka Amanda Cusme Torres

Docente Universidad Técnica Ambato
Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local
na.cusme@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5402-0088>

María Logroño Alvarado

Anestesióloga Hospital Teodoro Maldonado Carbo
Maestría
maria_eli10@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0002-4016-2085>

Graciela de las Mercedes Quishpe Jara

Docente Universidad Técnica Ambato
Maestría en Gestión de los Servicios Hospitalarios
gracielaquispe@uta.edu.ec
<http://orcid.org/0000-0002-0461-0602>

Grace Pamela López Pérez

Maestría en Dirección y Gestión de Unidades de Enfermería
Docente Universidad Técnica Ambato
gp.lopez@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0558-5429>

RESUMEN

Introducción El cuidado neonatal en pediatría requiere de la atención de Enfermería de forma especializada tanto en la salud como en situaciones adversas, pues es considerado como una especialidad dentro del ejercicio de la profesión de Enfermería. **Objetivo** Contribuir al mejoramiento de la salud materna y perinatal, obtener un "buen resultado perinatal", garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del feto, diagnosticar malformaciones fetales y generar y difundir conocimientos con una perspectiva multidisciplinaria. **Metodología** La perinatología se enfoca en el cuidado de la madre y el feto durante el embarazo, el parto y el período neonatal. Los documentos relacionados con la perinatología mencionan temas como la vaginosis bacteriana, la asistencia pediátrica, el cuidado prenatal y la dieta diaria del embarazo a metodología en perinatología puede variar dependiendo del enfoque y objetivo de la investigación o atención médica. **Resultados** Los resultados de búsqueda mencionan metodologías como la evaluación exhaustiva de la madre y el feto, la detección oportuna de enfermedades, la medicina basada en la evidencia, la investigación perinatal, la planificación familiar y la educación médica.

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El

reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un gran espacio en esta especialidad

La neonatología es la rama de la medicina encargada del estudio de los recién nacidos hasta los 28 días de vida. Su objetivo es la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan a los neonatos, normales o patológicos.

El recién nacido por su peculiaridad, es sensible a adquirir cualquier infección asociada a la atención de salud, como: neumonías, infecciones de vías urinarias, del catéter venoso central, del sitio quirúrgico, entre otras. Los cuidados de enfermería son fundamentales para reducir y/o evitar complicaciones en el recién nacido. Según la OMS (2012), se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de niños prematuros, es decir, más de uno de cada 10 nacimientos. Muchos de estos recién nacidos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos, lo cual supone un gran costo para sus familias y la sociedad, teniendo las intervenciones de enfermería un papel fundamental y trascendental en la calidad de vida del neonato (1)

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.

El personal de enfermería en la unidad de neonatología realiza diversas intervenciones dirigidas a la atención y restauración del recién nacido entre las cuales se encuentra una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las intervenciones de enfermería son fundamentales para la adaptación del recién nacido, un factor importante en la etapa de transición.

Característica y Organización del Servicio de Neonatología

Los servicios de neonatología deben reunir ciertas condiciones y organización para elevar la calidad de la atención al neonato, deben estar integrados por personal calificado y con experiencia, tener una buena localización en el área hospitalaria y estar provisto de una buena tecnología (1)

El servicio de neonatología se encarga de brindar atención médica especializada a recién nacidos que presentan diferentes niveles de complejidad. La organización interna de la unidad de neonatología puede variar, pero generalmente se divide en diferentes niveles de atención, como la unidad de cuidados intensivos, que brinda atención médica con tecnología de alta complejidad a neonatos críticos inestables.

El principal objetivo del servicio de neonatología es ofrecer una asistencia avanzada, predictiva y preventiva, participativa, en referencia al empoderamiento de los padres, e individualizada, centrada en el recién nacido y su familia.

Estas unidades deben presentar los siguientes requisitos:

Recursos humanos

- Personal médico.
- Neonatólogos.
- Especialistas en nutrición y dietética.
- Licenciadas en enfermería.
- Enfermeras especialistas en neonatología.
- Personal de apoyo.
- Secretarias.
- Licenciados en (radiólogos y laboratoristas).
- Psicólogos.
- Farmacéuticos.

Características generales la ubicación del servicio de neonatología tiene que cumplir los siguientes requisitos básicos.

- Estar lo más próximo al salón de partos (permite la movilización rápida de los pacientes con afecciones).
- Tener luz exterior (mejora la iluminación del área).
- Sistema de iluminación adecuado (luz fluorescente en cada sala).
- Sistema de climatización apropiado (temperatura entre 24 y 28 °C)
- Tener colores claros en el área

Estar distribuido en:

- Salas de terapia intensiva.
- Salas de terapia intermedia.
- Salas de aislamiento para pacientes infectados.
- Laboratorio.
- Área de visitas.

Área de servicio:

Almacenes, estación de enfermería, oficinas, lencería, entre otras.

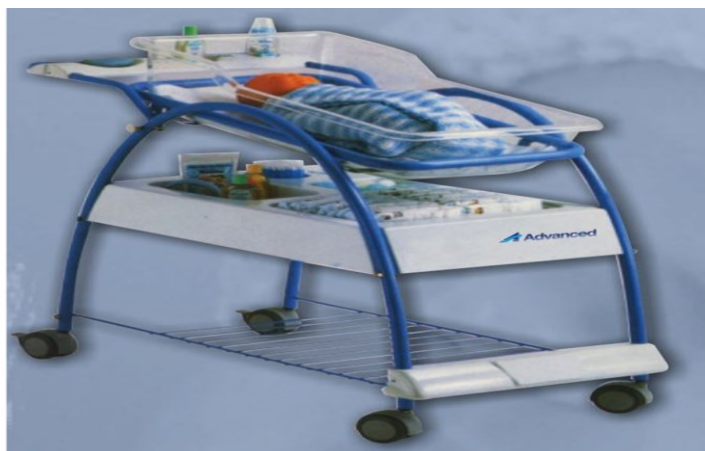
Consta además de otras áreas que pertenecen al departamento de neonatología, que deben estar situadas cercanas a ella, tales como: área de reanimación, alojamiento conjunto, banco de leche y sala de observación.

Equipamiento:

Cunas: se eligen según el tiempo del bebé y de su estado de adaptación al ambiente.

Figura 1

Cunas corrientes en neonatología



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía],

<https://www.medicalexpo.es/fabricante-medical/monitormultiparametrico-neonatal-15089.html>

Incubadoras: son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo, que concentran el calor, poseen fuente de oxígeno, presentan un sistema de control de temperatura interior y de piel del neonato (servocontrol), sistema de humidificación del ambiente y sistema de posiciones para adoptar varios planos de inclinación

Cunas térmicas: son sistemas para calentar al neonato a través de calor radiante

Figura 2

Incubadoras y cunas térmicas



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía],

<https://www.medicalexpo.es/fabricante-medical/monitor-multiparametrico-neonatal-15089.html>

Monitores: son aparatos eléctricos que nos permiten controlar los signos vitales constantemente (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno)

Figura 3

Monitores



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía],

<https://www.medicalexpo.es/fabricante-medical/monitor-multiparametrico-neonatal-15089.html>

Ventiladores: son máquinas que ventilan artificialmente al paciente para suplir la función mecánica del pulmón.

Figura 4



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía],

<https://www.medicaexpo.es/fabricante-medical/monitor-multiparametrico-neonatal-15089.html>

Bombas de infusión continuas: son equipos que permiten la administración de soluciones en el tiempo exacto, la administración de drogas en microdosis

Figura 5



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía]

<https://www.medicaexpo.es/fabricante-medical/monitor-multiparametrico-neonatal-15089.html>

Lámpara fototerapia: se utiliza para los recién nacidos que presentan ictericia (2)

Figura 6



Nota. Tomado de Medical Expo [Fotografía],

<https://www.medicaexpo.es/fabricante-medical/monitor-multiparametrico-neonatal-15089.html>

BIBLIOGRAFÍA

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en: <https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloimmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en: <https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023; Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev Médica Panacea. 2019;7(2):63–8.

- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovid.es/ovidts.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeleybca35854-5a90-4a0c-805d543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. Enferm urgencias. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2021;24(3):279–93.
- Rodríguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

- Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en:
<file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf>
<http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060>
<http://www.cenetec>.
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008>
<file:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en:
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
- Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.
- Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>
- Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclair A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.
- Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.
- Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lang=pt
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf>
- Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;
- Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan

- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam*. 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin*. 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Fam Hosp*. 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2020;9(1):21–32.

Capítulo 2: Cuidados de Enfermería después del Nacimiento

Irlanda Alicia Bautista Rueda

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Licenciada de Enfermería del Hospital Docente Latacunga
Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local
ia.bautista@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-5116-1283>

Ana Pamela Pachucho Flores

Docente Universidad Técnica Ambato
Magister en Cuidados Críticos
ap.pachucho@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-2142-9549>

Genoveva Monserrate Santos Arteaga

Enfermera del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha
Licenciada Enfermería
genoveva123456@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-9346-1122>

Juliana Monserrate Guzmán Medina

Enfermera del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha
Licenciada Enfermería
juli11986@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-3657-9349>

RESUMEN

Introducción Después del nacimiento, la madre necesita cuidados especiales para recuperarse del parto y adaptarse a su nuevo rol como madre. Los cuidados de enfermería después del nacimiento pueden variar dependiendo del contexto y la institución, pero en general, se enfocan en la prevención de complicaciones y la promoción de la salud de la madre y el recién nacido **Objetivo** Contribuir a que la madre y el recién nacido gocen de un estado óptimo de salud, prevenir complicaciones, **Metodología** Como la evaluación completa y rápida del recién nacido, la educación a los padres sobre el cuidado del bebé en el hogar, la programación de visitas de seguimiento con el pediatra, la basada en la evidencia, la homogeneización y sistematización. de los cuidados de enfermería, la protocolización de los cuidados de enfermería basados en la evidencia, y el uso de diagnósticos de enfermería, resultados y intervenciones. **Conclusiones** Los cuidados de enfermería después del nacimiento se enfocan en la prevención de complicaciones y la promoción de la salud de la madre y el recién nacido. Los cuidados pueden incluir masajes periódicos en el abdomen de la madre, evitar actividades agotadoras y relaciones sexuales durante al menos 6 semanas después del

parto, apoyo a la lactancia materna, prevención de infecciones, promoción de la higiene y el descanso, y educación sobre el cuidado del recién nacido. Además, el cuidado de enfermería después del nacimiento no se limita al hospital y puede incluir seguimiento domiciliario para dar continuidad al cuidado iniciado en el hospital y prevenir complicaciones.

Baño de recién nacido

El baño es uno de los cuidados rutinarios que se le realizan al RN, para su limpieza y mejor confort. Cada madre deberá tener la oportunidad de observar la demostración del baño y si es posible realizarlo, una vez que la enfermera realice la demostración y diga las instrucciones necesarias, para evitar dificultades cuando el niño se incorpore a la comunidad.

En el momento del baño se deben cumplir los principios básicos, aunque cada cual desarrolle su propia manera de bañar de acuerdo con su destreza manual, el tamaño y la actividad del niño. Se deben extremar las medidas de seguridad sin violar alguno de los principios básicos durante su ejecución.

Figura 7



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Principios básicos

- Todo el equipo, ropa y material debe estar preparado previamente.
- Hay que asegurar que en el ambiente no existan corrientes de aire y que la temperatura sea adecuada.
- La temperatura del agua para el baño será de 37 a 38 oC, el agua que se sienta tibia con el codo estará aproximadamente a tal temperatura.
- Antes de ejecutar el baño, se debe cerciorar que el niño tenga la temperatura regulada, que mantenga una temperatura mayor de 36,5 oC.
- Se debe proceder al baño de las áreas más limpias hacia las áreas más sucias.
- Enjabonar, enjuagar y secar cada área antes de pasar a la otra.

Precauciones

- Mantener al bebé envuelto con una toalla o pañal.
- Nunca suelte al bebé ante un olvido, se debe envolver en una toalla y llevarlo con usted.
- Debe haber receptáculos para la ropa sucia y para el material de desecho.
- Cada parte del RN debe enjuagarse con abundante agua y secarlas correctamente, se debe evitar la humedad.
- No usar jabones fuertes, ni polvos debido a la sensibilidad de la epidermis del niño, que le puede provocar irritación o lesiones graves en la piel.
- Durante la estancia hospitalaria del niño, se debe garantizar el baño con agua estéril, jabón suave y torundas de algodón estéril.

2.4 Equipo

- Toalla o paño limpio.
- Recipiente con agua hervida.
- Motas de algodón.
- Jabón.
- Ropa limpia.

Figura 8



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Técnica del baño

- Lavado de mano higiénico antes de manipular al RN.
- Desvestir al niño y cubrirlo con un paño, para evitar el enfriamiento.
- Ojos: se debe utilizar una torunda estéril de algodón con agua en cada ojo, empezando desde el ángulo interno del ojo y siguiendo hacia la esquina exterior.
- Cara: se realiza la limpieza en forma de 8, empezando por la zona frontal sin tocar los ojos, no se debe utilizar jabón.
- Orejas: se limpia solamente la parte exterior con agua, teniendo como precaución que no caiga agua en el interior del oído y no se debe introducir aplicadores en los oídos.
- Cuero cabelludo: se realiza de forma circular muy superficial con agua y jabón, sin ejercer presión ninguna, pues esta zona es muy delicada, por estar abiertas las fontanelas.
- Extremidades superiores: se empieza por las manos hacia las axilas con agua y jabón, se insiste en el pliegue bajo los brazos. Se debe enjuagar bien las manos del jabón pues el niño con mucha frecuencia se las lleva hacia la boca y se deben secar bien los pliegues bajo el brazo.
- Tronco: limpiar con agua y jabón, primero la zona anterior y luego la zona posterior. Se debe tener como precaución el secado correcto del cuello y evitar la humedad en la región umbilical.
- Extremidades inferiores: se empieza por los pies hacia la región inguinal con agua y jabón, debe cerciorarse de que el secado de los pies sea correcto.
- Glúteos y genitales: en las niñas el esmegma (secreción blanquecina) puede acumularse entre los pliegues de los labios, que deberá limpiarse con una torunda de algodón con agua y jabón, utilizado una sola vez cada torunda en dirección desde el frente hacia atrás. En los varones se insiste en el pene, es muy frecuente la adherencia entre el prepucio y el glande del pene, por lo que se acumula orina y esmegma, que debe retirarse cuidadosamente. Los glúteos deben estar bien aseados, retirar el material fecal para evitar irritación perianal.
- Vestir al RN con ropa limpia y acomodarlo correctamente.
- Cambiar y vestir la cuna con paños limpios.
- Retirar todo el material sucio.
- Cuidados generales con la piel del RN

- No utilizar jabones fuertes, aceites o talcos perfumados para evitar irritación en la piel del RN.
- No utilizar durante el baño estropajos, esponjas o toallas, sólo utilizar la mano, motas de algodón y jabón.
- La ropa del bebé debe ser de algodón.
- Evitar abrigo en forma excesiva, pues puede favorecer la aparición de salpullido, erupción de pápulas o vesículas diminutas.
- La ropa del bebé debe lavarse con jabón, se evitarán detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso en algunos casos ser tóxicos.
- Exponer al RN al aire y a la luz varias veces al día.
- Hervir los pañales, para destruir las bacterias.
- Usar cremas protectoras con vitamina E en la región anal, para evitar la erupción del pañal.

Figura 9



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegOIA&oeq=imagenes+de+examen+fisico>

Alimentación en el recién nacido

Es indiscutible el papel que juega la alimentación en la supervivencia del RN, garantiza no solo su crecimiento, sino su desarrollo tanto físico como psíquico, lo cual va a determinar un estado de salud óptimo, que lo acompañará hasta su edad adulta.

Son los alimentos los que van a dotar al organismo de sustancias nutritivas o nutrientes, tales como los carbohidratos, las proteínas, las grasas o lípidos, las vitaminas y minerales y el agua. Sustancias que son vitales para el mantenimiento de la vida, y de las actividades propias del organismo, como las diferentes funciones, el crecimiento y renovación de tejidos, y la actividad diaria propiamente dicha, tanto física como mental. Ya que van a aportar las calorías y energías necesarias para todos estos procesos, al permitir un funcionamiento equilibrado, y garantizar así la artificial.

El neonato se alimenta exclusivamente con leche materna y/o artificial. Su elección va a estar dada por diferentes factores, como: el vínculo madre-hijo, la actitud de los padres, el ambiente socioeconómico y cultural de la familia.

Lactancia materna

La madre tiene la capacidad natural de alimentar a su hijo, la leche materna es la ideal para el RN. Se recomienda que se realice de forma exclusiva, por lo menos los primeros 4 meses de vida. Es precisamente para este tipo de leche que tiene el RN adaptados y preparado su metabolismo y su sistema digestivo para asimilarla.

Composición de la leche materna

- Agua 87 %.
- Energía 700 kcal/L.
- Proteínas aproximadamente 0,8-0,9 %.
- Grasa. La mayoría en forma de triglicéridos.
- Carbohidratos 50 %.
- Calcio / fósforo.
- Hierro.
- Enzimas. Lipasa, peroxidasa, amilasa y fosfatasa.
- Todas las vitaminas.

Posiciones para la lactancia materna

- Sentada clásica
- Acostada en decúbito lateral
- Balón de fútbol (el cuerpo del neonato se coloca debajo de la axila de la mamá, se sostiene con el brazo del mismo lado y con la mano se aguanta la cabeza).

Figura 10



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Aspectos generales para establecer una lactancia exitosa

- Comenzar inmediatamente después del nacimiento.
- Lactar al neonato según su demanda o cada 3 h en caso de que no lo pida.
- La posición adecuada es la que sea más cómoda para el bebé y su madre.
- Ejercicios para los pezones.
- Lactar en un ambiente óptimo.
- La madre debe consumir mediante la dieta requerimientos nutricionales.
- La madre debe tener un descanso apropiado.
- Eliminar el uso de tetes y biberones que acostumbran al neonato a otro tipo de succión.
- Evitar la separación madre-hijo.
- Apoyar y estimular a la madre que lacta.

- La madre debe conocer sobre la fisiología de la lactancia y como enfrentar los problemas que pueden presentarse durante esta.

Problemas que dificultan la lactancia materna

- Pezones dolorosos.
- Grietas en los pezones.
- Hemorragias de los bordes.
- Pezón plano.
- Pezón invertido.
- Succión débil.
- Succión mal coordinada.
- Rechazo del pecho.

Contraindicaciones de la lactancia materna

- Madres con VIH positivo.
- Madres con enfermedades graves (tuberculosis, cáncer, psicosis).
- Madres que ingieran algunos medicamentos específicos.
- Infecciones.
- Recién nacido con malformaciones congénitas en el sistema digestivo.
- Neonatos que presenten galactosemia, intolerancia a la leche.
- Recién nacido en estado grave o crítico.

Cuidados con el muñón

El muñón es el resultado de la ligadura y corte que se realiza en el cordón umbilical, el que se va ennegreciendo y se va secando hasta desprenderse a las 2 a 3 semanas, y algo más tarde en los niños nacidos por cesárea. La exposición al aire del cordón umbilical contribuye a que este se seque. Está revestido por líquido amniótico, que en su interior presenta la gelatina de Wharton, la vena umbilical y 2 arterias umbilicales.

Figura 11



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Tipos de ombligos

- **Normal:** la piel de la pared abdominal llega hasta el punto de inserción del cordón umbilical o avanza alrededor de 0,5 cm por este.
- **Amniótico:** la piel de la pared abdominal no llega hasta el punto de inserción del cordón umbilical y la membrana amniótica recubre la porción de piel que falta.
- **Cutáneo:** la piel de la pared abdominal asciende por el cordón 1 cm o más. Debe diferenciarse de la hernia umbilical.

Tanto el ombligo cutáneo como el amniótico cicatrizan espontáneamente y no requieren tratamiento, aunque la cicatriz puede no ser ideal desde el punto de vista estético.

1. Presencia de alteraciones menores del ombligo.

- Sangrado del cordón umbilical.
- Humedad o exudación umbilical.
- Desprendimiento tardío.
- Granuloma umbilical.
- Formación en forma de cereza pequeña, roja y húmeda en la cicatriz del ombligo, que se observa una vez que se ha caído el cordón.

2. Signos de onfalitis.

- Pus.
- Secreciones amarillentas y malolientes.
- Piel enrojecida alrededor del ombligo.
- Dolor al tocarla o manipular en la zona.
- Endurecimiento de la piel alrededor del ombligo.

3. Malformaciones.

- Arteria umbilical única.
- Onfalocele.
- Persistencia del uraco.
- Persistencia del conducto onfalomesentérico.

Cuidados de enfermería con el muñón del RN

1. Realizar cura del muñón.

- Verificar la historia clínica.
- Identificar al paciente.
- Realizar un lavado de mano vigoroso.
- Preparar la bandeja y todo el material a utilizar durante el procedimiento.
- Aplicadores estériles.
- Recipientes para el desecho.
- Frasco con alcohol al 90%.

Trasladar el equipo para el lado del paciente.

- Colocar al RN en decúbito supino y descubrir la región abdominal.
- Levantar el muñón sin estirar, tomándolo por la punta para que quede expuesta la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- Aplicar alcohol con aplicadores estériles, en la zona de transición entre el cordón y la piel normal.
- Remover con suavidad cualquier vestigio de sangre, heces o suciedad que exista, utilizar los aplicadores que sean necesarios.
- No secar.
- No intentar desprender el cordón antes de que este se separe completamente.
- Acomodar al niño en posición cómoda.
- Registrar cualquier observación en la historia clínica.

2. Profilaxis para las infecciones del muñón.

- Evitar que el pañal no cubra la región umbilical.
- Curar con alcohol el muñón al menos 2 veces al día, una de ellas después del baño.
- Evitar el uso de productos como: yodo, talco o polvo.
- Si hace contacto con las heces, debe lavarse con agua y jabón, secar escrupulosamente y aplicar alcohol o el antiséptico que haya indicado el pediatra.

Cuidados de enfermería en el RN con alteraciones umbilicales

- En caso de presentar un granuloma, se realiza cura con aplicaciones de nitrato de plata y ungüento antibiótico.
- Administrar nitrato de plata con mucha precaución, pues puede quemar la zona umbilical del RN, se recomienda usar alguna pomada antibiótica que rodee el borde umbilical con el objetivo de proteger la zona de su efecto.
- No usar yodo povidona, pues se absorbe a través de la piel fina, y puede producir alteraciones en la función del tiroides.
- Evitar factores que conduzcan al retraso en la cicatrización, como la humedad excesiva.
- Descartar afecciones o anomalías asociadas.

Examen físico

En la atención integral de todo RN resulta de vital importancia tener en cuenta no solo los aspectos sociológicos, económicos y políticos que rigen el cuidado del niño, sino sus caracteres fisiológicos y su grado de madurez, además del crecimiento adecuado que se corresponda con su edad, tanto en la vida intrauterina como en la extrauterina.

Desde el período gestacional, el feto se prepara para enfrentar los bruscos cambios de la vida extrauterina; el parto, el cambio del líquido atmosférico y la capacidad de adaptación determinada por el grado de madurez, estas van a constituir agresiones para el RN, las que podrían traerle consecuencias en su posterior desarrollo si no se aplican correctamente las medidas y acciones pertinentes.

Después del parto se van a producir cambios, orgánicos y funcionales, son de gran importancia los que ocurren a nivel circulatorio y respiratorio, seguido del nivel nervioso, la hematopoyesis y la termorregulación.

Figura 12



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Evaluación clínica del RN

Primer examen: se realiza inmediatamente después del nacimiento, en el período inicial de reactividad (salón de partos), cuando se aplica el sistema de puntuación de Apgar, que permite una evaluación rápida y veraz de la vitalidad del neonato.

Segundo examen: se realiza en el tiempo correspondiente al período de relativa inactividad y al segundo período de reactividad (alojamiento conjunto), en el que la enfermera observa el comportamiento del neonato, su coloración y los signos vitales.

Tercer examen: consiste en un examen físico completo del neonato cuando ya se encuentra estabilizado.

Características generales del RN normal

Aparato respiratorio

En la vida intrauterina los alveolos pulmonares están distendidos, se encuentran llenos de trasudados producido por los capilares pulmonares. El RN realiza movimientos para contribuir al desarrollo de los músculos intercostales y el diafragma, necesarios para mantener la respiración después del nacimiento.

Al expandirse el tórax en el momento del parto, se produce la expulsión de una parte de esa trasudación y el resto es reabsorbido por los linfáticos pulmonares.

La expansión del tórax, el primer llanto, el reflejo propioceptivo del frío y la exposición del aire, hacen que los bronquios se llenen de aire, y se rellenen los alveolos pulmonares.

Posteriormente se libera el surfactante, sustancia tensoactiva producida y almacenada por los neumocitos II, que reduce la tensión superficial, para evitar el colapso alveolar con la espiración.

Aparato cardiovascular

En la vida extrauterina se produce un cese de la circulación placentaria provocado por la ligadura del cordón umbilical y la primera respiración pulmonar. En el momento del nacimiento aumenta el flujo sanguíneo a los pulmones, al disminuir la resistencia vascular pulmonar producida por la inflación mecánica de los pulmones, junto al aumento de la presión parcial de oxígeno en los vasos pulmonares, que en la vida fetal es de 35 mmHg y alcanza hasta 95 mmHg. Ocurre una rápida constricción y cierre funcional del conducto arterioso muscular en las primeras 24 h por el aumento de la PaO₂. Además, se producen cambios de presión intracardiaca en los primeros días del nacimiento, tales como: disminución de la presión auricular derecha y aumento de la presión auricular izquierda por el aumento del flujo sanguíneo de retorno que provoca el cierre funcional del foramen oval, por los cambios de presión. Debido a estos cambios comienza entonces la circulación mayor en el organismo.

Aparato digestivo

El RN tiene casi todas las enzimas necesarias para iniciar su digestión, el estómago tiene forma tubular y en posición vertical, con capacidad para 20 ó 30 mL, por lo que es muy frecuente la tendencia al reflujo gastroesofágico, además de la presencia de aire que penetra al tubo digestivo con las primeras respiraciones. El vaciamiento gástrico ocurre aproximadamente cada 2 ó 3 h.

Las primeras deposiciones ocurren en las primeras 24 a 48 h de vida, y se le denomina meconio; se expulsa aproximadamente una cantidad entre 80 y 100 g. Este contenido que tiene como característica un color oscuro y pastoso es producto de la digestión del líquido amniótico en la vida intrauterina.

El intestino tiene una longitud de 3 m de largo, con una musculatura poco desarrollada, gran amplitud de superficie de absorción y poco desarrollo del sistema autónomo. Es normal que el RN presente diarrea posprandial los primeros 3 meses, debido a la hipervagotonía intestinal.

El hígado presenta una ligera inmadurez de la enzima glucuronil transferasa, en los primeros 3 ó 4 días, lo que provoca con mucha frecuencia una coloración amarilla de piel y mucosa en el RN, que se denomina ictericia fisiológica. Además, existe un déficit de síntesis de protombina y proconvertina, lo cual unido al déficit de vitamina K, puede desencadenar la enfermedad hemorrágica del RN, entre el segundo o el cuarto día.

Sistema nervioso

El cerebro del recién nacido es grande y con una inmadurez marcada, con escasa mielina y deficiente vascularización del tejido nervioso, esto se pone de manifiesto mediante la conducta neurológica. Sin embargo, el sistema vegetativo se encuentra más desarrollado, por lo que el neonato tiende a la irritabilidad, la regurgitación, los vómitos, la hipertonía, las respuestas vasculares de la piel y la presencia de movimientos espontáneos, torpes e incoordinados.

Sistema hemolinfopoyético

La hemoglobina fetal presenta gran afinidad por el oxígeno y lo extrae de la hemoglobina materna, pero no aporta el oxígeno a los tejidos fácilmente. Posterior al nacimiento comienza el cambio de hemoglobina fetal a la adulta. La producción de hematíes se encuentra disminuida en las primeras 6 u 8 semanas de vida por el aumento de la PO₂, con las primeras respiraciones.

Aparato genitourinario

La capacidad del riñón aumenta en la vida posnatal de acuerdo con las necesidades del organismo. En esta etapa los riñones constituyen el órgano de excreción y regulación de la acidez de la sangre, son de tamaños grandes, lobulados bajos y se puede, palpar el polo inferior derecho.

La vejiga tiene una capacidad de 40 a 50 mL en los primeros días de vida, después va aumentando y en la primera semana alcanza aproximadamente 200 mL. La primera micción ocurre en las primeras 24 h de nacido, rara vez se puede presentar entre los 48-72 h. El riñón funciona en forma completa alrededor del año de vida, es probable encontrar sedimento urinario con restos epiteliales, hematíes, ácido úrico y abundantes sales de urato que suelen teñir el panal de rojo al descomponerse.

Sistema inmunológico

El feto en el útero se encuentra en un ambiente estéril, al pasar a la vida extrauterina se pone en contacto con antígenos, que le sirven de gran estímulo para desarrollar mecanismos inmunidad específica e inespecíficos, aunque de manera deficitaria. El RN maduro, y más aún el pretérmino, es inmunológicamente deficiente, por lo que tiene un aumento de riesgo de contraer infecciones en este período de vida. Esta deficiencia inmune incluye la inmunidad celular, la humoral y la inespecífica.

Figura 13



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Ponderaciones y mensuraciones

Son medidas antropométricas que permiten la evaluación del crecimiento del RN y su estado nutricional, son muy útiles para clasificar el RN y permite descartar algunas alteraciones. Las mediciones pueden influenciarse por múltiples factores, una vez que se obtengan estos datos se compara con las curvas de valores normales, las que nos dan la medida del desarrollo alcanzado por el neonato.

Peso

Es el resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos, es la medida antropométrica más utilizada. Se obtiene mediante el empleo de una báscula para su uso en incubadoras o bien para lactantes. Durante los primeros días de vida el RN sufre la pérdida fisiológica, que alcanza del 10 al 12 % del peso al nacer, debido a la pérdida de líquido.

Longitud

Es una mensuración que resulta de la medición de la longitud del cuerpo humano a todo lo largo del RN, muy útil para diagnosticar retraso del crecimiento o prematuridad.

Circunferencias

Los diferentes tipos de mediciones de circunferencia en el RN están dada por la cefálica, torácica y abdominal, reportan datos muy fiables para el cálculo de la edad gestacional y para la valoración de algunas identidades patológicas.

Cuidados de enfermería durante la exploración física

- Precisar las características generales del RN.
- Realizarse un lavado de mano vigoroso para evitar las infecciones cruzadas.
- Preparar una mesa auxiliar equipada con todo el material útil y desinfectado para la realización de la exploración física:
 - Cinta métrica.
 - Torundas o motas de algodón.
 - Termómetro.
 - Depósitos para materiales desechables.
 - Guantes estériles (en caso de que sea preciso utilizarlo).
 - Registro de anotación.
- Cerciorarse que la temperatura del ambiente sea adecuada y el niño regule la temperatura corporal.
- Si está desnudo emplear menos tiempo que si estuviera vestido, en cuna térmica o en incubadora.
- Utilizar manos tibias, manipulación gentil, hablar tranquilo, para evitar estimular el llanto.
- Referir fecha y hora de la exploración.
- Realizar exploración en sentido cefalocaudal.
- Utilizar los mismos métodos de exploración, pero en un orden de acuerdo con el estado del niño y la ocasión.
- Tener a mano objetos que nos ayuden a calmar al RN.
- Propiciar la presencia de los padres, para facilitar una adecuada familiarización con el
- Reflejar en la historia clínica lo observado durante la exploración y resaltar las alteraciones, si existieran.

Figura 14



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Cuidados de enfermería durante las mensuraciones y ponderaciones

Precauciones con el peso del RN

- Realizar una desinfección de la pesa, primero con agua y jabón, y posteriormente desinfectar con alcohol.
- El enfermero debe familiarizarse con la balanza.
- Poner en fiel la pesa o balanza, controlar su calibración. Se debe utilizar un pañal o papel limpio, luego ponerla en fiel después de haberlo colocado (Fig. 3.3).
- El niño durante la pesada debe estar desprovisto de ropa u objeto que alteren el peso real.
- Colocar al niño en posición supina, en el centro de la balanza previamente ajustada.
- El local debe tener suficiente iluminación y una climatización adecuada que impida el enfriamiento. Evitar las corrientes de aire.
- Cerciorarse que los pies o las manos no toquen la superficie en que se apoya la pesa.
- Realizar lectura con precisión.
- Registrar el peso en la historia clínica.

Figura 15

Evaluación del peso del RN en una pesa de bandeja.



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oeq=imagenes+de+examen+fisico>

Precauciones con la longitud supina del RN

- La superficie debe ser horizontal, plana y rígida.
- La cinta métrica inextensible debe ser graduada en centímetros y milímetros.
- La superficie vertical fija debe coincidir con el 0 de la cinta.
- Se recomienda realizar la técnica con un ayudante.
- Colocar al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana, haciendo coincidir su línea media sagital con la línea media del tallímetro.
- Mantener la cabeza en contacto con el plano vertical fijo, y procurar que el vértex quede en contacto con la parte fija en el cero de la cinta métrica.
- Sostener la cabeza por ambos mastoides.
- Estirar las piernas y mantener los pies en ángulo recto, sostener ambas rodillas con la mano izquierda, para evitar su separación o flexión, y hacer presión sobre la cara externa de las piernas, para juntar los talones.
- Deslizar la superficie vertical móvil hasta que esté en contacto con los talones del niño.

Precauciones con las circunferencias del RN

- Colocar al niño en decúbito supino.
- Utilizar cinta métrica inextensible y graduada en centímetros y milímetros.
- Situar el 0 de la cinta en el lado izquierdo del cuerpo.
- Realizar 2 a 3 lazadas, para comprobar el mayor perímetro.
- En el caso de la circunferencia cefálica se debe colocar la cinta en la frente, por la parte ancha de la cabeza y por detrás por la protuberancia occipital externa.
- En la circunferencia torácica se debe colocar la cinta en la línea media de las mamas. Que rodee todo el cuerpo.
- Al medir la circunferencia abdominal se debe colocar la cinta alrededor de la región umbilical.
- Ajustar bien la cinta, hacer presión antes de realizar la lectura.

El RN es un resumen de convergencia y su evolución está íntimamente unida a la historia gestacional, la herencia familiar y a la adaptación de los cambios bruscos que le implica la vida, como la adaptación traumática del parto, el cambio de un medio líquido al atmosférico y la capacidad de adaptación determinada por su madurez. Es de extremo valor para el personal de enfermería que trabaje con neonatos, el ser capaz de hacer una evaluación básica, que permita identificar el estado del RN y reconocer las posibles alteraciones.

Aspectos para evaluar en el examen físico

Apariencia general

El recién nacido a término tiene una actividad variable según su estado general. En reposo se presenta con sus extremidades flectadas y algo hipertónicas, manos empuñadas. En ocasiones adopta la posición de reflejo tónico-nucal: la cabeza vuelta hacia un lado, con las extremidades del mismo lado extendidas y las contralaterales en flexión. La postura también está influida por la posición intrauterina.

Indica normalidad: llanto vigoroso, respuesta a los estímulos y buena apariencia.

Indica alteración: estado hipotónico, irritabilidad, quejidos, llanto agudo, débil y gruñidos.

Piel

Usualmente la piel del RN es de un color rosado y suave, con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN postérmino es mucho más marcada. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

- **Color.**

Indica normalidad: coloración rosada o rojiza cuando llora (tener en cuenta raza).

Indica alteración: presencia de palidez, cianosis, ictericia, equimosis, petequias.

- **Textura**

Indica normalidad: textura lisa, lanugo en espalda, vérnix seco con algo de descamación, presencia de eritema tóxico o pliegue que desaparece de inmediato.

Indica alteración: descamación o agrietamiento excesivo, aspereza, impétigo, hemangioma o pliegue que permanece.

Cabeza

La forma y el tamaño es grande en relación con el resto del cuerpo, habitualmente presenta una deformación plástica con grados variables de cabalgamiento óseo y que se debe a su adaptación al canal del parto, excepto por aquellos nacidos por cesárea.

Indica normalidad: si es parto vaginal es de forma elongada, si es parto por cesárea es redonda y simétrica.

Indica alteración: presencia de caput succedaneum, cefalohematoma, hidrocefalia, microcefalia.

Fontanelas. La anterior varía en tamaño entre 1 y 4 cm de diámetro, es blanda, pulsátil y levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. La posterior es pequeña de forma triangular, habitualmente menor a 1 cm.

Indica normalidad: cuando son planas, suaves y firmes.

Indica alteración: cuando están abultadas, hundidas, la anterior es pequeña o la posterior está aumentada de tamaño.

Ojos

Con frecuencia están cerrados, pero los abre si se le mueve hacia la luz y sombra en forma alternada. El iris es de color grisáceo y la pupila debe responder a la luz.

Indica normalidad: edemas en párpados, sin lágrimas, presencia de hemorragias subconjuntivales y escleras que no requieren de tratamiento.

Indica alteración: elevación o ptosis palpebral, pupilas desiguales, dilatadas o contraídas, opacidades de la córnea y el cristalino.

Nariz.

Está ubicada en la línea media. El neonato es preferentemente respirador nasal y debe confirmarse su permeabilidad.

Indica normalidad: simetría en relación con los ojos y boca, conductos nasales permeables.

Indica alteración: ubicación y configuración anormal, conductos nasales obstruidos o aplanada.

Boca

Tiene labios rojos, las encías muestran el relieve dentario, pero no tienen dientes, aunque en ocasiones pueden tener pequeños quistes como también dientes supernumerarios, que deben ser removidos si están sueltos.

Indica normalidad: labio, encía y paladar intacto, quistes epiteliales (perlas de Ebstein), lengua en línea media, móvil, tamaño adecuado para la boca.

Indica alteración: labio y paladar hendido, parches blancos en lengua, encías con membranas mucosas, lengua de gran tamaño o que sobresale.

Orejas

Ver la forma e implantación del pabellón auricular. Sus alteraciones se han asociado a malformaciones en otro lugar del organismo. Los tímpanos son difíciles de visualizar y tienen apariencia opaca. El neonato es capaz de oír y se sobresalta, haciendo el reflejo **Moro**

Indica normalidad: cartílago bien formado, tamaño adecuado para la cabeza, conducto auditivo externo permeable.

Indica alteración: gran tamaño, sin fuerza y prominente. Mal formado, posición baja y obstrucción del canal.

Cuello.

Debe explorarse movilidad y la presencia de aumento de volumen. Ocasionalmente puede presentarse asimetría con desviación hacia un lado, que se debe con mayor frecuencia a una postura fetal persistente con la cabeza ladeada (asincletismo).

Indica normalidad: cuello corto o grueso.

Indica alteración: cuello membranoso, anormalmente corto, movimiento limitado, bocio, quistes tiroideos y hematomas del esternocleidomastoideo.

Tórax

Observar su forma, se expande de forma simétrica. Se palpan las clavículas de superficie lisa y uniforme.

Indica normalidad: cuando es redondo, asimétrico y la apófisis xifoidea es prominente. Las clavículas están intactas.

Indica alteración: cuando es asimétrico o tiene forma de embudo y presenta menor movimiento de alguna extremidad.

Respiración.

El RN presenta movimientos respiratorios normales, la respiración es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, debe hacer sospechar alguna enfermedad.

Indica normalidad: frecuencia respiratoria de 40 a 60/min, respiración tranquila, poco profunda. Los ruidos respiratorios son fuertes e iguales en ambos campos.

Indica alteración: retracción, jadeo, quejidos, llanto, respiración rápida prolongada, apnea de más de 10 seg. Ruidos respiratorios disminuidos, aumentados o ausentes.

Signos vitales

La obtención de los signos vitales es un procedimiento de rutina por el personal de enfermería y es de crucial importancia para detectar alguna anormalidad en el neonato. Cualquier RN se considera inestable, si sus signos vitales no están dentro de sus parámetros normales. Los signos vitales denotan un funcionamiento de los sistemas en el organismo, que permiten el mantenimiento de la vida, se considera un signo vital normal, cuando son constantes y concuerdan regularmente. Los signos vitales son: la temperatura, la frecuencia respiratoria, cardíaca y la tensión arterial.

Temperatura

Es el grado de calor del cuerpo, como resultado del metabolismo celular. Los neonatos están predispuestos a la transferencia de calor al medio ambiente, debido a que poseen una escasa cantidad de grasa subcutánea. Existen 4 formas en que el RN, puede perder o ganar calor corporal a través del ambiente: evaporación, conducción, convección e irradiación.

Existen diversos factores que intervienen en la producción y conservación del calor, tales como: la termogénesis sin escalofríos producto del metabolismo de grasa parda, el aumento de la actividad muscular voluntaria (escalofrío poco frecuente), la vasoconstricción periférica y la posición fetal.

Frecuencia respiratoria

Es la función que permite la entrada de oxígeno y expulsión del dióxido de carbono. La respiración en el RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). La frecuencia respiratoria después de la primera hora de nacido oscila entre las 30 y 60 respiraciones por minuto.

Frecuencia cardíaca

Es la capacidad de la frecuencia y ritmo que tiene el corazón de bombear sangre a las demás células distantes en el organismo, para que se efectúe el intercambio de nutrientes y oxígeno. La frecuencia cardíaca en el RN oscila entre los 100 y 160 latidos por minuto.

Tensión arterial

Es la fuerza que tiene el corazón para bombear sangre debido al mantenimiento de la elasticidad arterial y la resistencia periférica. La tensión arterial suele ser baja al nacimiento y está muy relacionada con el peso del RN.

Cuidados de enfermería en la medición interpretación de los signos vitales

- Identificar al paciente y sus características generales, edad gestacional, antecedentes en el parto u otras alteraciones.
- Realizar un lavado de mano vigoroso, para evitar las infecciones cruzadas.
- Comprobar el buen estado de los equipos antes de medir los signos vitales.
- Preparar el equipo y todo el material previamente desinfectado a utilizar durante el procedimiento

Figura 16



Nota. Tomado [Fotografía].

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbn=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

- Bandeja.
- Termómetro.
- Esfigmomanómetro.
- Frasco para colocar el termómetro limpio y sucio.
- Torundas de algodón.
- Recipientes para el desecho del material recuperable y desechable.
- Lápiz o bolígrafo.
- Historia clínica.
- Cerciorarse que el RN esté tranquilo y no esté llorando, pues de lo contrario se modifican algunos parámetros.

Figura 17



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Figura 18



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Frecuencia respiratoria

- Colocar al RN en decúbito supino preferiblemente, si no está contraindicado.
- Descubrir el abdomen del niño.
- Observar y registrar los movimientos del abdomen.
- Con el reloj en la otra mano se procede a contar los movimientos respiratorios en un 1 min.
- Se recomienda repetir el procedimiento una vez más.
- Registrar el dato en la historia clínica.

Temperatura

- Colocar al niño en decúbito lateral preferiblemente, si no está contraindicado.
- Descubrir la región axilar.
- Cerciorarse que el termómetro esté bien bajo.
- Medir la temperatura axilar preferiblemente, para evitar la perforación del recto.
- Colocar el termómetro, velando que quede su punta bien situada en la axila.
- Sostener el brazo del niño con firmeza, pero suavemente, contra su costado durante el registro de la temperatura.
- Mantener el termómetro en la axila durante 3 min.
- Leer el termómetro una vez que se retira.
- Colocar el termómetro en el recipiente destinado para ello.
- Registrar el dato preciso en la historia clínica.

Frecuencia cardíaca

- Colocar al niño en decúbito supino preferiblemente, si no está contraindicado.
- Descubrir el tórax del niño.
- Flotar la campana para calentarla y que no haga contacto fríamente con la piel del RN.
- Colocar la campana del estetoscopio contra la pared torácica, en el tercer o cuarto espacio intercostal por fuera de la línea mamilar izquierda.
- Medir la frecuencia cardíaca al minuto.
- Registrar los datos en la Historia Clínica.

Tensión arterial

- Colocar al niño en decúbito supino preferiblemente, si no está contraindicado.
- Hipertensión: elevación anormal de la presión arterial.
- Cerciorarse que el ancho del brazalete sea el adecuado para el RN.

- Conectar los tramos al brazalete y posteriormente al equipo que mide la tensión arterial (cardiomonitor).
- Colocar el brazalete del esfigmomanómetro al paciente por encima de la articulación del codo.
- Medir la tensión arterial mediante el equipo, observando la curva.
- Retirar el brazalete, para extraer todo el aire insuflado.
- Repetir nuevamente el procedimiento.
- Registrar el dato preciso en la historia clínica

Alteraciones de la frecuencia respiratoria

- Taquipnea: respiración superior a las 60 respiraciones/min.
- Anoxia o hipoxia: falta de oxígeno a los tejidos.
- Apnea: suspensión transitoria de la respiración, que es seguida por una respiración forzada.
- Anoxemia o hipoxemia: ausencia del oxígeno en los líquidos corporales.
- Bradipnea: respiración lenta, inferior a 40 respiraciones/min.
- Disnea: dificultad de la respiración.
- Hiperpnea: aumento de la profundidad de la respiración.
- Hipocapnea: disminución de dióxido de carbono en líquidos corporales.

Alteraciones de la temperatura

- Atermia: falta de calor.
- Apirexia: falta de fiebre o intervalos sin fiebre en una enfermedad febril.
- Febrícula: fiebre ligera.
- Hiperpirexia: temperatura elevada que no varía más de un grado en 24 h.
- Hipertermia: elevación de la temperatura por encima de 38 °C.
- Hipotermia: disminución de la temperatura corporal por debajo de 36,5 °C

Alteraciones de la frecuencia cardíaca

- Bradicardia: por debajo de los 100 latidos/min.
- Taquicardia: por encima de los 160/min.

Alteraciones de la tensión arterial

- Hipotensión: presión arterial anormalmente baja.
- Hipertensión: elevación anormal de la presión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en:<https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en:
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014 (1).pdf
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloimmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en:
<https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev Médica Panacea. 2019;7(2):63–8.

- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovid.es/ovidts.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d-543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. Enferm urgencias. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2021;24(3):279–93.
- Rodríguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

- Title. Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en: <file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf><http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf<http://dx.doi.org/10.15446/rvfacmed.v66n3.60060><http://www.cenetec>.
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008><file:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
- Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.
- Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>
- Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclair A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.
- Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.
- Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lang=pt<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf>
- Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;
- Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan

- los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.
- NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en:
https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN_Consult_Planes.pdf
- López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.
- Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.
- Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.
- Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).
- Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en:
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>
- Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index;
 De GDEP. ENFERMERÍA.
- Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Investig y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.
- Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en:
<https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASIAZ7NZIWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ>
46. Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. Enferm Glob. 2017;16(4):1–12.
- Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and

- Nursing Care. Enferm. 2021;10(1):3–17.
- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers y Bioética. 2019;23(2):245–62.
- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev clín med fam. 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. Rev Cuad Hosp Clin. 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Esc Anna Nery. 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. Farm Hosp. 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. Enfermería Cuid Humaniz. 2020;9(1):21–32.

Capítulo 3: Afecciones Hematológicas

Martha Lucia Guallichico Maura

Docente Universidad Técnica Ambato
Licenciada de Enfermería del Hospital Docente Latacunga
Maestría en Salud Pública
ml.guallichico@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4744-1693>

Verónica Cantuñi Carpio

Docente Universidad Técnica Ambato
Magister en Bioquímica Clínica
vdp.cantuni@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5182-0493>

William Jiménez Hurtado

Docente Universidad Técnica Ambato
Master en Asesoramiento Psicológico y Psicoterapia
wa.jimenez@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-9726-834X>

Miriam Ivonne Fernández Nieto

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local
miriamifernandez@uta.edu.ec
<http://orcid.org/0000-0002-4277-7999>

RESUMEN

Introducción Los trastornos de la sangre pueden generar problemas en la coagulación de la sangre, deteriorar la habilidad de combatir infecciones y afectar los niveles de oxígeno, lo que puede impactar en la manera en la que los niños se sienten y viven a diario. Es por eso por lo que es necesario conocer acerca de los principales trastornos hematológicos que pueden afectar a las personas, y principalmente a los niños, y cómo se puede controlar o tratar estas condiciones para mantener y asegurar su bienestar. **Objetivo** Establecer programas de tratamiento, realizar investigación clínica, difundir el conocimiento de las enfermedades hematológicas, destruir el tumor en su lugar de origen y en las zonas próximas a donde pudiera haber diseminado, el diagnóstico. **Metodología** Como el desarrollo de habilidades de ejecución y de pensamiento en un laboratorio de hematología, la realización de pruebas utilizando métodos manuales y semiautomatizados, la validación automática de resultados y la revisión microscópica del frotis de sangre, la incorporación de índices en la rutina del laboratorio de hematología, la información sobre las alteraciones hematológicas. **Conclusión** Las alteraciones hematológicas pueden tener consecuencias graves para la salud y la hematología es la especialidad médica que se dedica al tratamiento de los pacientes con enfermedades

hematológicas. Los resultados de búsqueda mencionan conclusiones como la importancia de la atención crítica en pacientes hematológicos, la falta de relación clara entre los grupos sanguíneos y las enfermedades hematológicas, la existencia de muchos trastornos de la sangre que pueden afectar tanto a la cantidad como a la funcionalidad. de las células de la sangre, la utilidad del hemograma y el frotis de sangre periférica para diagnóstica.

La presentación de signos de sangrado en el recién nacido es causa de preocupación tanto en los padres como de los médicos tratantes y es a menudo un de saño diagnóstico. El sangrado en un neonato sano es raro, pero en un RN enfermo es serio y puede ser incluso fatal. La presentación clínica puede ser: cefalohematoma, sangrado intracerebral, sangrado por cordón umbilical, sangrado por venopunturas, sangrado mucocutáneo o gastrointestinal. La causa del sangrado puede ser congénita o adquirida (8)

Con referencia a los exámenes básicos de laboratorio es innegable la importancia de disponer de un análisis completo de sangre periférica, también identificado como hemograma o biometría hemática, que analiza las células sanguíneas en sangre circulante e incluye a un reactante de fase aguda cual es la eritrosedimentación ó velocidad de sedimentación globular

Entre los principales trastornos hematológicos tenemos:

Anemia

Se define como una disminución anormal de la masa de glóbulos rojos, expresada por la concentración de hemoglobina y hematocrito con valores de 2 desviaciones estándares, por debajo de los valores normales promedios para su edad, teniendo en cuenta los cambios fisiológicos que ocurren en las primeras semanas de vida, ya que después del nacimiento se produce un descenso progresivo entre 1 y 1,5 g/dL semanal.

La anemia neonatal de naturaleza multifactorial es común en los recién nacidos prematuros menores de 32-34 semanas de edad gestacional internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

La anemia neonatal temprana se define como la concentración de hemoglobina y hematocrito por debajo de más de 2 desviaciones estándares (DS) de la media para la edad gestacional (EG). Algunos factores como el tiempo de la ligadura del cordón y el momento de la extracción de la muestra pueden afectar los valores de laboratorio (9)

Etiología

Anemias causadas por pérdidas agudas de sangre

- Sangramiento genital.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de la placenta normo insertada.
- Cesárea no electiva.
- Compresión del cordón.
- Incisión accidental de la placenta.
- Anormalidades vasculares del cordón umbilical.
- Funiculitis.
- Inserción velamentosa del cordón umbilical.
- Hemorragia fetomaterna.
- Transfusión feto-feto (embarazos gemelares).
- Hemorragia interna.
- Hemorragia intracraneal.

Anemias causadas por destrucción acelerada de los eritrocitos

- Enfermedad hemolítica por Rh.
- Enfermedad hemolítica por ABO.
- Enfermedad hemolítica por grupos menores.
- Anemia hemolítica inmune idiopática.
- Esferocitosis hereditaria.
- Eliptocitosis y piropoikilocitosis hereditarias.
- Defectos de los lípidos de la membrana.
- Defectos enzimáticos congénitos (glucosa 6 fosfato deshidrogenasa).
- Déficit de la vitamina E.

Anemias causadas por ineficiente producción de células rojas

- Déficit de hierro.
- Anemia de la prematuridad.
- Anemia de Diamond-Blackfan.
- Anemia eritroblastopénica de la infancia.
- Anemia de Fanconi.

Manifestaciones clínicas

- Palidez.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipotensión arterial.

Exámenes complementarios

- Conteo de hematíes.
- Índice de células rojas.
- Conteo de reticulocitos.
- Lámina periférica.
- Prueba de Coombs.
- Prueba de G6PD.

Intervenciones de enfermería en el RN con anemia

- Reducir al mínimo la cantidad de sangre extraída para exámenes complementarios para evitar que siga reduciendo la concentración de hematíes.
- Administrar diariamente los suplementos vitamínicos (vitamina C, vitamina E, vitaminas A y D) para la prevención de la anemia hemolítica, la vitamina E constituye una de las sustancias con mayor capacidad antioxidante, que influye en los valores de la hemoglobina y el hematocrito.
- Administrar diariamente ácido fólico y sulfato ferroso.
- Garantizar un adecuado aporte dietético.
- Brindar preferentemente leche materna o fórmula con bajo contenido en ácido linoleico para mantener bajos niveles de ácidos grasos poliinsaturados en los eritrocitos, ya que provoca mayor susceptibilidad a la hemólisis.
- Monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y las saturaciones de oxígeno.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Tener disponible una vena periférica, no se recomienda la transfusión en venas profundas por el riesgo de trombocitopenia.
- Verificar que el hemoderivado a transfundir se corresponde con los datos del paciente (nombre, historia clínica, grupo sanguíneo, fecha y hora).
- Cerciorarse en el momento de transfundir que el hemoderivado se encuentre a temperatura ambiente.

- Administrar estrictamente la cantidad indicada de hemoderivado que se transfundirá, porque podemos provocar un aumento de la volemia y aumentar la sobrecarga cardíaca.
- Observar posibles reacciones transfusionales durante y después de la transfusión

Figura 19



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Policitemia

La policitemia se define como un aumento de la masa eritrocítica por más de 2 desviaciones estándares, por encima de los valores normales para la edad gestacional. Los valores de la hemoglobina en el RN a término se han establecido como límites superiores normales 20 mg/dL y el hematocrito venoso en 65 volúmenes/dL (10)

La hiperviscosidad es la disminución de la velocidad sanguínea causada por el aumento de la masa eritrocitaria.

Etiología

- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Hipoxia crónica.
- Asfíxia perinatal.
- Hemoconcentración por deshidratación.
- Demora de la ligadura del cordón umbilical.
- Insuficiencia placentaria.

- Transfusión feto-feto o materno-fetal.
- Toxemia.
- Posmadurez.
- Trastornos endocrinos.
- Síndrome de Down.
- Síndrome de Beckwith.
- Deficiencia hereditaria de eritropoyetina.

Manifestaciones clínicas

- Rubor de la piel.
- Succión pobre.
- Letargia o apatía.
- Polipnea, apnea o síndrome de dificultad respiratoria.
- Temblores o convulsiones.
- Hipotermia.
- Hiperbilirrubinemia.
- Cianosis.
- Hepatomegalia.
- Disminución de la perfusión periférica.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Complicaciones gastrointestinales.
- Ictericia.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina.
- Hematocrito.
- Bilirrubina total

Intervenciones de enfermería en el RN con policitemia

- Monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y respiratoria.
 - Medir e interpretar los signos vitales periódicamente, enfatizando en la tensión arterial.
- Vigilar signos y síntomas de complicación
- Observar estrictamente la conducta del RN, si el paciente es asintomático.

- Administrar líquido parenteral si el hematocrito se encuentra entre los 65 y 70 %. Brindar los cuidados en los pacientes sintomáticos que se les realiza exanguinotransfusión parcial, generalmente se realiza intercambio de sangre preferentemente por solución salina fisiológica. Otros preparados pudieran ser plasma fresco o albúmina humana.
- Cuantificar estrictamente la cantidad de preparado que se recambiará.
- Verificar si se recambia algún hemoderivado (plasma o albúmina) que se correspondan con los datos del paciente (nombre, historia clínica, grupo sanguíneo, fecha y hora). Verificar que el preparado se encuentre a temperatura ambiente en el momento del recambio (7)

Figura 20



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Trombocitopenia

Se refiere a los problemas cuantitativos de las plaquetas, es cuando el conteo de plaquetas es inferior a 100 000/mm³. Estos valores son frecuentes en los RN enfermos.

La trombocitopenia neonatal aloinmune (NAIT, por sus siglas en inglés) se origina como consecuencia de una destrucción aumentada, secuestro o consumo excesivo de plaquetas, que no puede ser compensado con una producción medular adecuada. Se produce por anticuerpos (Ac) dirigidos contra aloantígenos(alo-Ag) plaquetarios durante el embarazo. El trastorno ocurre por aloinmunización materna contra antígenos (Ag) plaquetarios fetales, procedentes de la dote genética del padre y ausentes en la madre, condición que produce una destrucción de las plaquetas fetales. En la actualidad es la primera causa de trombocitopenia grave en el recién nacido

El neonato afectado de NAIT es normalmente identificado cuando los signos clínicos de sangrado son evidentes poco tiempo después del nacimiento y los conteos plaquetarios confirman una trombocitopenia aislada. El tratamiento inmediato para la trombocitopenia grave (conteos plaquetarios inferiores a $30 \times 10^9 /L$) con signos graves de sangramiento evidente (petequias, equimosis, hemorragia gastrointestinal, genitourinario o intracraneal) es la transfusión de plaquetas de donantes fenotipados, con plaquetas carentes del Ag contra el cual se dirige el Ac materno, frescas (menos de 72 h), con volumen reducido, ABO compatibles, citomegalovirus negativo e irradiadas

Etiología

Por eliminación aumentada de plaqueta

- Trombocitopenia autoinmune.
- Trombocitopenia isoinmune.
- Trombocitopenia aloinmune.
- Lupus eritematosos sistémico materno.
- Drogas (aspirina).
- Hiperesplenismo.
- Transfusiones.
- Exanguinotransfusión.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Eritroblastosis fetal.
- Enterocolitis necrosante.
- Trombosis de grandes vasos.

- Hemangioma gigante.

Por producción disminuida de plaquetas.

- Infiltración de la médula ósea.
- Anemia aplástica.
- Afectación tóxica de los megacariocitos.
- Síndrome de Wiskott Aldrich.

Mixtas.

- Infecciones intrauterinas.
- Sepsis.
- Sensibilización a Rh.
- Policitemia.
- Fototerapia.

Manifestaciones clínicas

- Petequias.
- Epistaxis.
- Sangramiento digestivo.
- Hemorragia intracraneal.

Exámenes complementarios

- Conteo de plaquetas.
- Hemoglobina.
- Hematocrito.
- Perfil de sepsis.
- Ultrasonido.

Trombocitopenia isoimmune

Es el resultado de la transferencia de anticuerpos maternos aloinmunes que actúan directamente contra los antígenos heredados del padre están presentes en las plaquetas fetales, pero ausentes de las plaquetas maternas, los anticuerpos maternos IgG actúan directamente contra los antígenos de la superficie de las plaquetas del hijo.

Tratamiento.

- Transfundir plaquetas maternas lavadas e irradiadas, de no ser posible se utilizan plaquetas de donantes.
- Administrar estrictamente la dosis de gammaglobulina por vía intravenosa.
- Administrar corticoides (metilprednisolona).

- Descartar hemorragia intracraneal mediante el ultrasonido (8)

Figura 21



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Trombocitopenia Autoinmune

Puede ocurrir en recién nacidos de madres con púrpura trombocitopenia isoimmune, lupus eritematoso u otro proceso hematológico. La severidad de la trombocitopenia en el recién nacido no está necesariamente relacionada con la trombocitopenia materna, los anticuerpos ofensivos actúan sobre las plaquetas de la madre y del hijo (12)

Tratamiento

- Se recomienda administrar prednisona a la madre con púrpura trombocitopénica isoimmune durante los 10 o 14 días antes del parto como medida profiláctica.
- Realizar e interpretar los exámenes complementarios (conteo de plaquetas)
- Administrar estrictamente la dosis de gammaglobulina por vía intravenosa
- Administrar prednisona
- Valorar la transfusión de concentrado de plaquetas
- En los casos de no responder a las medidas anteriores valorar la exanguinotransfusión.

Trombocitopenia Autoinmune

El conteo de plaquetas de la madre es normal y no tiene antecedentes de padecer púrpura trombocitopénica autoinmune, los anticuerpos ofensivos actúan directamente contra los antígenos específicos de las plaquetas del niño (13)

Tratamiento

- Administrar estrictamente la dosis de gammaglobulina por vía intravenosa
- Administrar prednisona
- De ser necesario transfundir plaquetas maternas, de no ser posible se utilizan plaquetas de donantes negativos
- Se puede transferir en caso de emergencia sangre fresca procedente de la madre.

Intervenciones de enfermería en el recién nacido con trombocitopenia

- Tratar la enfermedad de base
- Colocar al recién nacido en un ambiente neutro, la hipotermia agrava el cuadro
- Observar posibles reacciones transfusionales durante y después de la transfusión.
- Evitar las extracciones de sangre para exámenes complementarios y las funciones para evitar el sangramiento
- Monitorizar al recién nacido continuamente la frecuencia cardíaca y las saturaciones de oxígeno
- Vigilar signos y síntomas de complicación
- Controlar el sangramiento con vitamina K
- Administrar estrictamente la dosis de gammaglobulina según criterio médico.
- Verificar que la transfusión de sangre o plaquetas se corresponde con los datos del paciente (nombre, historia clínica, grupo sanguíneo y RH, fecha y hora)
- Cerciorarse de que en el momento de transfundir el hemoderivado se encuentre a temperatura ambiente
- Administrar estrictamente la cantidad indicada de hemoderivado que se transfundirá, porque podemos provocar un aumento de la volemia y aumentar la sobrecarga cardíaca.

Figura 22



Nota. Tomado [Fotografía],

[https://www.google.com/search?client=avast-a-](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

[1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

Trastorno de la Coagulación

En los trastornos de la hemostasia en el neonato intervienen procesos en los que interactúan los vasos sanguíneos, las plaquetas y las proteínas de la coagulación para prevenir el exceso de sangramiento o formación de trombos.

En recién nacidos con enfermedades hemorrágicas hereditarias, los factores incluyen: desconocer su condición de portador, formas severas de déficit, uso de fórceps, parto prematuro, historia familiar negativa, La hemorragia intracraneal es la complicación más frecuente y grave, por las secuelas (déficit neurológico) y por el riesgo de muerte.

El riesgo de hemorragia intracraneal en niños con trastornos hemostáticos hereditarios se ha reportado entre 15.5% hasta 50% según diferentes estudios (7)

Los rangos normales para los recuentos de sangre periférica varían en grado notable con la edad. Los recién nacidos normales muestran policitemia relativa con un hematocrito de 45 a 65%. El recuento de reticulocitos al nacer es relativamente alto, con cifras de 2 a 8%. En los primeros días de vida disminuye la producción de eritrocitos, y las cifras de hemoglobina y hematocrito alcanzan su nivel más bajo alrededor de las seis a ocho semanas. Durante este periodo, conocido como anemia fisiológica de la infancia, los recién nacidos normales tienen concentraciones de hemoglobina hasta de 10 g/100 ml y hematocritos hasta de 30%. En adelante, los valores normales de hemoglobina y hematocrito se incrementan en forma gradual

hasta alcanzar los valores del adulto después de la pubertad. Los recién nacidos prematuros pueden alcanzar un nivel nadir de hemoglobina de 7 a 8 g/100 ml a las ocho a 10 semanas (14)

Etiología

1. Neonatos con enfermedad primaria.

- Coagulación intravascular diseminada.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Infecciones perinatales.
- Asfixia perinatal.

2. Neonatos aparentemente sano.

- Hijo de madre con púrpura trombocitopénica inmunológica.
- Trombocitopenia isoimmune.
- Enfermedad hemorrágica en el recién nacido por déficit de la vitamina K.
- Púrpura vascular.
- Hemofilia.

Manifestaciones clínicas

- Petequias.
- Epistaxis.
- Sangramiento digestivo.
- Hemorragia intracraneal.
- Sangramiento a nivel del cordón umbilical.
- Hematemesis.
- Melena.
- Taquicardia (6)

Figura 23



Nota. Tomado [Fotografía],

[https://www.google.com/search?client=avast-a-](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

[1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido

Los RN de término y los prematuros tienen bajo nivel inicial de almacenamiento de vitamina K que sumado a las bajas concentraciones de vitamina K en la leche materna, los hace más susceptibles a complicaciones hemorrágicas. Clásicamente conocida como “enfermedad hemorrágica del recién nacido”

Se clasifica según el tiempo de aparición: temprana, clásica y tardía.

La forma temprana aparece en las primeras 24 horas de vida, generalmente asociada a medicación materna (anticonvulsivantes, anticoagulantes orales, tuberculostáticos). Frecuentemente es severa y se asocia a cefalohematoma o hemorragia intracraneal.

La forma clásica aparece en la primera semana de vida, las manifestaciones clínicas son más leves, sangrado mucocutáneo, gastrointestinal, sangrado luego de procedimientos invasivos

Se previene mediante la administración profiláctica de vitamina K.

La forma tardía se manifiesta entre la segunda y la octava semana de vida. Su incidencia se estima 4.4- 7.2/100.000 nacimientos. Alto riesgo de hemorragia intracraneana. Se presenta en niños con lactancia materna exclusiva, enfermedades que condicionan baja absorción de vitamina K (enfermedad hepática, pancreática, antibióticos).

La forma más efectiva para prevenir la aparición de esta enfermedad es la administración de vitamina K inmediatamente después del nacimiento. La vía de administración puede ser oral o intramuscular, siendo ambas eficaces. La forma disponible es la fitomenadiona (K1) que puede ser administrada en forma intramuscular, intravenosa, subcutánea u oral. La respuesta al tratamiento es rápida, pero puede llevar horas; por lo tanto, si el sangrado es importante, se debe contemplar el uso de complejo protrombínico para la corrección inmediata

Figura 24



Nota. Tomado [Fotografía],

[https://www.google.com/search?client=avast-a-](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

[1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

Ictericia Neonatal

La ictericia es uno de los problemas más comunes y molestos que puede padecer el neonato

La ictericia neonatal es la coloración amarillenta de la piel y/o escleras en los recién nacidos causada por el depósito de bilirrubina en los tejidos y es una de las causas más frecuentes de internamientos de bebés después del nacimiento

La ictericia neonatal se caracteriza por una elevación de los niveles de bilirrubina sérica en los recién nacidos, produciéndose una acumulación del pigmento amarillo-naranja de bilirrubina en la piel, las escleróticas, y otros tejidos, sin que ello implique ninguna causalidad en particular.

La hiperbilirrubinemia neonatal se debe principalmente a la acumulación de bilirrubina, como resultado de alteraciones metabólicas causadas por diversos factores.

Los recién nacidos, especialmente los pretérminos, tienen una conjugación y excreción de bilirrubina a través del hígado inmaduras

Normalmente, los niveles de bilirrubina sérica aumentan entre el tercer y quinto día de vida, y luego comenzarán a disminuir.

La ictericia en los neonatos a término y más aún en los neonatos pretérmino muestra características clínicas que hay que considerar, así, depende de su temprano reconocimiento y la instauración de una terapéutica adecuada, las cuales son tareas habituales para el neonatólogo y el pediatra. Los procedimientos diagnósticos tienden a diferenciar las Ictericias Fisiológicas de las Ictericias no Fisiológicas

Etiología

1. Ictericia en las primeras 24 h.

- Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh.
- Conflicto ABO.
- Infecciones intrauterinas.

2. Ictericias en el segundo y tercer días de vida.

- Ictericia fisiológica.
- Déficit de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.
- Infecciones adquiridas.
- Ictericia del RN pretérmino.
- Infecciones adquiridas.
- Extravasaciones sanguíneas (cefalohematoma, equimosis, y otros).
- Sangre deglutida.
- Policitemia.
- Anemia hemolítica.

3. Ictericia del cuarto y quinto días de vida.

- Síndrome ictérico por lactancia materna.
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Hijo de madre diabética.
- Hipotiroidismo.
- Síndrome de Criggler y Najjar.
- Síndrome de Gilbert.
- Obstrucción gastrointestinal.

4. Ictericia después de la primera semana.

- Estenosis pilóricas.
- Herpes simple.
- Hepatitis neonatal a células gigantes.
- Atresia de vías biliares.
- Quiste del colédoco.
- Galactosemia

Figura 25



Nota. Tomado [Fotografía],

[https://www.google.com/search?client=avast-a-](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+re)

[1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+re](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+re)

[cien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidYypupaAAxUchv0HHenPBngO0pQJeg](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+re)

Hemolítica por Isoinmunización Rh

Se debe a la transferencia de anticuerpos maternos IgG anti-RH que cruzan la barrera placentaria a la sangre fetal, y producen la enfermedad hemolítica en el feto Rh positivo de madre Rh negativa, previamente sensibilizada con feto Rh positivo. Gracias a la profilaxis con Ig anti-D ha disminuido su incidencia de manera notable

Manifestaciones clínicas

Depende del grado de sensibilización de la madre

- Anemia ligera.
- Palidez.
- Hepatoesplenomegalia.
- Edema generalizado.
- Insuficiencia cardíaca.
- Anasarca fetal.

Exámenes complementarios

Madre:

- Examen serológico: grupo factor del sistema Rh.
- Títulos de Anticuerpos.
- Prueba de Coombs.

Recién nacido:

- Prueba de Coombs.
- Grupo factor.
- Hemoglobina.
- Conteo de reticulocitos.
- Hematocrito.
- Bilirrubina total.

Tratamiento

- Exanguinotransfusión.
- Fototerapia continua.
- Pacientes con anemia severa o anasarca, mejorar el estado general.

Figura 26



Nota. Tomado [Fotografía].

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Conflicto Abo

Es una enfermedad producida por anticuerpos maternos Ig G anti-A y anti-B, no existe sensibilización previa. Es más frecuente en el primer hijo, más benigna que la provocada por Rh, y su evolución menos aguda y más corta

Manifestaciones clínicas

- Ligera palidez.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina.
- Conteo de reticulocitos.
- Prueba de Coombs.
- Bilirrubina total.
- Lámina periférica.
- Determinación de anticuerpos Ig G.

Tratamiento

- Fototerapia: el 90 % de los casos resuelve con este proceder.
- Exanguinotransfusión.

Figura 27



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Incompatibilidad por otros Sistemas

Se han descrito más de 400 antígenos agrupados en más de 20 sistemas sanguíneos diferentes. Solo unos pocos son capaces de producir enfermedad hemolítica neonatal. Son anticuerpos IgG que pasan la barrera placentaria. Los más importantes son Kell, Doffy, Lutherans, Kidd, Diego. Son poco frecuentes y en sentido general producen poca hemólisis. La sensibilización ocurre casi siempre por transfusiones de sangre incompatibles o embarazos sucesivos

Ictericia Fisiológica

La causa principal es un déficit enzimático transitorio de la enzima glucuronil transferasa y/o de la proteína Y, así como retardo de expulsión de meconio.

Manifestaciones clínicas

Aparece:

En el RN a término a las 36 a 48h.

En el RN pretérmino a las 48 a 72h.

Desaparece:

En el RN a término, la primera semana.

En el RN pretérmino, a los 14 días.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina.
- Conteo de reticulocitos.
- Prueba de Coombs.
- Bilirrubina total.

Tratamiento

- Generalmente no es necesario.
- Fototerapia (20)

Figura 28



Nota. Tomado [Fotografía]

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Déficit de la Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa

Es un problema relativamente común, causado por una alteración cromosómica a nivel del brazo largo del cromosoma X, ligado al sexo masculino.

Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico es heterogéneo y en general depende de factores ambientales, y en particular del genotipo heredado

- Acidosis.
- Hipoglicemia.
- Infecciones.

Exámenes complementarios

Hemoglobina.

- Conteo de reticulocitos.
- Prueba de Coombs.
- Bilirrubina total.
- Lámina periférica.

Tratamiento

- Fototerapia (9)

Figura 29



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg>

Síndrome Ictérico por Lactancia Materna

Ictericia que se presenta en el recién nacido alimentado con el pecho desde el primer día de vida. Puede extenderse por varios días o semanas. Este síndrome se explica por el aumento de la reabsorción de la bilirrubina del intestino a través de la circulación enterohepática.

Se han descritos 2 síndromes:

1. Ictericia por alimentación con el pecho:

Aparece en las primeras 24h de vida hasta el tercer día, asociado a la práctica pobre de la lactancia al pecho y no a la composición de la leche.

2. Ictericia por leche materna:

La leche de algunas madres presenta un alto nivel de pregnanodiol, este esteroide inhibe la enzima glucuronil transferasa y produce aumento de la bilirrubina. Al interrumpir la lactancia materna durante 2 ó 3 días se produce un descenso en el nivel de bilirrubina, una vez ocurrido se puede reiniciar la lactancia materna

Tratamiento

- Suspender el pecho por 48 h.
- Medidas profilácticas.

Figura 30



Nota. Tomado [Fotografía],

[https://www.google.com/search?client=avast-a-](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

[1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg](https://www.google.com/search?client=avast-a-1&sxsrf=AB5stBiQ95egiIctuV5aRjGBTYqTPWljZg:1689621429961&q=imagenes+de+alteraciones+hematologicas+en+recien+nacidos&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwidyYypupaAAxUchv0HHenPBngQ0pQJeg)

Hepatitis Neonatal a Células Gigantes

Es de origen no bien precisado, aunque se acepta la posibilidad viral y otras anormalidades metabólicas específicas. Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la atresia de las vías biliares.

Manifestaciones clínicas

- Coloración ictericia (amarillo-verdosa) que va aumentando progresivamente.
- Se prolonga por varias semanas la coloración.
- Heces a cólicas.
- Pronóstico reservado.
- Hepatoesplenomegalia (8)

Exámenes complementarios

- Función hepática: bilirrubina, proteínas séricas, fosfatasa alcalina, transaminasas y colesterol.
- Hematológicas: hemograma, reticulocito, plaquetas y dosificación de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.
- Pruebas serológicas: para infecciones virales y bacterianas.
- Examen de orina: sedimento, proteínas y sustancias reductoras.
- Biopsia hepática: estudio de enzimas específicas.

- Ultrasonografía, estudios radiográficos y estudios de trastornos metabólicos varios.

Tratamiento

- No existe tratamiento específico, solo las medidas de soporte (22)

Acciones de enfermería en el Recién Nacido con ictericia

- Evaluar tiempo de aparición, la intensidad y las manifestaciones del paciente, para identificar la posible causa, pues algunas entidades son más benignas que otras, por lo que resuelven solamente con fototerapia, otras es necesario la exanguinotransfusión o el empleo de drogas inductoras enzimáticas.
- Valorar la conducta terapéutica antes la hiperbilirrubinemia neonatal, según los niveles de bilirrubina en relación con la edad gestacional y el tiempo de aparición.
- Observar la salud del paciente y la proporción en que aumenta la bilirrubina.
- Realizar seguimiento continuo de las cifras de bilirrubina, se recomienda realizar exámenes de laboratorio periódicos según la intensidad de la ictericia, para descartar los conflictos Rh y ABO y si es necesario realizar otras pruebas para valorar la función hepática.
- Observar la conducta del niño y ejecutar decisiones oportunas, para evitar complicaciones mayores. – Realizar los cuidados al recién nacido que se somete al tratamiento mediante fototerapia.
- Administrar al paciente abundantes líquidos para compensar las pérdidas insensibles, observar la coloración de las deposiciones.
- Valorar los exámenes complementarios, para evaluar la bilirrubina en sangre

Cuidados de enfermería en un Recién Nacido con fototerapia

- Colocar al RN desnudo en una fuente de calor radiante, para evitar el enfriamiento.
- Colocar la lámpara a una distancia de 50 a 75 cm del RN, para evitar lesiones en la piel.
- Cubrir los ojos para evitar daño ocular, ya que podemos provocar lesiones en la córnea por la intensidad de la luz e incluso puede quedar ciego.
- Brindar abundantes líquidos para compensar las pérdidas insensibles.
- Cambiar de posición al RN cada 2 h con el objetivo de que la luz tome todas las partes del cuerpo.
- Medir e interpretar la temperatura axilar cada 2 ó 4 h, es muy frecuente que estos niños aumenten la temperatura corporal.
- Renovar el cubre ojos cada 4h para evitar conjuntivitis.
- Observar constantemente para evitar la obstrucción nasal con el cubreojos.

- Garantizar durante la toma de alimento el apagado de la luz y quitar la venda de los ojos.
- Observar coloración de las deposiciones, para descartar la intolerancia a la lactosa.
- Realizar e interpretar exámenes complementarios, para evaluar la bilirrubina en sangre

Figura 18



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Complicaciones de la fototerapia

- Aparición de heces fecales grises por intolerancia transitoria a la lactosa.
- Aumento de las pérdidas de agua por las heces fecales y la piel, hasta llegar a la deshidratación.
- Rash cutáneo.
- Sobrecaentamiento.
- Estimulación de la síntesis de melanina o de vitamina D (19)

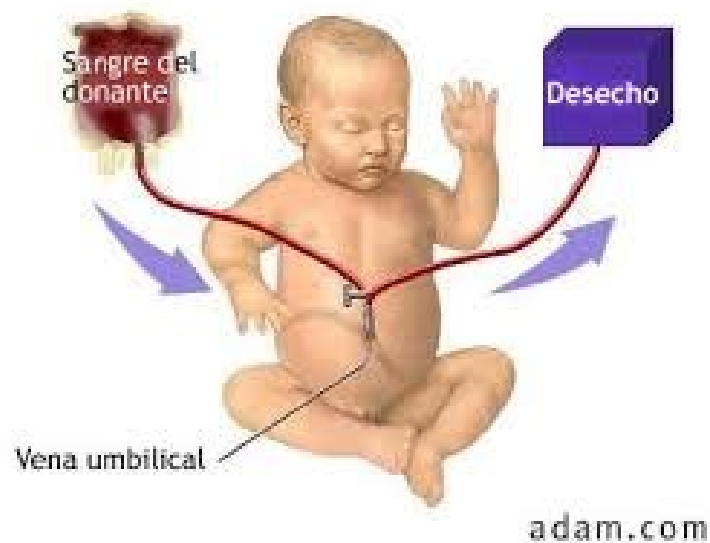
Exanguinotransfusión

Es el recambio de un volumen sanguíneo determinado, por plaquetas globulares o sangre total en pequeñas fracciones, bajo estricta técnica estéril y monitoreo de los signos vitales

Indicaciones

- Presencia de hidropesía fetal.
- Corrección de la anemia (hemoglobina inferior a 11 g/dL).
- Para prevenir niveles tóxicos de bilirrubina.
- Enfermedad hemolítica del RN.
- Corrección de la hiperbilirrubinemia.
- Septicemia generalizada.

Figura 19



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oeq=imagenes+de+examen+fisico>

Material para utilizar

- Guantes.
- Paño estéril fenestrado.
- Equipos de exanguinotransfusión (pinzas estériles, paño hendido).
- Dos llaves de 3 pasos.
- Jeringuillas de 3 o 5 cc.
- Dos equipos de conexión para la bolsa de sangre y para la extracción de esta del RN.
- Bolsa de sangre a una temperatura adecuada.
- Bolsa extraedora.

Figura 20



Nota. Tomado [Fotografía],

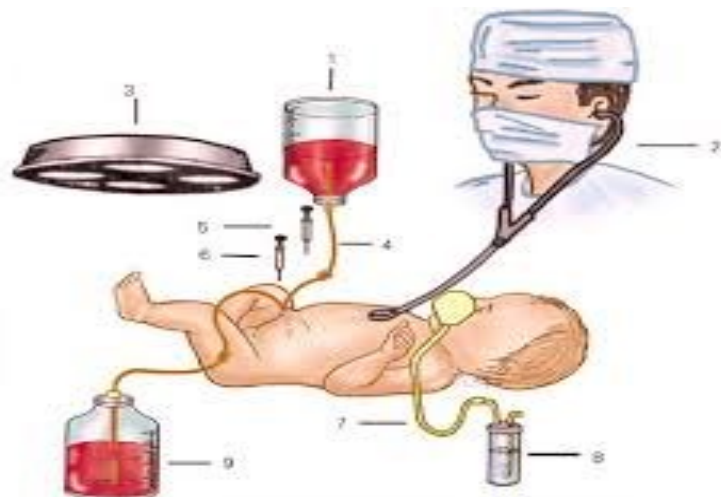
<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Técnica y procedimiento

- Una vez realizada la canalización de las venas umbilicales, se selecciona el grupo y el Rh de la sangre total o derivado de acuerdo con su indicación.
- Analizar si la sangre a administrar es citratada (ácido-citratodextrosa) que es la que se utiliza con más frecuencia o sangre heparinizada, que es la mejor en los niños graves y elimina el empleo de calcio.
- Se verifica la posición del catéter mediante rayos X.
- Aspirar las secreciones gástricas mediante lavado.
- Se calcula la cantidad de sangre a intercambiar.
- El RN debe estar estable, se debe corregir el estado ácido-base, hidroelectrolítico, glicemia y temperatura.
- Se acopla al monitor, para monitorizar los signos vitales y las saturaciones de oxígeno.
- El RN debe estar restringido por las 4 extremidades.
- Una persona se encargará de realizar las anotaciones en la hoja de exanguinotransfusión: la hora de entrada y salida de la sangre, el volumen de sangre administrado y extraído, los signos vitales y la dosis de gluconato de calcio (sangre citratada).

- La persona que realiza el procedimiento debe extremar las medidas de asepsia y antisepsia, se realizará un lavado de mano quirúrgico y posteriormente con colocación de guantes, cubrebocas y batas estériles.
- Armar el equipo de exanguinotransfusión y acoplar la bolsa de sangre y la bolsa extraedora.
- Verificar que la sangre tenga una temperatura adecuada.
- Preparar las jeringuillas con solución salina, solución heparinizada y gluconato de calcio (sangre citratada).
- Los recambios en el RN con peso menor de 1 500 g son hasta 5 mL, de 1 500 g a 2 500 g hasta 10 mL y mayores de 2 500 g hasta 20 mL.
- La primera extracción de sangre se utiliza para cultivo y complementarios.
- Si se administra sangre citratada, cada 100 mL de sangre intercambiada se debe administrar 1mL de gluconato de calcio y 0,5mL en los pretérminos.
- Si durante el recambio se presenta deterioro, se suspenderá el procedimiento y se reiniciará al estabilizarse, si esto no se logra y el paciente presenta paro cardiorrespiratorio se suspenderá.
- La última sangre que se extraiga se usa para cultivo y análisis.

Figura 21



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oeq=imagenes+de+examen+fisico>

Figura 22



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Complicaciones

- Paro cardiorrespiratorio.
- Tromboembolismo.
- Arritmias.
- Sobrecarga de volemia.
- Hipoglicemia.
- Hipocalcemia.
- Hiponatremia.
- Acidosis metabólica.
- Trombocitopenia.
- Reacciones transfusionales.
- Eritema umbilical.
- Infecciones generalizadas.
- Perforación de vasos.

Figura 23



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en: <https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014 \(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014%20(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en: <https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev Médica Panacea. 2019;7(2):63–8.

Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense del Seguro Soc [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasssa.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>

Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovidsp.ovidss.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d-543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>

Eichewald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.

Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>

Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. Enferm urgencias. 2016;15(2):1–23.

Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. 2021;24(3):279–93.

Rodriguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>

Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, Nº 2, 2013. 2013;19(2):1.

Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documents/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

S. Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en:
<file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora->

- institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revistaa-lad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060.%0Ahttp://www.cenetec.
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008%0Afile:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en:
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
- Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.
- Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>
- Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclaiy A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.
- Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.
- Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf
- Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;
- Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.
- NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier

[Internet]. 2015;1–84. Disponible en:
<https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/GuiaNNN Consult Planes.pdf>

López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.

Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.

Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.

Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).

Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en:
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>

Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index; De GDEP. ENFERMERÍA.

Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Investig y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.

Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en:
<https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASIAZ7NЗИWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFkZ>

Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. Enferm Glob. 2017;16(4):1–12.

Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. Enferm. 2021;10(1):3–17.

Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Pers y Bioética. 2019;23(2):245–62.

- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam.* 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin.* 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Fam Hosp.* 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2020;9(1):21–32.
- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. *Red Latinoam Pediatría y Neonatol* [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en: <https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. *Rev Cuba Educ Medica Super.* 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014 \(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014%20(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. *Netter Farmacología Ilustrada.* 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. *Farmacología en el tratamiento del recién nacido.* Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. *Docencia y Acreditación en Neonatología.*
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. *Reciamuc.* 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. *Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal.* 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. *Rev Cuba pediatr.* 2019;91(3):1–18.

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>

Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. Rev Médica Risaralda, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.

Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:

https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

Saputri IA. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する 共分散構造分析Title. Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en:

<file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf><http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>http://www.revistaaad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060><http://www.cenetec>.

Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008><file:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>

Gutierrez J et al. Neonatalogia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en:

https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.pdf

Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.

Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>

Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclaiy A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.

Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.

Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-

[18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf)

Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;

Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.

NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en:

[https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/GuiaNNN Consult Planes.pdf](https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/GuiaNNN%20Consult%20Planes.pdf)

López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.

Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.

Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.

Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).

Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>

Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index;

De GDEP. ENFERMERÍA.

Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Invest y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.

Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en: <https://tdnet->

fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASIAZ7NZIWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ

- Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enferm Glob*. 2017;16(4):1–12.
- Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. *Enferm*. 2021;10(1):3–17.
- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam*. 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin*. 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licon JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Farm Hosp*. 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2020;9(1):21–32.

Capítulo 4: Alteraciones Respiratorias

María Belén Sailema Ronquillo

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Maestría en Enfermería, Mención Cuidados Críticos
mb.sailema@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4260-8685>

Virginia Leonor Mariño Núñez

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Licenciada en Enfermería
vl.marino@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-0115-1196>

Anderson José Sangacha Yugsi

Docente Universidad Técnica Ambato
Licenciado de Enfermería del Hospital Regional Ambato
Magister en Enfermería con mención en Enfermería de Cuidados Críticos
aj.sangacha@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-1440-1916>

Irlanda Alicia Bautista Rueda

Docente de la Universidad Técnica de Ambato
Licenciada de Enfermería del Hospital Docente Latacunga
Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local
ia.bautista@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-5116-1283>

RESUMEN

Introducción Las alteraciones respiratorias pueden ser causadas por diversos factores y pueden afectar tanto a los pulmones como a las vías respiratorias, provocando síntomas como tos, falta de aire, dolor torácico, expectoración de sangre, entre otros. La atención médica en pacientes con alteraciones respiratorias es importante para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Objetivo Estudiar las enfermedades y problemas que afectan la salud de la población, principalmente las respiratorias, disminuir la morbilidad y la severidad de las enfermedades respiratorias, disminuir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años, medir el control de la EPOC en Atención Primaria, colaborar en la elaboración de guías y protocolos, promover la formación continua en enfermedades respiratorias, y reducir la dificultad respiratoria, aumentar la tolerancia al ejercicio, promover una sensación de bienestar y disminuir el número de hospitalizaciones

METODOLOGÍA

Como el diagnóstico rápido de las infecciones respiratorias mediante técnicas como la aglutinación en látex, los ELISA, las pruebas de flujo lateral e inmunocromatográficas colorimétricas, la evaluación objetiva sustentada en la fisiología respiratoria mediante pruebas de función respiratoria, la identificación de los códigos de diagnóstico de infecciones respiratorias agudas baja en los registros clínicos electrónicos mediante algoritmos, la evaluación de los programas de control de las infecciones respiratorias agudas mediante cuestionarios epidemiológicos y clínicos, y el diagnóstico microbiológico de las infecciones virales respiratorias mediante técnicas como la PCR, la inmunofluorescencia, la serología y el cultivo viral

Conclusión Como la importancia de la atención médica en pacientes con alteraciones respiratorias, la frecuencia de las alteraciones respiratorias en enfermedades neurológicas, la carga para la sociedad de las cinco enfermedades respiratorias más comunes, la evaluación de las alteraciones respiratorias en escolares, la posibilidad de alteraciones respiratorias asociadas con las transfusiones en pacientes críticamente enfermos, la necesidad de un alto nivel de sospecha clínica y de la aplicación de pruebas específicas para el diagnóstico de disfunción respiratoria resultante de enfermedades neurológicas, y la utilidad de la medición del flujo. generado durante la tos para detectar umbrales de complicaciones respiratorias graves en pacientes con enfermedades neuromusculares.

En neonatología se tratan diversas enfermedades respiratorias en recién nacidos, como trastornos respiratorios, insuficiencias respiratorias, síndrome de dificultad respiratoria, neumonía, hipoxia tisular, hemorragia pulmonar neonatal.

Los problemas respiratorios son comunes en los recién nacidos, especialmente en los prematuros, hijos de madres diabéticas. Es importante que los recién nacidos con trastornos respiratorios reciban los mejores cuidados para su recuperación, los profesionales de neonatología deben estar capacitados para identificar y tratar estos trastornos respiratorios en los recién nacidos.

Los recién nacidos prematuros pueden presentar trastornos respiratorios debido a la falta de desarrollo de sus pulmones. Uno de los trastornos más comunes es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que se debe a la deficiencia de agente tensioactivo en los pulmones.

Dificultad Respiratoria

La dificultad respiratoria en neonatología puede ser causada por el síndrome neonatal de dificultad respiratoria (SDR)

Los principales signos de dificultad respiratoria son:

Taquipnea. Frecuencia respiratoria de más de 60 respiraciones por minuto.

Indica ventilación u oxigenación inadecuada. El niño responde a la hipoxemia o a la hipercapnia respirando más rápidamente.

Cianosis. Refleja un aumento de la hemoglobina desaturada $> 3-5$ g/dL.

Puede ocurrir en enfermedades cardíacas, respiratorias, neurológicas y metabólicas.

Fisiopatología. El síndrome de dificultad respiratoria esta causado por la deficiencia de surfactante, lo que determina una importante disminución de la distensibilidad (pulmón rígido). Esto causa un colapso alveolar difuso, con desequilibrio de V/Q y mayor trabajo respiratorio.

Tratamiento con surfactante. La iniciación precoz de la CPAP, por lo general desde la sala de partos, puede evitar la necesidad de aplicar ventilación mecánica y tratamiento con surfactante en muchos neonatos, incluso a una edad gestacional muy temprana. Como otra opción, algunos recomiendan intubar e iniciar la ventilación mecánica desde el principio del síndrome de dificultad respiratoria, para administrar el surfactante lo más pronto posible. El tratamiento con surfactante modifica la evolución característica de ascenso, meseta y retirada en el síndrome clásico. La estrategia ventilatoria debe anticipar el mayor riesgo de neumotórax, ya que aumenta la distensibilidad y la constante de tiempo se alarga, especialmente con la rápida mejoría que se observa tras la administración de surfactante. En todas las estrategias se consideran aceptable un valor de la $PaCO_2$ superior al fisiológico para minimizar la lesión pulmonar inducida por el ventilador (26)

Etiología

Pulmonares

- Taquipnea transitoria en el recién nacido.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Aspiración de líquido amniótico meconial.
- Neumonía.
- Bloqueo aéreo.
- Hemorragia pulmonar.
- Displasia broncopulmonar.
- Obstrucción de las vías aéreas.

- Edema pulmonar.
- Circulación fetal persistente.

Extrapulmonares

- Cardiopatías congénitas.
- Miocarditis.
- Asfixia.
- Hemorragias.
- Meningoencefalitis.
- Hipoglicemia.
- Hipotermia.
- Infecciones.
- Acidosis metabólica.
- Anemia.
- Hipovolemia.
- Malformaciones.
- Drogas.

Manifestaciones clínicas

- Respiración irregular (taquipnea o bradipnea).
- Cianosis.
- Quejido espiratorio.
- Retracción torácica (tiraje intercostal subcostal y retracción del esternón).
- Hipotónico.
- Aleteo nasal

Para evaluar la gravedad de la dificultad respiratoria se emplea la prueba de Silverman-Andersen (tabla 4.3) en el que intervienen 5 signos clínicos, que se evalúan de 0 a 2 puntos cada parámetro, acorde con la presencia de ellos en el RN y se suman, mientras más alta es la puntuación mayor es la alteración del aparato respiratorio, se clasifica de 1 a 3 dificultad leve, de 4 a 6 dificultad moderada y de 7 a 10 dificultad grave.

- Exámenes complementarios
- Radiografía de tórax.
- Hemoglobina y hematocrito

Figura 24

T E S T D E S I L V E R M A N	Signos clínicos	0	1	2
	Disociación toraco-abdominal	Rítmico y coordinado 	Tórax Inmóvil, abdomen en movimiento 	Discordancia (disociación toraco-abdominal) 
	Tiraje Intercostal	No 	Débil 	Marcado 
	Retracción esternal	No 	Ligeramente visible 	Marcado 
	Alateo nasal	No 	Mínimo 	Marcado 
	Quejido respiratorio	No 	Audible con estetoscopio 	Audible a distancia 

Nota. Tomado [Fotografía].

https://www.google.com/search?q=escala+de+silverman+anderson&tbm=isch&ved=2ahUKEwjFjo_x74uAAxV7eDABHWwrDzUQ2-cCegQIABAA&oq=escala+de+silverman&gs_lcp=CgNpb

Exámenes complementarios

- Radiografía de tórax.
- Hemoglobina y hematocrito.
- Glicemia.
- Gasometría.
- Perfil de sepsis.

Acciones de enfermería en el RN con síndrome de dificultad respiratoria

- Mantener vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al RN en posición de distrés (posición decúbito supino con el cuello discretamente hiperextendido) para abrir la epiglotis y mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al RN en una fuente de calor, para garantizar un control térmico adecuado, la hipotermia agrava la dificultad respiratoria.
- Administrar oxígeno húmedo y tibio, para evitar la resequead en la mucosa y la hipotermia endógena.
- Mantener al RN con buena oxigenación en incubadora, sino mejora colocarlo en campana de oxígeno.

- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la frecuencia respiratoria y en la temperatura.
- Valorar la ventilación mecánica acorde con los parámetros clínicos y hemo gasométrico.
- Brindar alimentación de forma adecuada, si presenta polipnea se recomienda alimentar por el método gavage, si el distrés respiratorio es grave suspender la vía oral.
- Evitar y corregir las alteraciones metabólicas, se recomienda realizar exámenes complementarios seriados.
- Cardiomonitorizar el paciente, para monitorizar constantemente los parámetros vitales.
- Chequear la oximetría de pulso del RN constantemente, mediante el saturómetro, para detectar a tiempo los signos y síntomas de complicación

Enfermedad de la Membrana Hialina

El surfactante es una lipoproteína que recubre las células alveolares y reduce la tensión superficial a nivel de la interfase aire-agua y evita el colapso alveolar, el edema pulmonar y las infecciones. La enfermedad de la membrana hialina (EMH) o síndrome de dificultad respiratoria idiopática es un trastorno respiratorio agudo caracterizado por un déficit de surfactante por inmadurez pulmonar, caracterizado por una disnea creciente y cianosis, que comienza al nacimiento o poco después

Etiología

- Pretérminos.
- Cesáreas.
- Hipoxia fetal.
- Diabetes.
- Incompatibilidad sanguínea materno-fetal.
- Hemorragia ante parto o intraparto.
- Hijos previos con enfermedad membrana hialina.
- Segundo gemelar.

Manifestaciones clínicas

- Quejido espiratorio.
- Polipnea, bradipnea cuando el niño empeora.
- Cianosis.
- Puntuación de Silverman-Andersen moderados y graves.
- Disminución o ausencia del murmullo vesicular.
- Edema periférico.
- Oliguria.
- Distensión abdominal.
- Depresión neurológica.

El cuadro se agrava con el cursar de las horas, el niño se fatiga y presenta apnea, insuficiencia respiratoria grave, que se acompaña de asfixia secundaria, empeora el cuadro respiratorio, lo que debe ser asistido con ventilación mecánica inmediatamente para evitar complicaciones mayores

Exámenes complementarios

- Gasometría.
- Hemoglobina y hematocrito.
- Coagulo grama.
- Glicemia.
- Ionograma.
- Radiografía de tórax (27)

Acciones de enfermería en el RN con EMH

- Aspirar secreciones bucofaríngeas y nasales, para mantener las vías aéreas permeables.
- Vigilar signos y síntomas de complicaciones
- Realizar las acciones generales de enfermería en el SDR.
- Realizar los cuidados de enfermería en un paciente ventilado.
- Administrar y cumplir estrictamente los cuidados en el empleo de surfactante exógeno.
- Monitorizar al paciente, para monitorizar la frecuencia respiratoria y las saturaciones de oxígeno constantemente.
- Medir e interpretar los signos vitales periódicamente hasta que el paciente se estabilice.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas
- Evitar o corregir la hipotermia, la hipoxemia y la acidosis.

- Interpretar los exámenes complementarios antes y después del empleo del surfactante exógeno.
- Valorar evolución clínica del paciente y el empleo de una segunda administración

Síndrome de Aspiración de Meconio

Fisiopatología. El síndrome de aspiración de meconio se produce por la aspiración de líquido amniótico tenido de meconio. Su gravedad está relacionada con la asfixia asociada y la cantidad de meconio aspirada. El meconio aspirado produce obstrucción aguda de las vías respiratorias, resistencia elevada de las vías respiratorias, atelectasias dispersas con desequilibrio V'/Q' e hiperexpansión debida al efecto válvula. La fase obstructiva se sigue de una fase inflamatoria 12-24 horas después.

La aspiración de otros líquidos (como sangre o líquido amniótico) tiene efectos similares, pero más leves

Estrategia de ventilación. Debido al efecto de válvula, la aplicación de presión positiva puede producir un neumotórax u otra fuga de aire, por lo que el inicio de la ventilación mecánica requiere una consideración cuidadosa de los riesgos y beneficios. Es útil emplear valores bajos de PEEP (4-5 cm H₂O) para mantener abiertas las vías respiratorias parcialmente obstruidas y equilibrar la relación V'/Q' . Una PEEP más elevada puede producir hiperinsuflación. Si la resistencia de las vías respiratorias es alta y la distensibilidad es normal, hay que emplear estrategias de baja frecuencia y valores de presión / volúmenes moderados. Si la neumonitis es más intensa, se pueden utilizar tasas de flujo más elevadas. Debido a las altas presiones transpulmonares que estos niños grandes pueden generar cuando «luchan» con el ventilador, así como a la hiperexpansión por el efecto de válvula a causa de su enfermedad, para minimizar el riesgo de fuga de aire en el síndrome de aspiración de meconio grave cabe emplear la sedación o relajación musculares

Clasificación

- Leve: el meconio es semilíquido, habitualmente el Apgar al minuto es mayor que 7 y la dificultad respiratoria es leve o moderada.
- Grave: antecedente de sufrimiento fetal y la expulsión de meconio intraparto es verde oscuro y espeso, el Apgar al minuto es menor que 6, la dificultad respiratoria es mayor

Etiología

- Neonatos a términos, sobre todo en los postérmino
- Asfixia fetal.
- Insuficiencia placentaria crónica.
- Crecimiento intrauterino retardado.

Manifestaciones clínicas

- Deprimido al nacer (Apgar bajo).
- Dificultad respiratoria.
- Piel, uñas y cordón umbilical embadurnados de meconio.
- Taquipnea.
- Cianosis.
- Retracción torácica.

Exámenes complementarios

- Gasometría.
- Coagulo grama.
- Glicemia.
- Hemoglobina y hematocrito.
- Radiografía de tórax (28)

Hipertensión Pulmonar

La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN) es el resultado de una alteración en la transición circulatoria fetal-neonatal que se produce en el periodo perinatal. El trastorno se caracteriza por la elevación mantenida de la resistencia vascular pulmonar (RVP) al nacimiento, en lugar del descenso que se produce normalmente al nacimiento. Los pacientes que sobreviven a la HPPRN tienen un mayor riesgo de presentar secuelas, que comprenden la enfermedad pulmonar crónica y alteraciones del desarrollo neurológico. Los cuidados intensivos neonatales actuales, que incluyen el manejo ventilatorio, la administración de óxido nítrico (ON) inhalado (ONi) y la oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO), han mejorado entre toda la supervivencia de los niños con HPPRN

Transición circulatoria perinatal

La transición circulatoria perinatal normal se caracteriza por un descenso rápido de la RVP que acompaña a la primera respiración y un aumento acusado de la resistencia vascular sistémica (RVS) asociada con el pinzamiento del cordón umbilical. Los mediadores humorales liberados en respuesta a la elevación del contenido en oxígeno arterial y del pH y el descenso de la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO_2) producen vasodilatación pulmonar y constricción del conducto arterioso. Estos episodios aumentan la RVS con respecto a la RVP, lo que causa el cierre funcional del agujero oval y determina el cambio de la circulación pulmonar y sistémica de dos circuitos en paralelo a una de dos circuitos en serie

Taquipnea Transitoria Del Recién Nacido

La taquipnea transitoria del RN, enfermedad del pulmón húmedo o distrés respiratorio tipo II, es una dificultad respiratoria que aparece al nacer o poco después, de una evolución benigna y de poca duración. Muy frecuente en los RN a término y nacidos por cesárea. Ocurre por un retraso en la reabsorción de líquido pulmonar fetal hacia la circulación linfática pulmonar; esta mayor cantidad de líquido ocasiona una reducción de la distensibilidad pulmonar, y provoca una taquipnea que puede llegar hasta 120 respiraciones por minuto, signo clínico que le dio nombre a esta entidad

Etiología

- RN a término.
- Nacidos por cesáreas.
- Varones.
- Macrosomía.
- Excesiva sedación materna.
- Parto prolongado.
- Apgar bajo, menor de 7 puntos.

Manifestaciones clínicas

- Polipnea, mayor de 80/min.
- Retracción torácica.
- Cianosis ligera.
- Quejido espiratorio.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina y hematocrito.
- Gasometría.
- Radiografía de tórax

Acciones de enfermería en el RN con taquipnea transitoria

- Mantener una buena oxigenación, iniciar con FiO₂ en campana de oxígeno.
- Suspender la vía oral si el paciente presenta una frecuencia respiratoria mayor de 80 por min, si es entre 60 y 80 por min se proporciona alimento por la técnica de gavage y si es menor de 60 por min puede ser por succión lenta.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la frecuencia respiratoria.
- Realizar las acciones generales de enfermería en el SDR.
- Realizar e interpretar los exámenes complementarios

Neumonía Neonatal

La neumonía neonatal es una entidad de lesiones inflamatorias que se localizan en el pulmón, debido a un proceso infeccioso

Clasificación

- Neumonía connatal: es la infección adquirida por el recién nacido antes de nacer, producto de la colonización del líquido amniótico con la flora vaginal.
- Neumonía posnatal o adquirida: asociada a la infección por gérmenes intrahospitalarios después del nacimiento, muy frecuente en las unidades de cuidados especiales neonatales.

Etiología

- **Connatal**
- Ruptura prematura de membrana más de 12 h.
- Vaginosi.
- Fiebre intraparto.
- Útero adverso.
- Leucocitosis.
- Líquido amniótico fétido y purulento.
- Tacto de genitales a repeticiones.
- Trabajo de parto prolongado.
- Partos prematuros.

Posnatal

- Mala técnica de aspiración.
- Mal lavado de mano.
- Septicemia generalizada.
- Contactos con flumiters contaminados.
- Inhalación de microorganismo por el tracto respiratorio.
- Ventilación mecánica prolongada.
- Medio aséptico

Manifestaciones clínicas

- Apnea.
- Disociación térmica.
- Dificultad respiratoria.
- Hipotónicos.
- Cianosis.
- Disminución de los reflejos primarios.
- Puntuación de Silverman-Andersen moderados y graves.

Exámenes complementarios

- Biometría
- Hemoglobina y hematocrito.
- Plaquetas.
- Serología

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en:
<https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en:
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en:
<https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a

- término. *Rev Médica Panacea*. 2019;7(2):63–8.
- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense de Seguro Soc [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasssa.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovid.es.ovidts.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. *Enferm urgencias*. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2021;24(3):279–93.
- Rodríguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. *Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier* [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Rev Médica Risaralda*, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

- Saputri IA. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する 共分散構造分析Title. Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en: file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revisitaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfaced.v66n3.60060.%0Ahttp://www.cenetec.
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008%0Afile:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
- Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.
- Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>
- Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclair A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.
- Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.
- Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf
- Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;

Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.

NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en:
[https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN](https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN_Consult_Planes.pdf)

Consult Planes.pdf

López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.

Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.

Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.

Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).

Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en:
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>

Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index; De GDEP. ENFERMERÍA.

Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Investig y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.

Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en:
<https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASI-AZ7NЗИWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ>

Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. Enferm Glob. 2017;16(4):1–12.

Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de

- enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. *Enferm.* 2021;10(1):3–17.
- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética.* 2019;23(2):245–62.
- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam.* 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin.* 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licon JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Farm Hosp.* 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2020;9(1):21–32.

Capítulo 5: Enfermedades Cardiovasculares

Luis Felipe Chileno Camacho

Docente Universidad Técnica Ambato

Magister en Salud Pública

lf.chileno@uta.edu.ec

<http://orcid.org/0000-0002-6415-9593>

Miriam del Rocío Arboleda Lima

Docente de la Universidad Técnica de Ambato

Licenciada de Enfermería del Hospital Regional Ambato

Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local

mdr.arboleda@uta.edu.ec

<http://orcid.org/0000-0003-1089-5111>

Mery Susana Rodríguez Gamboa

Docente de la Universidad Técnica de Ambato

Licenciada de Enfermería del Hospital Regional Ambato

Maestría en Enfermería Quirúrgica

ms.rodriguez@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3444-2934>

Catalina Fernanda Nuela Masaquiza

Docente Universidad Técnica Ambato

Enfermera 3-servidor público 5 de la salud MSP

Magister en Enfermería con mención en Enfermería de Cuidados Críticos

catalinanuela@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-7075-7892>

RESUMEN

Introducción Las enfermedades cardiovasculares en neonatos son malformaciones en la anatomía del corazón que se producen durante el desarrollo fetal. Estas malformaciones pueden ser detectadas mediante diagnóstico prenatal y permiten a los médicos prepararse para abordar la patología y adelantarse a los problemas, mejorando no solo la mortalidad sino también la morbilidad asociada y las complicaciones quirúrgicas en caso de ser necesaria una intervención. **Objetivo** Prevenir y tratar las cardiopatías congénitas en el primer año de vida, mejorar la mortalidad y la morbilidad asociada y las complicaciones quirúrgicas en caso de ser necesaria una intervención. **Metodología** Como la ecocardiografía fetal, la detección prenatal mediante ecografía obstétrica, la detección neonatal mediante la oximetría de pulso y la evaluación clínica, la evaluación clínica, la ecocardiografía, la radiografía de tórax, la oximetría de pulso, la cateterización cardíaca, la cirugía, el cribado de DCCC mediante el uso de pulsioximetría, el análisis genético y molecular. **Conclusión** El manejo de las cardiopatías congénitas en el primer año de vida incluye la evaluación clínica, la ecocardiografía, la radiografía de tórax, la oximetría de pulso, la cateterización cardíaca y la cirugía. Además, la prevención y el manejo de las

enfermedades cardiovasculares son importantes para impactar positivamente sobre la carga atribuible a estas enfermedades y avanzar hacia la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible 2030.

La cardiología pediátrica ha evolucionado considerablemente en los últimos años, sobre la base de nuevos conocimientos embriológicos, patológicos y fisiológicos. La perturbación del complejo desarrollo embriológico del corazón origina los diversos tipos de cardiopatías congénitas (CC)

Las cardiopatías son, entre las enfermedades crónicas no transmisibles, las que han presentado mayor incidencia desde mediados del siglo XX, tienen una frecuencia de 8 por cada 1000 nacidos vivos (NV) en el mundo con ligero predominio del sexo masculino, y un rango entre 4 y 12 por 1000 nacidos vivos, variaciones que pueden estar en dependencia del momento del estudio, la población estudiada, métodos diagnósticos, siendo esta mayor en mortinatos, abortos y lactantes pretérminos

Se calcula 27 por cada 1000 muertes fetales; hasta el momento solo el 15% de los defectos cardíacos importantes se diagnostican en la etapa prenatal. Según la Asociación estadounidense del corazón, aproximadamente 35 000 bebés nacen cada año con algún tipo de malformación congénita cardíaca. La CC es responsable de más muertes en el primer año de vida que cualquier otro defecto de nacimiento.

Entre los niños con alteraciones congénitas existe un espectro amplio de gravedad, aproximadamente 2 e 3 por cada 1000 recién nacidos presentan cardiopatías congénitas sintomáticas en el primer año de vida. Generalmente el diagnóstico se obtiene durante la primera semana de vida en el 40 - 50 % de los pacientes y durante el primer mes 50-60 %.

La prevalencia de las cardiopatías congénitas en Europa fue recientemente informada en dos importantes trabajos que abarcaron los datos de 16 países, las cifras muestran un total de 8 por 1000 el cual varía entre 3,5% y 13,7% de los nacidos vivos. Las cardiopatías congénitas en los países en vías de desarrollo son claramente importantes, ya que la gran mayoría de los pacientes nacen en estos países teniendo en cuenta que los factores etiológicos presentan una mayor incidencia dado el alto índice de pobreza y el bajo desarrollo tecnológico que impide el temprano diagnóstico prenatal de estas afecciones. Los defectos congénitos constituyen una de las diez primeras causas de mortalidad infantil en 22 de 28 países de América Latina, ocupan entre el segundo y el quinto lugar entre las causas de defunción en los menores de un año (33)

Cardiopatía Congénita

Son alteraciones cardíacas originadas en el desarrollo morfogénico del tubo cardíaco, que provoca anomalías en el corazón y de los grandes vasos (34)

Factores de riesgo

Factores intrínsecos

- Hereditarios.
- Genéticos.
- Cromosómicos.

Factores extrínsecos

- Alcoholismo.
- Diabetes.
- Infecciones.
- Tabaquismo.
- Radiaciones

Clasificación

Cardiopatías cianóticas

Con flujo pulmonar disminuido y corazón de tamaño normal.

- Tetralogía de Fallot.
- Atresia tricúspidea.

Con flujo pulmonar disminuido y cardiomegalia.

- Enfermedad de Ebstein.
- Insuficiencia tricúspidea.

Con flujo pulmonar aumentado y cardiomegalia.

- Transposición completa de los grandes vasos.
- Tronco arterioso común.
- Ventrículo único.
- Drenaje anómalo total de venas pulmonares no obstructivo.
- Síndrome de hipoplasia de cavidades izquierdas.

Cardiopatías a cianóticas

Con flujo pulmonar disminuido o normal.

- Estenosis pulmonar (flujo disminuido).
- Estenosis aórtica.
- Coartación de la aorta.
- Con flujo pulmonar aumentado.
- Comunicación interventricular.
- Comunicación interauricular.
- Persistencia del conducto arterioso.
- Canal atrio ventricular común.

Elementos de sospecha de cardiopatía congénita

- Cianosis que mejora poco con la administración de oxígeno.
- Soplo cardíaco.
- Taquiarritmias.
- Pulsos alterados.
- Precordio hiperactivo.
- Anomalías de la tensión arterial.
- Polipnea

Exámenes complementarios

- Gasometría.
- Electrocardiograma.
- Ecocardiograma.
- Ultrasonido.
- Radiografía de tórax.

Categoría diagnóstica

Deterioro del intercambio gaseoso. Alteración por defecto en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono producido por defectos en las estructuras cardíacas y congestión pulmonar.

Disminución del gasto cardíaco. La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo por causa de la disfunción cardíaca.

Riesgo de lesión. Riesgo de lesión como la hipoxia de tejidos y órganos a consecuencia del inadecuado aporte de oxígeno por la disfunción cardíaca (35)

Acciones de enfermería en el RN con cardiopatía congénita

- Brindar oxigenoterapia, para disminuir la cianosis.
- Mantener una vía endovenosa disponible, para estabilizar el paciente.
- Brindar un ambiente térmico adecuado, la hipotermia empeora el cuadro
- Medir e interpretar los signos vitales cada 2 horas, enfatizando en la temperatura.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Monitorizar el paciente, para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca, respiratoria y las saturaciones de oxígeno.
- Valorar el estado respiratorio del paciente, si es necesario asistirlo con ventilación mecánica.
- Realizar e interpretar exámenes complementarios.
- Administrar estrictamente las drogas del tratamiento específico bajo indicación médica.
- Coordinación entre los servicios de neonatología, cardiología y cirugía cardiovascular.
- Garantizar el traslado de RN en condiciones idóneas.
- Verificar que el RN se encuentra correctamente acoplado al ventilador, cumplir los cuidados de enfermería en un paciente ventilado (33)

Insuficiencia Cardíaca

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico que refleja la incapacidad del miocardio para suplir los requerimientos metabólicos y de oxígeno del organismo, e incluso las necesidades del proceso de crecimiento

Etiología

- Sufrimiento fetal agudo.
- Cardiopatía congénita cianótica.
- Hipertensión pulmonar persistente.
- Policitemia.
- Hipervolemia.
- Trastornos endocrinos.
- Hijo de madre diabética.
- Síndrome de Down.
- Retraso en la ligadura del cordón umbilical.
- Transfusión sanguínea.

Anemia

- Isoinmunización Rh.
- Hipoglicemia.
- Hipocalcemia.
- Infecciones.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Asfíxia perinatal.
- Arritmia.

Manifestaciones clínicas

- Cardiomegalia.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipotermia.
- Hepatomegalia.
- Edema periférico.
- Cianosis.
- Pulso disminuido.
- Oliguria

Exámenes complementarios

- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Gasometría.
- Ecocardiograma.
- Ionograma.
- Hemograma.
- Coagulograma.
- Estudios bacteriológicos

Acciones de enfermería en el Recién Nacido con insuficiencia cardíaca

- Colocar al RN en posición semisentada, para disminuir la poscarga.
- Brindar oxigenoterapia para mantener una PO₂ entre 60 y 80 mmHg.
- Restricción hídrica y de sodio, si fuese necesario.
- Pesar diariamente el RN, para el cálculo de los líquidos corporales.
- Llevar estrictamente el balance hidro-mineral, cuantificar los ingresos y egresos.
- Colocar al RN en un ambiente térmico neutro adecuado, para que disminuya el gasto cardíaco
- Mantener una vía intravenosa disponible, para estabilizar al paciente.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la temperatura.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Monitorizar al paciente, para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca, respiratoria y las saturaciones de oxígeno.
- Cumplir los cuidados de enfermería en un paciente ventilado.
- Realizar e interpretar exámenes complementarios.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas:
- Administrar las drogas del tratamiento específico como son los digitálicos, vasodilatadores, diuréticos y simpáticos miméticos.
- Observar posibles reacciones adversas

Hipertensión Pulmonar Persistente Neonatal

Es un estado fisiopatológico caracterizado por el mantenimiento de una presión arterial elevada de forma anormal en la circulación pulmonar después del nacimiento, que la consecuencia más importante que trae es el cortocircuito derecho. Izquierda por el agujero oval y por el conducto arterioso

Etiología

- Mala adaptación
- Asfixia perinatal.
- Síndrome de aspiración meconial.
- Neumonía.
- Infecciones.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Estado de choque.

Masculinización excesiva

- Hipoxia fetal crónica.
- Hipertensión pulmonar fetal.
- Cierre intrauterino del conducto arterioso.
- Hipertensión sistémica fetal.
- Cardiopatías congénitas asociadas.

Hipodesarrollo

- Hipoplasia pulmonar.
- Infecciones intrauterinas.
- Obstrucción del flujo pulmonar
- Policitemia.

Hiperviscosidad.

- Estenosis de las venas pulmonares.
- Coartación de la aorta.

Manifestaciones clínicas

- Cianosis.
- Taquicardia.
- Polipnea.
- Labilidad vascular.
- Disminución de los reflejos primarios.
- Toma del estado general.

Exámenes complementarios

- Prueba de hiperoxia.
- PaO₂ preductal y posductal.
- Prueba de hiperoxia-hiperventilación.
- Ecocardiograma.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Gasometría.
- Ionograma.
- Hemograma.
- Coagulograma.

- Estudios bacteriológicos

Acciones de enfermería en el RN con hipertensión pulmonar persistente neonatal

- Colocar al RN en un ambiente térmico neutro adecuado, para que disminuya el gasto cardíaco.
- Manipular al paciente lo menos posible.
- Mantener una vía intravenosa disponible.
- Llevar estrictamente el balance hidromineral, cuantificar los ingresos y egresos.

Vigilar signos y síntomas de complicación:

- Hemorragia cerebral.
- Convulsiones.
- Hipoacusia.
- Retardo del desarrollo psicomotor.
- Bloqueo aéreo.
- Displasia broncopulmonar.
- Falla renal.
- Trastorno de la coagulación.
- Alteraciones del equilibrio ácido-básico.
- Hipoglicemia e hiperglicemia.
- Infecciones.
- Muerte súbita.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la temperatura.
- Monitorizar al paciente, para monitorizar continuamente la frecuencia respiratoria, cardíaca y las saturaciones de oxígeno.
- Realizar e interpretar exámenes complementarios.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- Administrar estrictamente las drogas del tratamiento específico como los relajantes musculares, drogas vasoactivas y vasodilatadores pulmonares.
- Aporte hídrico y calórico adecuado por vía parenteral u oral, según la severidad del cuadro

Conducto Arterioso Persistente en el Recién Nacido

Se denomina conducto arterioso persistente en el RN cuando se produce un cortocircuito de izquierda a derecha por el conducto arterioso, que entorpece la función cardiopulmonar y provoca una insuficiencia respiratoria

Factores de riesgo

- Inmadurez.
- Asfixia perinatal.
- Enfermedad de la membrana hialina.
- Episodios posnatales de hipoxemia.
- Aporte excesivo de líquido.

Manifestaciones clínicas

- Taquicardia.
- Presencia de soplos continuos o sistólicos.
- Pulsos periféricos saltones.
- Taquipnea.
- Crisis de apnea recurrente.
- Acidosis respiratoria.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.

Edema periférico.

- Hepatomegalia.
- Oliguria.
- Distensión abdominal

Acciones de enfermería en el RN con conducto arterioso persistente

- Llevar estrictamente el balance hidromineral, cuantificar los ingresos y egresos.
- Mantener una vía intravenosa disponible.
- Medir e interpretar los signos vitales.

Vigilar signos y síntomas de complicación:

- Infección de las vías aéreas.
- Atelectasia.
- Displasia broncopulmonar.
- Fibroplasia retrolental.
- Isquemia subendocárdica.
- Hemorragia periventricular.
- Enteritis necrosante.
- Insuficiencia renal aguda.
- Monitorizar el paciente, para monitorizar continuamente la frecuencia respiratoria, cardíaca y saturaciones de oxígeno.

Cumplir estrictamente las indicaciones médicas:

- Administrar drogas del tratamiento específico como los digitálicos, diuréticos y los antiinflamatorios no esteroideos.
- Administrar estrictamente la dosis de la indometacina.
- Pesar diariamente el RN, para los cálculos de líquidos corporales.
- Auscultar soplos sistólicos.
- Valorar el estado respiratorio del RN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en: <https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014 \(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENNACIDOFINAL02022014%20(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la

- Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en:
<https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. *Rev Mex Pediatr*. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev Médica Panacea*. 2019;7(2):63–8.
- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense de Seguro Soc [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovidess.ovidss.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d-543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. *Enferm urgencias*. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2021;24(3):279–93.
- Rodríguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. *Man Nefrol* 2da ed Madrid Elsevier [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:

- <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Rev Médica Risaralda*, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf
- Saputri IA. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する 共分散構造分析Title. *Rev CENIC Ciencias Biológicas* [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en:
file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060.%0Ahttp://www.cenotec
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008%0Afile:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en:
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
- Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2022;11(1):e2635.
- Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan* [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>
- Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclaiy A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(2):1–20.

Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.

Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-

<18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf>

Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;

Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.

NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en:

[https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia NNN Consult](https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN_Consult)

[Planes.pdf](#)

López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.

Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.

Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.

Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).

Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en:

<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>

Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index;

De GDEP. ENFERMERÍA.

Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Investig y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.

Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en:

token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCX
VzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ

Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enferm Glob*. 2017;16(4):1–12.

cuidado de enfermagem TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. *Enferm.* 2021;10(1):3–17.

Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.

Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev clín med fam. 2017;10(1):29–38.

Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service.
Rev Cuad Hosp Clin. 2020;61(1):20–32.

Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Esc Anna Nery. 2020;24(2):1–7.

Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Farm Hosp.* 2022;46(6):367–71.

Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2020;9(1):21–32.

Capítulo 6: Afecciones Metabólicas

Fanny Paola Egas Medina

Docente Universidad Técnica Ambato

Especialista en Medicina Familiar

fp.Egas@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-6072-6515>

Valeria Isabel Espín López

Médica, Magister en Atención Primaria de Salud mención en Gerontología

Docente Universidad Técnica Ambato

vi.espin@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8888-3087>

Nadihezka Amanda Cusme Torres

Docente Universidad Técnica Ambato

Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local

na.cusme@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5402-0088>

RESUMEN

Introducción La atención de enfermería en afecciones metabólicas en neonatos es fundamental para el diagnóstico y tratamiento temprano de estas patologías. Las afecciones metabólicas en neonatos son un conjunto heterogéneo de problemas ligados a aspectos esenciales del metabolismo intermedio, como son el control de la homeostasis de los aminoácidos, los carbohidratos, los lípidos, los ácidos orgánicos y los neurotransmisores. **Objetivo.** Metodología Para el diagnóstico precoz de las afecciones metabólicas en neonatos incluye el tamiz metabólico neonatal, que es el conjunto de procedimientos y pruebas que se realizan para separar entre recién nacidos aparentemente sanos. La intervención de enfermería en el tamiz metabólico neonatal es relevante y se enfoca en el procedimiento de toma, secado, conservación y envío de la muestra. La atención de enfermería al neonato desde el nacimiento en el salón de parto y sus diferentes afecciones también es importante. **Resultados** Los resultados anormales de tamiz metabólico neonatal no son sinónimos de enfermedad, se requiere valoración integral del neonato previa a emisión de diagnóstico confirmatorio, la atención de enfermería en afecciones metabólicas en neonatos es fundamental para el diagnóstico y tratamiento temprano de estas patologías. Los resultados anormales de tamiz metabólico neonatal no son sinónimos de enfermedad, se requiere valoración integral del neonato previa a emisión de diagnóstico confirmatorio. La metodología para el diagnóstico precoz de las afecciones metabólicas en neonatos incluye el tamiz metabólico neonatal, y la intervención de enfermería en este proceso es relevante. Además, la atención de enfermería al

neonato desde el nacimiento en el salón de parto y sus diferentes afecciones también es importante.

Los errores congénitos del metabolismo (ECM) están causados por mutaciones del ADN que producen proteínas anómalas en las que la estructura proteica y por tanto la función están alteradas. Su incidencia real es poco conocida ya que los estudios epidemiológicos resultan complicados por varios motivos: escasa prevalencia de algunas enfermedades, limitaciones tecnológicas, heterogeneidad genética y formas de presentación a distintas edades. Por ejemplo, se conoce bien la incidencia de la PKU en el período neonatal (1:12.000) o del hipotiroidismo (1:2.000), e incluso de algunas acidurias orgánicas gracias a los programas de pesquisa; pero mucho menos de todas las enfermedades metabólicas. La incidencia de presentación de todos los ECM en la población general se considera para algunos autores de 1: 1000 recién nacidos vivos.

Muy pocos ECM pueden ser identificados mediante los programas de cribaje, al ser enfermedades extremadamente raras, que requieren para su detección técnicas de elevado coste y además muchas de ellas no disponen de tratamiento y por tanto son difícilmente aplicables como pesquisa poblacional (38)

Alteraciones de la Glicemia

Hipoglicemia

La definición está basada en la distribución estadística de los valores de la glicemia en 2 grupos de recién nacidos: los pretérminos y los a término según se mida antes de las 24 ó 72 h. En las primeras 24 h el límite inferior es 30 mg/dL ($<1,7\text{mmol/L}$) para el RN a término y de 25 mg/dL ($<1,4\text{mmol/L}$) para el pretérmino. Después de las 72 h el valor inferior normal de glucosa plasmática es de 40 mg/dL ($<2,2\text{mmol/L}$) en neonato con cualquier peso y edad gestacional (39)

Clasificación

Transicional precoz. Ocurre en las primeras 12 h de vida y tiene buena respuesta al tratamiento.

- Hijo de madre diabética.
- Eritroblastosis fetal.
- Ayuno prolongado.
- Asfixia.
- Hipotermia.

Hipoglicemia transitoria clásica.

- Hijos de madre hipertensas.
- Embarazos múltiples.
- CIUR.
- Poliglobulia.
- Prematuridad.
- SDR.
- Gemelo más pequeño.
- Posición impropia del catéter.

Hipoglicemia secundaria.

- Defectos congénitos del SNC.
- Cardiopatías congénitas.
- Infecciones bacterianas.
- Asfixia.
- Supresión brusca de suero glucosado.
- Alteraciones metabólicas.
- Crisis de apnea recurrente.

Hipoglicemia severa persistente.

- Defectos endocrinos múltiples.
- Enfermedades pancreáticas.
- Hiperplasia de las células beta.
- Síndrome de Becwith-Wiedemann.
- Galactosemia.
- Intolerancia a la fructosa (23)

Manifestaciones clínicas del RN con hipoglicemia

- Temblores.
- Disminución de respuesta a los estímulos.
- Hiporreflexia.
- Hipotonía.
- Rechazo a los alimentos.
- Trastorno de la termorregulación.
- Apnea.

- Insuficiencia cardíaca.
- Cianosis.
- Llanto débil.
- Nistagmo.
- Convulsiones.
- Paro cardíaco.
- Coma.
- Sudoraciones.
- Palidez (39)

Acciones de enfermería en el RN con hipoglicemia

- Recomendar la lactancia materna precoz a libre demanda para prevenir la hipoglicemia.
- Realizar exámenes de glicemia a los RN con riesgo de hipoglicemia en las primeras horas.
- Vigilar signos y síntomas de hipoglicemia.
- Mantener un control adecuado de la temperatura del RN pues la hipotermia agrava el cuadro.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y la respiratoria.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- Administrar estrictamente la dosis de glucagón, ya que aumenta la extracción de glucógeno hepático y la gluconeogénesis.
- Mantener un flujo continuo de dextrosa por vía IV en los casos de riesgo que presentan la vía oral suspendida.
- Administrar mini bolo de dextrosa al 10 %, si el paciente presente sintomatología importante.
- Administrar dosis de hidrocortisona si persisten los síntomas de hipoglicemia, ya que reduce la utilización periférica de glucosa, aumenta la extracción de glucógeno hepático y aumentan los niveles de glucagón (37)

Figura 25



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Hiperglicemia

Es el exceso de glucosa en sangre con niveles de glicemia superiores a 8,3 mmol/L (15)

Etiología

- Administración de glucosa parenteral en concentraciones mayores.
- Alimentación parenteral con lípidos.
- Prematuridad extrema.
- RN menor de 1 000 g.
- Sepsis.
- Estrés.
- Hipoxia.
- Procederes quirúrgicos neonatales.
- Diabetes mellitus transitoria neonatal.
- Enfermedades del SNC.
- Deshidratación hipernatremia.
- Ingestión de fórmulas hiperosmolares.

Manifestaciones clínicas del RN con hiperglicemia

- Diuresis osmótica.
- Hiperosmolaridad.
- Deshidratación.
- Acidosis intensa.
- Glucosuria y acetonuria.
- Encefalopatía.

- Coma.
- Hemorragia cerebral.

Exámenes complementarios

- Glicemia.
- Gasometría.
- Ionograma.
- Calcio sérico (26)

Acciones de enfermería en el RN con hiperglicemia

- Evitar los líquidos por vía i.v. en los RN menores de 1 500 g, ya que es uno de los factores de riesgo.
- Medir diuresis.
- Prevenir los cambios súbitos en la concentración de glucosa, ya que puede provocar una hiperglicemia marcada.
- Realizar exámenes de glicemia.
- Vigilar signos y síntomas de hiperglicemia.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas:
- Reducir concentración de glucosa hasta que se normalice los niveles en sangre, se recomienda usar dextrosa al 2,5 o 5 %.
- Administrar estrictamente dosis de insulina, para disminuir los niveles de glucosa en sangre.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca

Figura 26



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

Del Sodio

Hiponatremia

Es la disminución de los niveles de sodio sérico en sangre por debajo de 130 mEq/L (12)

Clasificación

1. Hiponatremia deplecional. La concentración de agua está disminuida o normal, es producto de una reducción de sodio corporal.

2. Hiponatremia dilucional. El contenido total de agua corporal está elevado, en estos casos el contenido de sodio corporal puede ser bajo, normal o alto.

Causas de hiponatremia deplecional

- Diuréticos.
- Diuresis osmóticas.
- Alteraciones tubulares renales.
- Trastornos gastrointestinales.

Causas de hiponatremia dilucional

- Aumento de la oferta hídrica.
- Hemorragia intracraneana.
- Hidrocefalia.
- Asfixia perinatal.
- Ventilación mecánica.
- Meningitis.

Manifestaciones clínicas del RN con hiponatremia deplecional

- Pérdida de peso.
- Taquicardia.
- Oliguria.
- Acidosis metabólica.
- Urea elevada.
- Tegumento de la piel disminuido (11)

Manifestaciones clínicas del RN con hiponatremia dilucional

- Edema.
- Poliuria o diuresis normal.
- Aumento del peso corporal mayor que la idea.
- Aumento de sodio urinario.
- Aumento de la osmolaridad urinaria

Acciones de enfermería en el RN con hiponatremia

- Llevar estrictamente la hoja del balance hidromineral, para cuantificar los ingresos y egresos.
- Realizar exámenes complementarios, interpretar el ionograma.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Evitar administrar líquidos en exceso, en caso de edema generalizado.
- Cumplir estrictamente las indicaciones médicas:
- Administrar estrictamente la dosis de sodio, para restablecer los valores normales.
- Pesar diariamente al neonato, para realizar una valoración del peso corporal.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y la respiratoria

Hipernatremia

Es el aumento de los niveles de sodio sérico en sangre, mayor que 150 mEq/L (39)

Clasificación

1. **Hipernatremia por exceso de sodio.** El contenido de agua es normal o alto, es producido por la concentración elevada de sodio
2. *Hipernatremia por deficiencia de agua.* Existe un descenso excesivo del peso, el contenido de agua está disminuido y las concentraciones de sodio pueden ser normales o bajas.

Causas de hipernatremia por exceso de sodio

- Exceso de esteroides.
- Administración de bicarbonato de sodio.

Causas de hipernatremia por déficit de agua

- Diuresis elevada.
- Vómitos.
- Diarreas.
- Quemaduras.
- Diabetes insípida.
- Manifestaciones agudas. Trastornos renales.
- Deficiencia de la hormona antidiurética secundaria a una hemorragia subaracnoidea.

Manifestaciones clínicas del RN con hipernatremia por exceso de sodio

- Edema.
- Ganancia de peso corporal.

Manifestaciones clínicas del RN con hipernatremia por déficit de agua

- Letargia.
- Irritabilidad.
- Alteración del tono muscular.
- Convulsiones.
- Pérdida de peso.

Exámenes complementarios

- Ionograma.
- Parcial de orina.
- Hemograma (42)

Acciones de enfermería en el RN con hipernatremia

- Llevar estrictamente la hoja del balance hidromineral, para cuantificar los ingresos y egresos.
- Realizar exámenes complementarios, interpretar el ionograma.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- Administrar expansores de volúmenes para que el sodio descienda a los valores deseado.
- Administrar estrictamente la dosis de sodio, para restablecer los valores en sangre.
- Pesar diariamente al neonato, para realizar una valoración del peso corporal.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y la respiratoria

Alteraciones del Calcio**Hipocalcemia**

Es la disminución en la concentración de calcio sérico total inferiores a 8 mg/dL en el RN a término e inferiores a 7 mg/dL en el RN pretérmino, o cuando la concentración de calcio iónico es inferior a 3,5 mg/dL (23)

Etiología**Precoz (primeros 3 días).**

- Causas maternas.
- Diabetes.
- Toxemia.
- Epilepsia.
- Hiperparatiroidismo.
- Déficit de calcio o vitamina D.

Causas neonatales.

- Asfixia neonatal.
- RN prematuro.
- Aumento transitorio de la calcitonina.
- Distrés respiratorio.

Causas iatrogenias.

- Exanguinotransfusión.
- Trauma obstétrico.
- Fototerapia.
- Drogas: furosemida, bicarbonato y glucagón.
- Lípidos intravenosos.

Tardía (después del tercer día).

- Hiperfosfatemia por la ingestión de leche de vaca.
- Hipomagnesemia.
- Hipoparatiroidismo transitorio idiopático.
- Hipoparatiroidismo congénito.
- Síndrome de Di George asociado a la ausencia de timo.
- Afección renal o hepática.
- Malabsorción intestinal.
- Enfermedad metabólica ósea del prematuro.
- Uso prolongado de furosemida.

Manifestaciones clínicas del RN con hipocalcemia

- Irritabilidad.
- Temblores.
- Hipertonía.
- Apnea.
- Convulsiones.
- Cianosis.
- Vómitos.
- Fasciculaciones.
- Espasmos carpopodálicos.
- Letargia.
- Succión débil.
- Rechazo del alimento.
- Disminución de la contractilidad cardíaca

Acciones de enfermería en el RN con hipocalcemia

- Brindar alimentación precoz con leche materna para prevenir la hipocalcemia.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- En los RN de muy bajo peso al nacer (<1 500 g) por ser un grupo de riesgo, se debe administrar de 45 a 90 mg/kg/día de calcio elemental (gluconato de calcio o cloruro de calcio) por vía i.v. y en los RN con más de 1 500 g se debe proporcionar de 20 a 30 mg/kg/día.
- Realizar los exámenes complementarios, interpretar el ionograma.
- Monitorizar al paciente, para monitorizar constantemente la frecuencia cardíaca.

- Vigilar signos y síntomas de la hipocalcemia, en los RN de riesgo.
- Administrar correctamente el calcio por vía i.v., debe ser en una vena profunda porque puede provocar necrosis de la piel y del tejido celular subcutáneo si se extravasa.
- Administrar el calcio de forma lenta, porque puede provocar bradicardia y paro cardíaco, por lo que se recomienda la administración en bombas perfusoras con un flujo lento.
- Evitar mezclar el calcio con bicarbonato, o con drogas vasoactivas por el elevado riesgo de precipitación.
- Evitar administrar calcio por la vía IM., ni intraarterial por el elevado riesgo de necrosis hística.
- Revisar periódicamente el miembro de la canalización, para descartar daños en el sitio de punción

Hipercalcemia

Es un aumento de las concentraciones de calcio sérico total mayor de 11 mg/dL o el del calcio iónico mayor que 5 mg/dL (17)

Etiología

1. Causas idiopáticas.

- Síndrome de Williams.

2. Causas neonatales.

- Hiperplasia paratifoidea congénita.
- Raquitismo.
- Osteodistrofia renal.

3. Causas metabólicas.

- Depleción de fosfato.
- Hipofosfatasa infantil grave.
- Insuficiencia suprarrenal aguda

4. Causas iatrogenias.

- Administración excesiva de calcio IV
- Intoxicación por vitamina D o sus metabolitos.
- Intoxicación por vitamina A.
- No administración de fósforo en la alimentación parenteral.
- Intoxicación por aluminio

Manifestaciones clínicas del RN con hipercalcemia

- Puede ser asintomático.
- Poliuria.
- Polidipsia.
- Hipotonía.
- Convulsiones.
- Letargo.
- Vómitos

Exámenes complementarios

- Calcio sérico.
- Electrocardiograma.
- Ionograma.

Acciones de enfermería en el RN con hipercalcemia

- Restringir el apoyo dietético de calcio y suspender el suplemento de vitamina D.
- Medir diuresis.
- Ofrecer dieta con restricción de calcio, brindar fórmulas de leche con poca concentración de calcio y fósforo.
- Evitar la exposición al sol para disminuir la producción de vitamina D.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- Administrar estrictamente la dosis del diurético (furosemida) con el objetivo de aumentar la excreción de calcio por la orina, para disminuir la concentración en el organismo.
- Administrar prednisona para disminuir la adsorción intestinal.
- Llevar estrictamente el balance entre los líquidos (agua y electrolitos), ya que un desequilibrio entre estos agrava el cuadro.
- Realizar los exámenes complementarios, interpretar el ionograma.
- Vigilar signos y síntomas de complicación:
- Deshidratación.
- Hipertensión.
- Encefalopatía.
- Nefrocalcinosis.
- Monitorizar el paciente, para monitorizar constantemente la frecuencia cardíaca

Alteraciones del Magnesio

Hipomagnesemia

Se define como la concentración de magnesio sérico inferior a 1,5 mg/dL. Los signos clínicos aparecen por lo general cuando es inferior a 1,2 mg/dL (23)

Etiología

- Desnutrición intrauterina.
- Hipomagnesemia materna.
- Ingesta escasa.
- Malabsorción intestinal.
- Exanguinotransfusión con sangre citrada.
- Colestasis.
- Diabetes materna.
- Hipoparatiroidismo.
- Hiperfosfatemia.
- Diarrea.
- Estenosis hipertrófica del píloro.
- Nefrosis congénita.
- Anasarca fetal.
- Acidosis.
- Tratamiento con corticoides. Hiperaldosterismo.
- Diuresis osmótica

Manifestaciones clínicas en el RN con hipomagnesemia

- Hiperexcitabilidad neuromuscular.
- Espasmos musculares.
- Convulsiones.
- Alteraciones en el electrocardiograma.
- Irritabilidad.
- Temblores.
- Hipertonía.
- Apnea.
- Succión débil.
- Rechazo del alimento

Acciones de enfermería en el RN con hipomagnesemia

Cumplir estrictamente las indicaciones médicas:

- Administrar sulfato de magnesio por vía IM cuando se instaure una perfusión con posibilidades de ser prolongada, como método profiláctico.
- Administra sulfato de magnesio por la vía IV si es sintomática, de forma lenta en un tiempo no menor de 10 min, preferiblemente en bomba perfusora.
- Monitorización electrocardiográfica al paciente para detectar arritmias que pueden presentarse como prolongación del tiempo de conducción auriculoventricular y bloqueo sinoauricular o auriculoventricular.
- Vigilar signos y síntomas de hipomagnesemia en los RN de riesgo

Hipermagnesemia

Se define como cifras de magnesio sérico superiores a 2,8 mg/dL (2)

Etiología

- Administración de magnesio a las madres.
- Hiperparatiroidismo.
- Síndrome adrenogenital con pérdidas salinas.
- Insuficiencia renal grave.

Manifestaciones clínicas en el RN con hipermagnesemia

- Depresión respiratoria.
- Apnea.
- Letargia.
- Hipotonía.
- Hiporreflexia.
- Distensión abdominal.
- Hipotensión arterial.
- Hipercalcemia.
- Hipocalcemia.
- Somnolencia.
- Abolición de reflejos tendinosos.
- Bradicardia.
- Coma.
- Conducción auriculoventricular prolongada.
- Paro cardíaco

Acciones de enfermería en el RN con hipermagnesemia

- Mantener al RN con una hidratación de sostén que garantice una diuresis abundante, ya que el exceso de magnesio se elimina por la orina.
- Llevar estrictamente la hoja del balance hidromineral, para cuantificar los ingresos y egresos

Cumplir estrictamente las indicaciones médicas:

- En los casos más graves se realiza una exanguinotransfusión con sangre citrada que produce quelación del magnesio.
- Si es necesario asistirlo con ventilación mecánica y cumplir los cuidados en un paciente ventilado.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia cardíaca y la respiratoria.
- Realizar los exámenes complementarios, interpretar el ionograma (45)

Alteraciones del Equilibrio Ácido-Base

Los reguladores del equilibrio ácido-base son los sistemas búferes en participación con otros órganos del organismo como son el pulmón y el riñón, estos sistemas son los responsables del mantenimiento del equilibrio ácido-base normal en los líquidos corporales. Los sistemas tampones tienen a nivel de los diferentes órganos distintas modalidades de corrección, la compensación sanguínea se realiza en minutos, los pulmones tienen un promedio de 30 min y alcanza su máxima compensación a las 12 h y el sistema renal actúa entre 6 y 18 h, y llega a su máxima expresión entre el tercer y quinto días

Acidosis metabólica

Es un trastorno fisiológico bioquímico y clínico del equilibrio ácido base, debido a un aumento primario de ácidos o a una pérdida de bases del espacio extracelular.

Clasificación

- Totalmente compensada (pH de 7,35 a 7,45 - EB disminuido).
- Parcialmente compensada (pH de 7,30 a 7,35 - EB disminuido).
- Descompensada (pH menor de 7,30 - EB disminuido).

Etiología

1. Disminución de la perfusión.

- Shock hipovolémico y séptico.
- Asfixia.

- Hemorragia.
- Insuficiencia respiratoria.
- Mala distribución de la perfusión.
- Conducto arterioso permeable.
- Enterocolitis necrosante.
- Deshidratación.
- Hipotermia.
- Anemia severa.

2. Pérdida de la solución amortiguadora extracelular.

- Diarreas.
- Insuficiencia renal.
- Acidosis tubular renal.

3. Aumento del H⁺ extracelular.

- Hipotermia.
- Exceso de trabajo muscular.
- Anormalidades metabólicas.
- Aporte inadecuado de líquidos

Manifestaciones clínicas del RN con acidosis metabólica

La acidosis metabólica es un síntoma. El cuadro clínico es la causa que lo condiciona y en ella pueden verse otras manifestaciones clínicas, como son:

- Respiración rápida y profunda.
- Hipotensión.
- Edema pulmonar.
- Hipoxia mística

Acciones de enfermería en el RN con acidosis metabólica

- Identificar la causa, para poder corregir la causa primaria.
- Disponer de un acceso venoso para la administración de medicamentos y expansores.
- Garantizar que la ventilación pulmonar sea suficiente como para mantener una PCO₂ adecuada.
- Valorar el estado respiratorio, si es necesario asistir al RN con ventilación mecánica.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia respiratoria y cardíaca.

- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la temperatura y la presión arterial.
- Colocar al RN en un ambiente térmico neutro, la hipotermia agrava el cuadro.
- Colocar al neonato oxímetro de pulso, para valorar las saturaciones de oxígeno.
- Realizar e interpretar los exámenes complementarios.
- Realizar gasometrías evolutivas cada 4 a 6 h.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas:
 - o Administrar expansores de volumen para mejorar la perfusión hística.
 - o Administración de la dosis estricta de bicarbonato de sodio, para corregir la acidosis.
- Vigilar reacciones adversas del bicarbonato como deshidratación, sobrecarga de sodio, disminución del calcio iónico y disminución brusca del potasio

Alcalosis metabólica

Es un trastorno fisiológico, bioquímico y clínico del equilibrio ácido base, debido a un aumento de bicarbonato o a una pérdida de ácidos del espacio extracelular, o secundario a una ganancia de bicarbonato exógeno en el espacio extracelular (11)

Clasificación

- Totalmente compensada (pH de 7,35 a 7,45 - EB aumentado).
- Parcialmente compensada (pH de 7,45 a 7,50 - EB aumentado).
- Descompensada (pH mayor de 7,50 - EB aumentado).

Etiología

1. Pérdida excesiva de iones ácidos.

- Vómitos.
- Aspiraciones gástricas.
- Diuréticos.
- Hiperaldosteronismo.
- Hipopotasemia.

2. Por entrada excesiva de bases.

- Administración de alcalinos excesiva por vía parenteral u oral.
- Estenosis hipertrófica del píloro.

Manifestaciones clínicas del RN con alcalosis metabólica

- Debilidad.
- Bradipnea, apnea.
- Paro respiratorio.
- Elevación del pH y del bicarbonato plasmático.

- Hipopotasemia.
- Hipoclorémica.
- Signos de tetania.
- Elevación de la PCO₂.

Exámenes complementarios

- Hemoglobina y hematocrito.
- Gasometría

Acciones de enfermería en el RN con alcalosis metabólica

- Identificar la causa, para poder corregir la causa primaria.
- Vigilar signos y síntomas de complicación.
- Monitorizar al paciente para monitorizar continuamente la frecuencia respiratoria y cardíaca.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la temperatura y la presión arterial.
- Realizar e interpretar los exámenes complementarios.
- Realizar gasometrías evolutivas cada 4 o 6 h.

Cumplir estrictamente indicaciones médicas:

- Administrar estrictamente la dosis de cloruro de sodio.
- Corregir la hipopotasemia de presentarse en el neonato

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en:

<https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>

López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).

Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en:

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCION DELRECIENNACIDOFINAL02022014 (1).pdf

Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacologia Ilustrada. 2008. p. 64–5.

Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.

- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en:
<https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.
- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. Rev Médica Panacea. 2019;7(2):63–8.
- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarric Seguro Soc [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en:
<https://ovid.es/ovidresults/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d-543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichewald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez

- Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. *Enferm urgencias*. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2021;24(3):279–93.
- Rodriguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. *Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier* [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Rev Médica Risaralda*, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, N° 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:
https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf
- Saputri IA. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する 共分散構造分析Title. *Rev CENIC Ciencias Biológicas* [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en: <file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf> <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista> http://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060> <http://www.cenetec>.
- Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008> <file:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>
- Gutierrez J et al. Neonatalogia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible

en:

https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.pdf

Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2022;11(1):e2635.

Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan* [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>

Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclair A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. *Rev Cubana Enferm*. 2021;37(2):1–20.

Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.

Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-

[18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf)

Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica (2a. ed.)*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;

Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.

NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en:

https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN_Consult_Planes.pdf

López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.

Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. *Medicina (B Aires)*. 2007;67(6 I):561–8.

Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. *Hosp Pediatr Juan*

Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2020;2118(40).

Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>

Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index; De GDEP. ENFERMERÍA.

Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. *Investig y Educ en Enfermería*. 2009;XXVII(1):46–53.

Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en: <https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASIAZ7NЗИWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNplNi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ>

Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enferm Glob*. 2017;16(4):1–12.

Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. *Enferm*. 2021;10(1):3–17.

Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.

Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam*. 2017;10(1):29–38.

Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin*. 2020;61(1):20–32.

Oviedo AD, Delgado IAV, Licona JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1–7.

Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of

humanization. *Fam Hosp.* 2022;46(6):367–71.

Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2020;9(1):21–32.

Capítulo 7: Cuidados Humanizados en Recién Nacido

Fabiola Chasillacta Amores

Docente Universidad Técnica Ambato

Maestría en Salud Pública

fb.chasillacta@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5089-0107>

Ximena Guallichico Guasumba

Docente Universidad Técnica Ambato

Licenciada de Enfermería del Hospital Docente Latacunga

Master en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local

xdr.guallichico@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-8583-4391>

Carmen Alicia Plaza Fajardo

Enfermera del Ministerio de Salud Pública

Licenciada Enfermería

calplafa23@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-8766-9636>

Nadihezka Amanda Cusme Torres

Docente Universidad Técnica Ambato

Maestría en Gestión en Salud para el Desarrollo Local

na.cusme@uta.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-5402-0088>

RESUMEN

Introducción La enfermería de atención en cuidados humanizados en recién nacidos es fundamental para el bienestar del neonato y su familia. Los cuidados humanizados en neonatología se enfocan en la atención integral del recién nacido y su familia, promoviendo el contacto piel con piel, la lactancia materna, la participación de los padres en el cuidado del neonato, la reducción del estrés y el dolor, entre otros. aspectos. La implementación de estrategias de cuidado humanizado en las unidades de cuidado crítico neonatal ha sido un reto para todo el equipo sanitario, pero es fundamental para mejorar la calidad de atención y el bienestar del neonato y su familia **Objetivo** Implementar de cuidados humanizados en neonatología incluye la identificación de las necesidades del neonato y su familia, la capacitación del personal de enfermería en cuidados humanizados **Metodología** Para la implementación de cuidados humanizados en neonatología incluye la identificación de las necesidades del neonato y su familia, la capacitación del personal de enfermería en cuidados humanizados, la implementación de protocolos y guías de práctica clínica, la evaluación continua de la calidad de atención. y la retroalimentación del personal y la familia. **Conclusión**

La atención de enfermería en cuidados humanizados en recién nacidos es fundamental para el bienestar del neonato y su familia. La implementación de estrategias de cuidado humanizado en las unidades de cuidado crítico neonatal es importante para mejorar la calidad de atención y el bienestar del neonato y su familia.

Durante la hospitalización del recién nacido, el profesional de salud brinda cuidado y es partícipe de la recuperación, e igualmente está en continuo contacto con los padres cuando ingresan a la unidad a visitar a su pequeño, de ahí la importancia que el equipo interdisciplinario de las UCIN trabaje con un método inductivo, enfocado en las personas y no únicamente en la enfermedad.

Es importante y necesario reflexionar en la necesidad de valorar el dolor neonatal por parte de la enfermera como también se realiza en otras instancias de atención hospitalaria en pacientes adultos. La implementación de un registro de valoración del dolor neonatal puede ayudar a mejorar y a unificar criterios en la valoración que cada profesional aplica a la hora de realizar un procedimiento doloroso en este tipo de pacientes. El no valorar y no controlar el dolor en el neonato puede desencadenar consecuencias negativas para la salud a corto y a largo plazo, entre las que se destacan: problemas conductuales, del aprendizaje, alteraciones hormonales, entre otras 18, es por ello que las recomendaciones actuales es que se debe considerar al dolor como el quinto signo vital a valorar en la atención integral y holística a los recién nacidos y a su familia

Enfermería no es solo ciencia o arte, sino una ciencia-arte de sentido común con intuición, identidad y singularidad. En el presente, el cuidado será dado en un momento oportuno, en el acompañamiento del otro, dentro de una convivencia que se desarrolla con dignidad 21. Ser y ejercer enfermería va más allá de la tecnificación de procedimientos que son instituidos por interdependencia con otros profesionistas de salud, desarrolla el sentido humano del profesional, marca al sujeto de cuidado por las experiencias, vivencias y atenciones que lo hacen ver como ser holístico, es decir, en su totalidad

Según Nightingale, toda mujer en algún momento de su vida ejercerá como enfermera de una u otra forma, ya que la enfermería consiste en acompañar o asumir responsablemente los cuidados de otra persona. Así el cuidado de enfermería se define desde una visión holística de la humanidad en que la persona es un todo conformado por distintas dimensiones del ser; física, psicológica, social y espiritual. Por lo que los aspectos éticos deben ser una preocupación permanente considerando lo relevante de tomar decisiones en favor y beneficio de los paciente (47)

En general, se reconoce que la humanización implica comprender al ser humano de forma holística, no solo como una patología, para brindar un acceso oportuno al servicio de salud. Se concluye que la lógica de humanización y los diferentes avances médicos no deben entenderse como fenómenos opuestos, en tanto estos procesos se complementan y potencian. Adicionalmente, se menciona la importancia de la comunicación entre el profesional y el paciente.

Algunos conceptos para recordar.

Humanizar: tr. Hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable.

Humanización: f. Adquisición de características más humanas y más amables.

Humanidad: Sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes.

Tomado del Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición

Como es bien sabido, el proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas con dolor y sufrimiento se hace insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra. Desde esta perspectiva, las manifestaciones más frecuentes de la despersonalización y deshumanización que pueden darse en la práctica sanitaria serían las siguientes: - La «cosificación» de la persona enferma, que «pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos», y pasar a ser tratado como: «la cama número tal», «la pancreatitis» «el Ca de pulmón» o «la historia clínica equis». - La falta de calor en la relación humana, con un trato inadecuado, distanciamiento afectivo por parte del personal que puede llegar a ser de fría indiferencia o indolencia. - La ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro. - La restricción de los derechos de la persona enferma (creencias, valores, privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

Pretender el bienestar del paciente beneficia debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su curación y más importante si esto último no es posible⁵, los beneficiarios sufren además de causas físicas, de sufrimiento psicológico y emocional, experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia, incertidumbre por falta de información, e incompreensión entre otras G

La forma de preservar la humanización en la atención de salud corresponde al personal que atiende en los diferentes ámbitos al paciente; en este contexto, enfermería es la responsable de brindar un cuidado humanizado. El cuidado a un enfermo crítico es cada vez más distante de una atención humanizada de excelencia, humanizar es ayudar a las personas a mantener las funciones fisiológicas, psicológicas y sociales para proporcionar bienestar a su salud, siguiendo la premisa de que cada paciente tiene el derecho a una atención calificada, respeto a la dignidad personal y a una información clara y oportuna

No se puede olvidar que la enfermería es una profesión implícitamente humana, basada en las relaciones con el paciente y su cuidado. Watson (1979), autora de la Teoría del Cuidado Humanizado decía: “el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería, la empatía, la comprensión e intencionalidad son factores fundamentales para que los profesionales de enfermería y sus pacientes formen un vínculo humano que trascienda la medicalización y el control terapéutico”. Durante el proceso de enfermedad y el tratamiento, en este caso, de una enfermedad crónica, la enfermera genera un vínculo con sus pacientes que le permite conectar emocionalmente y ofrecer unos cuidados holísticos a la persona enferma. Esta es la razón por la cual, a pesar de la actual pandemia COVID-19, las enfermeras y demás profesionales sanitarios no han perdido su esencia y, a pesar de la distancia social, de los equipos de protección individual y de las medidas de aislamiento, se mantienen cercanas a sus pacientes. Simples gestos como dar los buenos días, llamar a la persona por su nombre, o darles la mano cuando lo necesitan, suponen para los pacientes el apoyo y la fuerza para seguir adelante

Figura 27



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oq=imagenes+de+examen+fisico>

La música y la musicoterapia se han incluido lentamente en el contexto de la promoción de salud. Ya existen trabajos con enfermos mentales, ancianos, pacientes con SIDA y muchos otros que muestran resultados realmente satisfactorios en la promoción de la salud y calidad de vida

Teniendo en cuenta principalmente la reducción del estrés y de la ansiedad, la música ha pasado a ser utilizada en diversas situaciones clínicas. A partir de eso, observamos que diversos proyectos vienen siendo desarrollados, como escuelas de arte y música dentro de hospitales, orquestas y coros que se presentan periódicamente en hospitales y que traen un poco de alegría a ese ambiente. En enfermería, la utilización de la música se inició con Florence Nightingale y más tarde fue también utilizada con los heridos de la II Guerra Mundial y en varias otras situaciones clínicas, como control del dolor e inducción al relajamiento, con lo que se han obtenido buenos resultados. Como un complemento a la asistencia de enfermería pediátrica, la música facilita la relación con el paciente y sirve primeramente para iniciar la interacción con él. También trae sensación de bienestar.

La música, además de actuar en el paciente como un acto eficiente y protector, puede actuar en el profesional, pues da sensación de paz, de aceptación y de reequilibrio espiritual. Al terminar las sesiones de musicoterapia, el enfermero y el paciente comparten sus experiencias con palabras, miradas o actitudes.

Distintos estudios actuales han demostrado que el entrenar aspectos sociales permiten mejorar el contenido y la estructura de la comunicación utilizada en el cuidado humanizado,

además se ha incluido que el fortalecimiento y desarrollo de las habilidades comunicativas en el profesional de enfermería debería otorgarse desde la formación en las escuelas.

Así, el trato digno es una de las formas principales de precepción de los pacientes hacia el cuidado y el trato que reciben de los profesionales de la salud, hablando específicamente del personal de Enfermería, es necesario el fortalecimiento de estas habilidades, ya que como se mencionó antes es el profesional de Enfermería quien tiene el mayor contacto con pacientes y familiares. El trato digno se evalúa a partir de la percepción que tienen los usuarios hacia el personal de enfermería, ya que esta profesión es una disciplina social-humanística, con un enfoque científico y su objetivo principal es el cuidado de las personas y de las comunidades, de ahí parte la importancia de educar al personal de Enfermería para mejorar las habilidades implicadas en la comunicación, para orientar a los pacientes y mantener buenas relaciones interpersonales. El fortalecimiento de habilidades entonces, implica desarrollar un nuevo proceso de educación social, ya que este tipo de problemáticas son de carácter diario y común que se observan en cualquier ámbito donde se quiera transmitir un concepto o una idea.

El empoderamiento del paciente supone uno de los principales pilares de la humanización. Por ello, la consideración de las preferencias y expectativas de los pacientes debería ser tomada en cuenta durante el ejercicio de cualquiera de los profesionales de la salud.

La humanización ha adquirido una importancia considerable en los últimos años. Este movimiento se ha extendido en casi todos los ámbitos de la farmacia hospitalaria, incluyendo actividades como la atención farmacéutica o la dispensación de medicamentos oncológicos en pediatría.

Cubrir las necesidades de los pacientes y atender a sus preferencias son el objetivo principal de todas estas intervenciones. Como ya se ha citado, la mejora de la esperanza y calidad de vida es el principal deseo de los pacientes. Esto también representa el objetivo principal de la evaluación

de medicamentos. Por tanto, la humanización es un proceso positivo que debe incluir siempre los Principios Bioéticos (Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía y Justicia), que como ya hemos comprobado, están muy relacionados con los criterios básicos de la evaluación de medicamentos

(eficacia, seguridad, adecuación y coste). Entonces, ¿hacia dónde debiera ir orientado el nuevo proceso de humanización? Parece razonable que el beneficio del paciente sea el objetivo fundamental de todo proceso de humanización de la asistencia sanitaria, evidentemente.

El cuidado, como objeto social de la enfermería, ha destacado su progreso y actualmente se constituye como un proceso sistemático y sistémico con sustento en el método científico

particular de esa ciencia (Proceso de Atención de Enfermería) cuyo objetivo principal es la obtención del equilibrio de la persona desde la satisfacción de sus necesidades. Desde este análisis, el cuidado posee un componente esencial en las dimensiones humanas de personas y profesionales. Por tanto, el cuidado humanizado es la esencia fundamental de enfermería. Se encarga de: acompañamiento, escucha, brindar un trato digno basado en conocimientos científicos, éticos y morales para proporcionar un estado de confort y recuperación, desde una acción individual, personalizada e integral para centralizar el proceso salud-enfermedad desde la propia esencia del hombre como ser humano. Desde esta óptica, se fundamenta la relevancia del cuidado humanizado brindado a la mujer durante el parto al conllevar a la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales.

Los servicios de atención en salud requieren de acciones reales para lograr su humanización efectiva, para que ésta no se quede en el discurso y el papel y tenga un impacto claro en los pacientes. Son múltiples los casos de personas maltratadas en los diferentes niveles de atención en las instituciones de salud, lo cual se ha ido incorporando a los comportamientos usuales y se transmite de maestros a estudiantes, creando una imagen de los profesionales de la salud muy distante del ser humano considerado y cálido que debería ser. La terapia del humor es una estrategia que ha demostrado su utilidad en cambiar paradigmas alrededor del trato al paciente; utiliza “doctores clown” para derrumbar barreras comunicativas y afectivas y permitir que el paciente pueda canalizar a través del humor su frustración, sus miedos y en general, el estrés derivado de su enfermedad y todos los factores asociados a ella, como la hospitalización y los procedimientos diagnósticos.

La estrategia se basa en el uso de diversas técnicas artísticas para permitirle al paciente descubrir alternativas expresivas. Por eso sería importante que las escuelas de salud comprendieran la necesidad de insistir en la formación humanista de los estudiantes, promoviendo la formación artística y el conocimiento de las técnicas básicas de la terapia del humor para que puedan ser aplicadas por el profesional de la salud en la cotidianidad de la atención a los pacientes con el fin de alcanzar el trato humano y respetuoso que éstos se merecen.

Comprender a la persona más allá de la conformación biológica, requiere de un análisis y reflexión a la pregunta ¿qué significa ser persona? Esa inquietud parece ser evidente, no obstante, requiere de una actualización, considerando al momento de responderla un enfoque holístico, es decir, permitir la comprensión de la persona como un todo, donde se relacionan los siguientes aspectos: espiritual, psicológico, biológicos, sociales y naturales, para así, desarrollar una planificación acorde a las necesidades del usuario.

Contexto del acto del cuidado

Desde el inicio de la historia humana la *praxis* en medicina se ha relacionado y avanzado de forma asociada, relacionando esta práctica con la cura de enfermedades. Una de la característica destacada del curador en esos tiempos era la conducta moral ejemplar.

Las primeras figuras ancestrales y mística son los chamanes, quienes formaban parte de los pueblos originarios y son una representación asociada a la práctica médica. Estos sanadores eran los encargados de la salud en la comunidad y su imagen comprendía una ética estricta, razón por la cual los miembros de la tribu le asignaban el valor de respeto y confianza hacia él.

Años después en el período clásico se encuentra Higienia o Aesclepio, quienes eran los encargados de la protección de los enfermos. Para realizar su labor, existían intermediarios (sacerdotes- médicos), quienes efectuaban el diagnóstico, prescripción de tratamientos y muchas veces pócimas que entregaban para el logro de la recuperación de la salud.

Lo anterior, genera el surgimiento de la medicina definida como “el arte de curar”. Uno de los primeros exponentes, bajo este ámbito, fue Hipócrates, considerado el padre de la medicina, y quien transformó el arte de curar, en una ciencia experimental y objetiva. Dentro de sus múltiples legados, se encuentra el juramento Hipocrático, testigo y modelo aún vigente en la ética.

A fines de la edad media, Guillermo de Ockham (monje que presentaba como objetivo conocer la verdad) cansado de las frecuentes atribuciones mágicas con que se solía adornar la ciencia médica decidió proponer lo que siglos después se conocería como la “navaja de Ockham”. Su propuesta busca no atribuir cuestiones de índole metafísica a problemáticas de salud físicas, en la actualidad llamado síntomas y signos.

La evolución natural de la ciencia médica, debido a los avances científicos, en áreas como biología, química y microbiología, desencadenó paralelamente un cambio en la relación profesional-paciente y como este binomio se enfrenta a factores que provocan mecanismos y acciones que mantienen o mejoran la salud.

Desde la disciplina de Enfermería, Florence Nightingale, primera teorista precursora de la Enfermería moderna, define la profesión como: “La responsabilidad de velar por la salud de salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales”.

Proponiendo en este ámbito el arte del cuidado, donde la dinámica del cuidado requiere de la triada: usuario-ambiente, relación profesional- usuario y relación profesional- ambiente.

Con lo anterior, se enfoca el ejercicio de la enfermería al inicio del desarrollo científico - práctico.

Desde la mirada de Florence Nigthingale es relevante el contexto donde se deben generar los cuidados por parte del profesional de Enfermería, es decir, logra visualizar la influencia del ambiente, por tanto, identifica que los contextos no son únicos, pues responden, en mayor o menor nivel, a momentos políticos y estructurales de los países y sus sistemas sanitarios (7), directa o indirectamente ejercerán influencia en el estado de salud de la población.

Actualmente las necesidades de salud de la población se encuentran estructuradas bajo el sistema de salud de cada país, por lo cual, el funcionamiento se establece en relación al contexto político y social de dicha nación. Para el desarrollo transversal de criterios se desarrollan basándose en modelos y enfoques, los que enfatizan principalmente la entrega de directrices con foco concreto en el resguardo de elementos fundamentales, derechos de las personas, respeto a la dignidad humana, valor de la vida y comunicación.

Los diferentes sistemas de salud procuran entregar un cuidado de calidad en sus diferentes ámbitos: directo (cambios del estado de salud), indirecto (relacionado a los recursos), percibida (basado en la percepción del individuo y familia) y demostrada (basada en indicadores), medido en variados sistemas con el indicador satisfacción usuaria.

Ahora bien, la percepción de la relación entre profesional - usuario, presenta una evidente reducción del concepto y más aún, la reducción de la visión y significado del cuidado humanizado al que atribuyen, por lo general, términos como: atención digna, humanización como cuidado holístico, personalización del cuidado, atención empática e integral.

Naturaleza del cuidado

Para comenzar la revisión teórica es relevante el análisis de los atributos que componen el cuidado humanizado. Designaremos atributos a las propiedades fundamentales o íntimamente vinculadas que ésta presenta, según indicaba Aristóteles.

Parece oportuno profundizar desde el enfoque multidisciplinario, principalmente porque directa o indirectamente aportan al debate desde su especialidad. En este apartado se recopilan las visiones de áreas científicas y humanistas (biología, filosofía, bioética, enfermería y derecho).

Figura 28



Nota. Tomado [Fotografía],

<https://www.google.com/search?q=imagenes+de+examen+fisico+recien+nacido&tbm=isch&ved=2ahUKEwiQjoGR74uAAxWtXDABHSGFD90Q2-cCegQIABAA&oeq=imagenes+de+examen+fisico>

Primer atributo: El ser humano

Desde el área de la biología humana, el ser humano es considerado como un sistema complejo. Presenta características genéticas, conjugadas con la exposición con el medio ambiente, permite la adaptación y la evolución. Desde este enfoque no entrega una delimitación del concepto sino, un enfoque apuntando a responder quién es el ser humano.

Por su parte, la Real Academia Española (RAE) define persona como un “individuo de la especie humana”, una segunda definición presentada es “sujeto de derecho susceptible a ser titular derechos y de contraer obligaciones”. Por separado cada conceptualización limita el ser persona, la primera logra una mayor extensión del concepto, en cambio la segunda entrega una disminución de la cantidad de seres que podrían considerarse en esta categorización, porque para lograr ser sujeto de derecho debería presentar autoconciencia.

Según la RAE, humano se define como “Dicho de un ser, que tiene naturaleza de hombre (ser racional)”. Dicha conceptualización presenta una visión diferenciada basada en la capacidad de realizar juicios basados en el pensamiento y la razón, por tanto, disminuye la cantidad de seres que podrían ser estar bajo este concepto.

Para Tomás de Aquino, la persona es comprendida como “lo más perfecto que hay en toda la naturaleza, o sea, el ser subsistente en la naturaleza racional”. Esta característica de racionalidad, entrega la capacidad de ser responsables de sus actos, lo cual hace a este ser poseedor de dignidad inalienable y, por tanto, sujetos de deberes y derechos.

Un segundo aporte entregado por Tomás de Aquino se encuentra respecto al concepto de ley natural, definida desde las “características innatas o bien adquiridas culturalmente”, considerando en ella dos ámbitos: físico-biológico (basado en necesidades básicas para la supervivencia) y psíquico-espiritual (natural o invariable, mediado por la razón e inteligencia que permite tener autoconciencia). Para Aquino es relevante considerar, dentro de los atributos que otorga la personalidad en una persona natural o física, la capacidad jurídica puede marcar una diferencia en las personas que no presentan autoconciencia.

En la disciplina del derecho, con un enfoque en la bioética, encontramos a Andorno R quien, basado en Boecio, define a la persona como “el individuo perteneciente a una naturaleza racional”. Esta conceptualización se vuelve relevante en cuestiones que involucran a ambas corrientes, por un lado, identificar el ser persona con la necesaria característica de autoconciencia desencadena inevitablemente, pensar en una posible distinción con los individuos que aún no poseen tal característica o que ya la han perdido irremediablemente (embriones, fetos, recién nacidos, enfermos mentales graves, etc.). Por otra parte, existe una corriente que considera al elemento corporal como constitutivo del ser de la persona y define a ésta como individuo perteneciente a la naturaleza humana.

Por otra parte, es posible construirla desde la visión disciplinar de enfermería. Watson J, en su diseño filosófico y teórico del cuidado transpersonal, utiliza indistintamente ser humano, persona y personalidad, cuya definición es “una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza”.

Marx K. (1818 – 1883) reflexiona sobre la humanidad, planteado lo siguiente: “ser rico en humanidad, consiste en restituir la plena dignidad y la igualdad de derechos a cualquier persona que se vea en dificultades y no pueda participar plenamente en la vida social, política y cultural”. Esta idea, plasma la importancia del respeto a la dimensión ética de la práctica de salud, con base en el ejercicio de la relación entre enfermera- sujeto del cuidado, lo cual permite convivir con otros y ser para los demás como parte del ser social.

En la búsqueda de responder qué es el sujeto del cuidado, las definiciones entregan características con foco en quién es, permitiendo ampliar la extensión del concepto, aumentando el número de personas. Según Acuña L, el ser humano, en primer lugar, presenta una dualidad alma-cuerpo (espíritu encarnado), en segundo lugar, presenta una capacidad espiritual racional, con voluntad, sentimientos y libertad), capacidad racional (razón e inteligencia) y ser sociable (capacidad de vivir con el otro, comunicarse). Por otro lado, desde la mirada de Watson J. considera la triada cuerpo, mente y alma, como una unidad, el cual se ve influido con energía y naturaleza.

Segundo atributo: Relación profesional - usuario

Dentro del contexto del área salud, comprender a la persona nos invita a reflexionar sobre la relación profesional - usuario, como atributos básicos en la naturaleza del cuidado humanizado. Desde el punto de vista de la ética profesional, es relevante indicar que Tomás de Aquino es quien entrega una contextualización relevante para las ciencias de la vida, indicando que trabajar “permite tender hacia el propio perfeccionamiento, obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y contribuir a la creciente humanización del mundo y sus estructuras”.

Por lo cual, se introduce un concepto nuevo a comprender en la naturaleza del cuidado: deshumanización. Si bien, el significado de este concepto es ampliamente utilizado, durante estos últimos años, uno de los autores que ha estudiado y aportado a la discusión, desde la disciplina de la teología es Bermejo J. quien lo define como: “un proceso mediante el cual una persona o un grupo pierden o son despojados de sus características humanas”. El análisis de lo expuesto se entiende en primera instancia, como quitar u omitir una, varias o todas las capacidades que presenta un ser humano: la dual (cuerpo- alma), espiritual, racional y la de ser sociable. Una segunda reflexión apunta al valor que posiblemente también es despojado, la dignidad. Antes la característica que presenta es ser inherente a todas las personas, por tanto, no acepta gradualidad. Y una tercera reflexión se enfoca a los derechos y deberes, que van en directa relación al valor de la dignidad.

No obstante, la disciplina de la Enfermería, considerada por la autora Watson J., como la ciencia del cuidado, señala sobre la deshumanización lo siguiente: “Es la fragmentación o quiebre de la metodología que ha llevado a la ciencia del cuidado a desencadenar acciones que involucran el conocimiento de las necesidades del otro y el abordaje integral y continuo, que permitirán la correcta adaptación de la persona en el ambiente en donde reside”.

Tercer atributo: El acto del cuidado

La reflexión de ambas conceptualizaciones invita a entender la responsabilidad que acompaña generar el cuidado a un otro, el cual es mediado por un tercer atributo, el acto del cuidado. En el siglo XXI, se presenta una subjetividad en la práctica versus lo teórico. El porqué, posiblemente se produce por el decaimiento paulatino presentado en el sistema de salud en general, sobre la naturaleza de la persona, desde una mirada bidireccional profesional - sujeto del cuidado. La importancia de producir esta acción permite el enfoque de la naturaleza del acto del cuidado que en este caso representa el fin.

Desde la disciplina teológica el autor Bermejo J., director del centro de Humanización de la Salud, se encamina en la búsqueda de respuestas para abordar y reflexionar sobre esta temática, en su texto titulado: “humanizar la asistencia sanitaria”, expone la problemática y

errónea tendencia que pretende equiparar la humanización del cuidado con sinónimos que estructuran y minimizan el acto del cuidado en palabras como: trato digno, acogedor y empático en las relaciones asistenciales.

Una interpretación del acto de cuidar, la realiza el filósofo alemán Heidegger M. (1889 – 1976), citado por Humberto G. en su texto “la metafísica eres tú”, se centra en el acto de cuidar como parte de la esencia del ser humano, por lo cual, la forma de desarrollo de tal acto presentaría directa relación en la calidad de vida y la libertad.

Desde la disciplina de la Enfermería, Watson J., indica que la realización del acto del cuidado requiere de “una llamada seria al esfuerzo moral, ético, epistemológico, ontológico, filosófico y práctico”, para lograr que la ciencia del cuidado se presente como sustento fundamental del cuidado humanizado. Llamado que desde una forma clara conduce a no olvidar los valores que debe presentar el acto humano: la voluntad y razón (conocimiento), mediado por la libertad, otorgando por tanto una dimensión ética.

Para extender el concepto, se utilizará la búsqueda de características que permitan la comprensión del tercer atributo, por lo cual el acto del cuidado debe presentar: relación profesional - sujeto del cuidado (la que requiere comprender la arista descriptiva de la persona, y una prescriptiva con foco en el trato de este ser), estable (debe residir en la persona), continuo en el tiempo, adaptable (según necesidad de la persona), y a su vez, incorporar el sentido de la trascendencia de la condición humana, es decir, es el otro sujeto del cuidado quien da el sentido de un "yo", entendido como un acto recíproco en donde ambos realizan un intercambio produciéndose correspondencia o beneficio mutuo en la relación.

Cabe destacar, que el acto del cuidado debe sustentarse bajo la premisa de la responsabilidad social e individual, en donde cada uno se hace responsable y, el profesional sanitario actúa como un mediador para alcanzar la mantención o mejora del estado de salud. Tal interacción en ocasiones puede ser percibida como vacía o no perceptible, llevando a la no existencia de una relación sino más bien de entrega de procedimiento lo que se conoce como atención.

La segunda característica, señalada para la relación profesional - sujeto del cuidado, es desencadenada por la necesidad del conocimiento pleno de la arista descriptiva de la persona y la prescriptiva. La cual requiere desarrollo de los saberes: saber ser, conjugado con el saber (cognitivo), el práctico (saber- hacer) y el saber estar. El logro a cabalidad de esta característica permitiría el abordaje del plan de cuidados de forma consensuada por parte del binomio.

Cuarto atributo: La comunicación

El cuarto atributo en el cuidado humanizado es la comunicación. Desde la perspectiva multidisciplinar, es explicado por el filósofo chileno Giannini H. (1927 – 2014) en su texto “La Metafísica eres tú”, donde además de señalar que la comunicación es un atributo del ser humano refiere que “sólo comunicándonos es cuando alcanzamos una cercanía real”. Por tanto, se convierte en un atributo indispensable de la naturaleza del cuidado.

En este sentido, según Salas JM. et al, se requiere percibir la comunicación con “un sentido ontológico moral, es decir, la comunicación plantea la manera de ser de los hombres en el mundo” Frente esta premisa, se puede reconocer una evolución en el tiempo, pasando de la transmisión de información con fines persuasivos a una forma de lograr que las personas lideren sus decisiones de hacer o de generación de razonamientos para el hacer.

Habermas J. (1929) introduce la Teoría de la acción comunicativa. Esta reflexión busca comprender la acción comunicativa desde un mundo subjetivo, en la cual necesitando se vuelven necesarias las experiencias, a partir de las cuales se establecen entre los humanos relaciones intersubjetivas mediante el lenguaje y los símbolos. Desde lo indicado por el autor, existirían factores que podrían influenciar la percepción de la relación entre los seres humanos, siendo relevante por tanto contemplarlos al momento de analizar el cuidado humanizado.

Esta intersubjetividad mediada por las vivencias y los factores que pueden influir pueden desencadenar como explica el autor Gafo (1994), de Bermejo J., “la deshumanización se encuentra determinada por la conversión del usuario en un objeto, cosificado, descuidando la dimensión emocional y valórica”. Por lo cual, el ejercicio de la Enfermería requiere integración de saberes y prácticas, además de la comprensión del impacto que puede desencadenar la acción comunicativa como herramienta facilitadora y articuladora de cambio.

La comprensión de la comunicación en términos filosóficos explica Giannini H., se entiende en los siguientes términos: “Un acto que necesita a personas para llevarse a cabo, comunicar es comunicarse con otro una acción propia y primariamente humana que ocurre entre dos sujetos” Entonces, generar una actividad que presente la combinación del acto de cuidar y la comunicación desencadenaría el cuidado humanizado.

Al optar por una mirada integradora el enfoque social y holístico, según lo indicado por Gusella y Ward, (en una evaluación efectuada sobre la percepción y satisfacción de un grupo de adolescentes) existen cinco necesidades básicas que deben estar presentes en el acto del cuidado: privacidad, acompañamiento y visitas, actividad y movilidad, independencia y continuidad educativa. Pero se requiere comprender la necesidad de orientar los procesos del

cuidado de la mano del acto de comunicar en forma constante, para lograr los objetivos propuestos y la adaptación al ambiente de los individuos que conforman la comunidad.

Quinto atributo: Paradigma Holístico

Un quinto atributo, presentado en la naturaleza del cuidado humanizado es el paradigma holístico. Las primeras evidencias documentadas, según Graham citada por Vega P, fueron realizadas por la primera escuela hipocrática de medicina; la visión presentada se basa en la integración de las fuerzas de la naturaleza en el cuidado de la persona. El objetivo es que éstas generen condiciones favorables para la recuperación y sanación, producto del equilibrio energético alcanzado.

El análisis de sus raíces griegas identifica *olos*, que presenta como significado todo. Por lo cual, si reflexionamos sobre este enfoque desde sus diferentes abordajes culturales como en la filosofía oriental se presenta centrada en la persona como un ser energético, en donde las diferentes interacciones con elementos producen intercambios energéticos. La gran diferencia con el concepto integral, se produce principalmente la visión que presenta de la persona, cuando hablamos de un enfoque integral apuntamos a una persona conformada por la suma de sus partes

Sin duda, la visualización del otro como ser humano propone un cambio del ejercicio en el sector salud, con foco en una real visión de un todo. Siendo fundamental el abordaje multidisciplinar en la práctica, no siendo requerimiento la generación de normas o protocolos para el ejercicio de características inherentes del ser humano como por ejemplo la acción de comunicar y el cuidado al otro, con orientación al bien

La atención humanizada se podría definir como la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia de calidad centrada en el individuo.

En enfermería es el acto de cuidar al individuo, la familia y la comunidad a partir del reconocimiento del otro como igual a mí, en cuanto a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud, de cuidado y de sus respuestas a esas necesidades, asistiéndolo a partir del respeto por los imperativos éticos en aquellas en las que se encuentre deficitario, promoviendo dentro de las posibilidades la recuperación pronta de su autocuidado.

Esto exige al personal de enfermería un comportamiento práctico moral. Considerando esa definición, el cuidado personalizado de los usuarios es la esencia de la profesión de enfermería, en la teoría del cuidado humano de Jean Watson, la actividad de cuidar es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad del otro.

Solo cuando eres paciente logras comprender lo que es la humanización del cuidado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ocampo SH. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Red Latinoam Pediatría y Neonatol [Internet]. 2020;1(5):5–10. Disponible en:
<https://relaped.com/wp-content/uploads/2020/11/Sarahi-Ocampo-Cuidados-generales-de-enfermeria-en-el-RN-en-UCI-Neonatal.pdf>
- López FWC. Manual de enfermería en neonatología. Rev Cuba Educ Medica Super. 2009;22(1).
- Mujer PNS de la. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Año 2013 [Internet]. Ministerio de salud. 2013. 20–22 p. Disponible en:
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/PROCEDIMIENTOSPARALAATENCIONDELRECIENACIDOFINAL02022014(1).pdf)
- Raffa RB, Rawls SM, Portyansky B. E. Netter Farmacología Ilustrada. 2008. p. 64–5.
- Baltazar Téllez RM, Guevara Cabrera RM. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. Farmacología en el tratamiento del recién nacido. 2022.
- Hernández MC, Abizanda SS. Docencia y Acreditación en Neonatología.
- Niños H De, María S, Plata L. Trastornos hemorrágicos en el recién nacido. 2016;67–71.
- Cárdenas Estrella SJ, Torres Celi AJ, Medina Suescun CJ, Quezada Cevallos AK. Las enfermedades hematológicas en pediatría. Una revisión. Reciamuc. 2023;7(1):40–51.
- Lemus-Varela M de L. Manual Practico para toma de decisiones en la Hematología Neonatal. 2011. 1–152 p.
- ASESOR : 2022;0–2.
- Soler Noda G, Romero Díaz Y, Forrellat Barrios M, Bencomo Hernández A. Conocimientos actuales sobre la patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y manejo de la trombocitopenia neonatal aloinmune. Rev Cuba pediatr. 2019;91(3):1–18.
- Sabella C, Cunningham IIRJ. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación [Internet]. The Cleveland Clinic. Pediatría. Revisión Integral para la Certificación. 2018. 1381 p. Disponible en:
<https://www.proquest.com/books/cleveland-clinic-pediatría-revisión-integral-para/docview/2447985891/se-2?accountid=45394>
- Diagnóstico y tratamiento del recién nacido 7.
- Apl A, Constitucional S. Valores hematológicos normales. 2023;
- Ledesma-Ramírez S. Hepatitis neonatal idiopática. Rev Mex Pediatr. 2016;83(6):208–14.

- Ñacari Vera Miguel. Prevalencia de ictericia neonatal y factores asociados en recién nacidos a término. *Rev Médica Panacea*. 2019;7(2):63–8.
- Mora M, Enriquez L. Manual de Procedimientos de Enfermería en gastrostomía. Caja Costarricense de Seguro Soc [Internet]. 2017;1(55):1–492. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenfermeria.pdf>
- Rebar C, Gersch C, Heimgartner NM, Rebar CR. Colección Lippincott Enfermería un enfoque práctico y conciso: Farmacología [Internet]. 2017. Disponible en: <https://ovid.es.ovid.com/results/mendeleycallback?token=ui.export.mendeley.bca35854-5a90-4a0c-805d-543292e3e0d3&returnUrl=/discover/result?logSearchID=96149260&pubid=1070-ovid-esp%3AB02097355-C5>
- Eichewald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR, Araiza Martínez ME, Cotera GE, et al. Cloherty and Stark's manual de neonatología/ manual neonatology. Wolters Kluwer. 2017. 323–324 p.
- Abordaje Desde Ecuador U, Almeida Verónica Q, Lozada S, Lourdes L, Sailema M, María R, et al. Generalidades de la Unidad de Cuidados Intensivos en Enfermería López Pérez Grace Pamela [Internet]. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7607817>
- Barea J. Tratamiento Inicial Del Síndrome De Distrés Respiratorio Agudo En Los Servicios De Urgencias Para Enfermería. *Enferm urgencias*. 2016;15(2):1–23.
- Casaux-Huertas A, Cabrejos-Castillo JE, Pascual-Aragón N, Moreda-Díaz-Pavón M, Carrera-Rodríguez EM, Hernán-Gascuña D. Impacto de la aplicación de medidas de humanización en unidades de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2021;24(3):279–93.
- Rodríguez M, Pizarro-Torres Solicitud de sobretiros D, Pizarro Torres D, Roma Saba Sur U, José S, Rica C. Temas pediátricos. Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base más frecuentes en el paciente con diarrea. *Man Nefrol 2da ed Madrid Elsevier* [Internet]. 2002;57(62):8–10. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Trastornos+del+calcio,+el+fósforo+y+el+magnesio#0>
- Sánchez Naranjo JC. Humanización de la atención en salud, arte y terapia del humor. *Rev Médica Risaralda*, ISSN-e 0122-0667, Vol 19, No 2, 2013. 2013;19(2):1.
- Fernandez JL. Manual De Administración De Medicamentos. Gerenc del Área Salud Badajoz [Internet]. 2019;1–205. Disponible en:

https://www.areasaludbadajoz.com/Farmacia/Documentos/Protocolos/MANUAL_DE_ADMINISTRACION_DE_MEDICAMENTOS__25_Nov_2004.pdf

Saputri IA. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する 共分散構造分析Title. Rev CENIC Ciencias Biológicas [Internet]. 2016;152(3):28. Disponible en: file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf%0Ahttp://salud.tabasco.gob.mx/content/revista%0Ahttp://www.revistaalad.com/pdfs/Guias_ALAD_11_Nov_2013.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.15446/revfaced.v66n3.60060.%0Ahttp://www.cenetec.

Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad En Enfermería Su Gestión , Implementación y Medición Quality in Nursing Management , Implementation and Measurement. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(3):278–87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.008%0Afile:///C:/Users/HP/Downloads/document.pdf>

Gutierrez J et al. Neonatologia_2019_Con_Forros.Pdf [Internet]. 2019. p. 17–378. Disponible en:

https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf

Fernández-Silva CA, Mansilla-Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antiñirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería Cuid Humaniz. 2022;11(1):e2635.

Moreno M AA. Aplicación del Modelo de Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichan [Internet]. 2009;9(1):62–72. Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/170/>

Borges-Damas L, Machado-Sanchez R, Peñalver-Sinclaiy A, Portales-González A, Sixto-Perez A. Percepción de mujeres sobre el cuidado humanizado de enfermería durante la atención en el parto. Rev Cubana Enferm. 2021;37(2):1–20.

Salud IN de. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología. 2012;1(1):44–5.

Valentín Rodríguez A. Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos TT - Congenital heart disease in pediatric age, clinical and epidemiological aspects. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018;40(4):1083–99. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme150418.pdf

- Valverde Molina, I. (2017). *Enfermería pediátrica* (2a. ed.). Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/uta/39761?page=1>. 2017;
- Cabrera-bravo N, Basante-castro Y, Jurado D, Medicina P De. Sentimientos que experimentan los padres en el difícil camino de la hospitalización de sus hijos prematuros . Un aporte al cuidado humanizado Introducción Materiales y métodos. 2016;17–25.
- NNN Consult. Manual de uso Taxonomías NANDA , NOC , NIC Planes de Cuidados. Elsevier [Internet]. 2015;1–84. Disponible en: https://biblioteca.ucm.es/data/cont/media/www/pag-21364/Guia_NNN_Consult_Planes.pdf
- López Cocotle JJ, Silva Ramos MF, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Vol. 20, Horizonte Sanitario. 2021.
- Campistol J. Enfermedades metabólicas en el periodo neonatal con presentación neurológica. Medicina (B Aires). 2007;67(6 I):561–8.
- Rowensztein H. Manejo De Las Alteraciones De La Homeostasis Del Sodio. Hosp Pediatr Juan P Garrahan. 2014;1–28.
- Hidalgo Mares B, Altamira Camacho R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual en Costa Rica. 2020;2118(40).
- Aguilar Marín DM, Díaz Agudelo N, García Trujillo K, Vargas Ceballos JL. Pasantía institucional en el programa de consejería integral en lactancia materna (CILAM). 2020 [citado 28 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/18807>
- Fundación Index. Index de enfermería. Fundación Index; De GDEP. ENFERMERÍA.
- Corrêa I; GD. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. Invest y Educ en Enfermería. 2009;XXVII(1):46–53.
- Lynda Juall Carpenito RN. Índice De Diagnósticos Enfermeros [Internet]. Disponible en: <https://tdnet-fulltext.s3.amazonaws.com/ovidespanol/9788415684053.pdf?AWSAccessKeyId=ASI-AZ7NZIWN3PJ2KMHMZ&Expires=1657292580&x-amz-security-token=IQoJb3JpZ2luX2VjEMf%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2F%2FwEaCXVzLVVhc3QtMSJHMEUCIEkA4sRzNpINi4%2F04pw5WkVizZgNVcKSFKZ>

- Martín DS, Valenzuela S, Huaiquian J, Luengo L. Dolor del recién nacido expuesto a procedimientos de enfermería en la unidad de neonatología de un hospital clínico chileno. *Enferm Glob*. 2017;16(4):1–12.
- Yáñez Flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería TT - Ética do cuidado e cuidado de enfermagem TT - Ethics of Care and Nursing Care. *Enferm*. 2021;10(1):3–17.
- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy Tulcan SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Pers y Bioética*. 2019;23(2):245–62.
- Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Rev clín med fam*. 2017;10(1):29–38.
- Franco A. Humanization of Care in the Intermediate Therapy Unit of the Pneumology service. *Rev Cuad Hosp Clin*. 2020;61(1):20–32.
- Oviedo AD, Delgado IAV, Licon JFM. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):1–7.
- Gil-Sierra MD, del Pilar Briceño-Casado M, López-Briz E. Patient benefit as a goal of humanization. *Farm Hosp*. 2022;46(6):367–71.
- Riveros CC. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuid Humaniz*. 2020;9(1):21–32.

Octubre 2023 - CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright © - CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright del texto © 2023 de Autores

Formato: PDF

Tamaño: A4 210 x 297 mm

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acceso: World Wide Web

biblioteca.ciencialatina.org

editorial@ciencialatina.org

Atención por WhatsApp al +52 22 2690 3834



ISBN: 978-99989-64-85-3



9 789998 964853