

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A RECIÉN NACIDOS CON  
DESHIDRATACIÓN EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL  
HOSPITAL II DE HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO. 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
NEONATOLOGÍA**

**MARÍA DEL CARMEN LEON FEBRES**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**





## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, que es el centro de mi vida; a mis padres porque son mi mejor ejemplo; a mis hermanos por su gran apoyo; a mis hijos, ellos son mi mayor motivo para seguir superándome y a GABRIELITO, mi ángel

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida de nuestros padres, también porque cada día bendice nuestras vidas con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que nos aman, y las que más amamos.

A mis amados padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en nosotros y en nuestras expectativas.

Al personal del Área de Neonatología, por su enorme paciencia, dedicación, enseñanza y por su motivación continua y ser ejemplo a seguir a lo largo de la elaboración de este trabajo

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

## ÍNDICE

INTRODUCCION.....	3
CAPÍTULO I .....	6
<b>1. Planteamiento del Problema</b> .....	6
<b>1.1 Descripción de la Situación Problemática</b> .....	6
CAPÍTULO II .....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
<b>2.1 Antecedentes</b> .....	8
<b>2.1.1 Antecedentes Internacionales</b> .....	8
<b>2.1.2 A nivel nacional:</b> .....	15
<b>2.2 Base conceptual:</b> .....	21
CAPÍTULO III .....	33
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	33
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA.....	33
<b>3.1 VALORACIÓN</b> .....	33
<b>3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN</b> .....	33
<b>3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA</b> .....	33
<b>3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL</b> .....	34
<b>3.1.4 ANTECEDENTES</b> .....	34
<b>3.1.5 EXAMEN FISICO</b> .....	35
<b>3.1.6 EXAMENES AUXILIARES</b> .....	35
<b>3.1.7 DIAGNOSTICO MÉDICO</b> .....	36
<b>3.1.8 TRATAMIENTO MÉDICO</b> .....	36

<b>3.3 PLANIFICACION.....</b>	<b>37</b>
<b>3.6 VALORACIÓN POR DOMINIOS Y CLASES .....</b>	<b>38</b>
CONCLUSIONES .....	48
RECOMENDACIONES .....	49
BIBLIOGRAFIA .....	50
ANEXOS .....	56

## INTRODUCCIÓN

La deshidratación va incrementando su incidencia en los reportes de la literatura mundial. Sus consecuencias, de no ser intervenidas adecuadamente, pueden interferir en la calidad de vida de los neonatos que la presenten, ya que puede condicionar alteraciones neurológicas y por ende secuelas a largo plazo.

La deshidratación es una condición potencialmente letal ocasionada predominantemente por una pérdida de agua extracelular que ocasiona edema cerebral, hemorragia intracraneal, hidrocefalia (1).

En todos los recién nacidos se produce una pérdida fisiológica de peso en los primeros días tras el nacimiento, asumiendo dentro de la normalidad una pérdida de peso de hasta un 10 % de su peso respecto al nacimiento durante las primeras semanas de vida. Pese a ello, la tendencia actual es de aumentar la vigilancia en aquellos niños que pierden  $> 7$  % del peso respecto al nacimiento, para realizar así un despistaje de problemas asociados sobre todo a la alimentación, y mayoritariamente a una lactancia materna ineficaz. En general la máxima pérdida de peso del recién nacido se produce en el día 3-4 post-parto en los partos por vía vaginal, y alrededor de los 4-5 post-parto en las cesáreas; de forma que, en la mayoría de maternidades, el momento del alta es anterior al momento en el que la pérdida de peso es máxima, quedando muchos niños sin seguimiento en el momento crítico en el que con más frecuencia se produce la deshidratación (2).

En los últimos años se ha descrito la aparición de deshidratación hipernatrémica en neonatos alimentada con lactancia materna exclusiva. Se consideraba que una alimentación inefectiva era una causa rara; sin embargo, existen reportes aislados de 1979 a 1989, y es a partir de 1990 que se empieza a describir este cuadro, fundamentalmente en países desarrollados que, por otra parte, tienen elevados índices de lactancia materna; a pesar de esto, no se cuenta con amplia información disponible acerca del tema. (3)

La incidencia real de deshidratación es difícil de conocer, debido a las diferencias culturales, metodológicas y de objetivos planteadas en los distintos estudios, lo que conlleva que los resultados obtenidos son variables y en muchas ocasiones no comparables. Aunque lo que sí es bien conocido y así consta en la bibliografía consultada, es que la incidencia está aumentando desde que la lactancia materna exclusiva se ha implementado como la forma predominante de alimentación de los recién nacidos; por lo que muchos artículos defienden que un mayor control y apoyo a las madres que proporcionan lactancia materna podría disminuir los casos de deshidratación. La incidencia de ésta patología obtenida en las distintas series varía desde 0,4 a 15 casos cada 1000 nacidos vivos (4).

El presente trabajo académico titulado: "Cuidados de Enfermería del recién nacido con deshidratación, Hospital EsSalud, Ayacucho 2020", tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería del recién nacido con diagnóstico de deshidratación, atendido en el Servicio de Neonatología,

dirigidos a evitar las complicaciones, así como brindar hidratación neonatal básica, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos y mejorar la salud del neonato.

El presente trabajo, se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del servicio de Neonatología del Hospital EsSalud de la ciudad de Ayacucho, servicio que brinda atención a los recién nacidos y que permite valorar e identificar a un neonato con deshidratación, patología que continúa siendo un problema frecuente en esta población.

La finalidad del presente estudio es disminuir la incidencia de reingresos por deshidratación a través del inicio precoz de la lactancia materna y la educación continua, personalizada a las madres durante su hospitalización, generando confianza y seguridad entre ellas y el personal de salud.

## CAPÍTULO I

### 1. Planteamiento del Problema

#### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

La deshidratación es un trastorno hidroelectrolítico frecuente y precoz que se presenta cuando el recién nacido no succiona adecuadamente o su madre no logra establecer una lactancia materna eficaz. La evidencia actual sugiere que la causa más común es el bajo volumen de leche ingerido. Esta patología puede representar el extremo del espectro del deterioro clínico de la situación debido además a la falla en la detección signos de alerta por parte de los padres y personal de salud.

Se considera hipernatremia cuando la concentración sérica de sodio es mayor a 150 mmol/L pero una cifra 145 mmol/L ya debe llamar la atención.

Se ha descrito que favorecen la aparición de dicho padecimiento una administración inapropiada de la alimentación a los neonatos –como es una fórmula concentrada o falla en la lactancia materna, ya sea por la técnica alimentaria o por falla en la lactogénesis–, la edad gestacional pequeña o el bajo peso al nacer, madre primigesta, o que las madres no identifiquen los signos de deshidratación de forma temprana (4).

La incidencia real de la deshidratación hipernatrémica en la lactancia materna exclusiva es difícil de conocer; se reporta entre 1.7 hasta 5 x 1,000 recién nacidos vivos (4).

Las manifestaciones de la deshidratación hipernatrémica son la pérdida de peso, fiebre, ictericia, irritabilidad, oliguria. La deshidratación hipernatrémica se presenta alrededor del décimo de vida, con un rango establecido en la literatura de 3 a 21 días, aunque algunos estudios reportan su presencia desde el día 2; el rango de pérdida de peso informado se encuentra entre 5 a 30%, existe una relación directa entre hipernatremia y pérdida de peso (2).

En el servicio de Neonatología del Hospital EsSalud de la ciudad de Ayacucho, la enfermera mantiene una relación con la madre y el recién nacido desde el momento de su nacimiento, asumiendo la responsabilidad de facilitar la adaptación de los padres al recién nacido y de éstos a la nueva situación. El departamento de enfermería establece su atención basados a las Normas Técnicas, guías y protocolos de enfermería el cual permite dar al paciente pediátrico una atención oportuna de calidad y calidez y cuidado humanizado, muchas veces el usuario no alcanza la satisfacción en un 100% ya que existen limitaciones y carencias del Hospital ya sean dentro de las debilidades y amenazas de la institución.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**Zambrano (10)**, realizó la tesis titulada “nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido con deshidratación en la Parroquia Tabiazo Ecuador 2018”. Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre los cuidados del recién nacido deshidratación en la parroquia Tabiazo. Metodología: El tipo de estudio que se realizó en la investigación es cuantitativo, con un diseño descriptivo y de corte transversal aplicando la técnica de encuesta. La población está constituida de acuerdo al subcentro de Tabiazo por 80 mujeres que se hacían atender en su periodo de gestación, muestra que fue probabilística aleatoria simple aplicando la formula, dando como resultado 67 mujeres que se trabajó y cumplieron el criterio de inclusión y exclusión requerido. Resultados: el nivel de conocimientos de las madres es medio. El grupo etario que prevaleció es de 21 a 31 años. En cuanto a lo socioeconómico la economía de los hogares es menor de \$300 de acuerdo con la ocupación son amas de casa y su nivel de instrucción primaria. Conclusión: Se concluyó que las madres necesitan ser orientadas, educadas y guiadas sobre los cuidados

en casa y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser y que pueden alcanzar ampliar 19 conocimientos sobre el tema (5).

**Santiana (11)**, realizó la tesis titulada “Cuidado del recién nacido con Deshidratación del Hospital Delfina Torres de Concha Ecuador, período 2016-2017”. Objetivo: determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido con deshidratación. Metodología: La investigación fue observacional, descriptiva, transversal, con un enfoque cuantitativo no experimental, como herramienta de recolección de datos; En una encuesta de opción múltiple de 40 ítems, aplicada a 40 madres adolescentes en el hospital, los datos fueron procesados, analizados y Tabulado en Microsoft Excel para su posterior análisis. Resultados: en términos de conocimiento, se ha demostrado que el 50% tiene un nivel promedio, debido a la falta de información, por lo que durante la práctica, las madres adolescentes no realizan el neonatal Con respecto a la actitud, demostró que era positivo al crear un ambiente de amor, confianza, paciencia, caricias, ternura, sonrisas y seguridad. Conclusión: las madres adolescentes tenían un conocimiento promedio de nutrición, eliminación vesico-intestinal, termorregulación, sueño y estimulación temprana, en comparación con una proporción significativa del grupo de estudio que no conocía higiene, señales de advertencia, vacunas y una minoría consciente del cuidado en la prevención de accidentes y

vestimenta. Las madres adolescentes han mostrado una actitud positiva hacia el cuidado del recién nacido, expresando una respuesta emocional y positiva a través de actos tales como paciencia, confianza, caricias, sonrisas, amor, ternura, teniendo en cuenta que el apoyo de la pareja para la atención no existe por completo del recién nacido. Durante la práctica, las madres adolescentes no realizan correctamente las actividades necesarias en el cuidado del recién nacido debido a la falta de conocimiento (6).

**Tucanes (12)**, realizó la tesis titulada “Prácticas en el cuidado del recién nacido con deshidratación en madres primerizas, Hospital San Luis de Otavalo Ecuador 2017”. Objetivo: evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres primerizas en relación al cuidado del recién nacido con deshidratación. Metodología: investigación descriptiva transversal con enfoque cualitativo; Para quienes se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas y una encuesta para determinar las características sociodemográficas, 20 mujeres participaron en la investigación. Resultados: Según el conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con deshidratación, la información proporcionada por las madres es que la gran mayoría era superficial, con algunas excepciones, especialmente entre las pocas mujeres que informaron haber comenzado o comenzado su educación superior.

Acerca de la actitud: la maternidad puede promocionarse como una de las mayores bendiciones, especialmente para el primer hijo. Como resultado, muchas de las actitudes y comportamientos de los más jóvenes afectan de alguna manera la forma en que se realiza el cuidado del recién nacido. Todas las participaciones fueron significativas, y quizás en los casos particulares de este trabajo, una actitud diferente es evidente en las adolescentes, tal vez influenciada por la edad, ya que trabajó con mujeres de diferentes edades; En resumen, podríamos decir que las madres cuya edad se acercaba al paréntesis superior (edad promedio 19) tenían más probabilidades de hablar sobre el tema que las mujeres en el grupo de edad más baja (edad promedio de 14 a 17 años). Sobre la práctica del cuidado del recién nacido Una de las preguntas más comunes con respecto a las prácticas de cuidado del recién nacido fue la preparación para cubrir el "baño diario", el "cambio de pañales" y la "limpieza del ombligo". Por otro lado, la lactancia materna también debe incluirse, siendo estas acciones las acciones más diarias y repetitivas en el cuidado del recién nacido, la pregunta que se hace es: ¿cómo haría estas rutinas? obtuve respuestas como; el más común "No sé" razonado por "pero aprenderé, porque alguien más me ayudará". Conclusión: en términos generales, las madres del primer tratamiento describieron un nivel aceptable de conocimiento, se discute cierta confusión e

ignorancia durante las siguientes actuaciones: baño, limpieza del ombligo y lactancia. Esto muestra una buena actitud por parte del grupo de estudio. 21 Sin embargo, algunas actitudes que pueden afectar el cuidado del recién nacido se identifican de la siguiente manera: creencias practicadas por una determinada cultura (7).

**Bermeo y Crespo (13)**, realizó la tesis titulada “Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas que alumbran en el hospital regional Vicente Corral Moscoso Ecuador 2015”. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes primíparas que alumbran en el “Hospital Regional Vicente Corral Moscoso” sobre el cuidado del recién nacido. Metodología: se realizó un estudio descriptivo transversal. Entre mayo y noviembre de 2015, trabajamos con 177 madres adolescentes nacidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso, se aplicó un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido; La información obtenida se compiló en el programa SPSS 15 en español y se presentó en tablas y gráficos preparados en Excel 2010. Resultados: en términos de conocimiento de la estimulación temprana de madres adolescentes, el 94.63% sabe cómo estimular el nuevo El 82.91% de las madres adolescentes tienen un buen conocimiento de la zona táctil, el 75.93% de la zona visual y el

47.46% de la zona auditiva tienen el menor conocimiento de estimulación en el hogar. Este grupo de madres. El 84.93% tiene conocimiento sobre la alimentación del recién nacido, el 82.86% sobre ropa, el 78.42% conoce áreas específicas. El 71.98% de la región perineal y el 70.24% conocen el baño del bebé, pero el 75.33% no conoce el sueño del recién nacido, el 42.37% de la eliminación intestinal y la vejiga. 36.30% en cuidado del cordón umbilical, 32.77% en termorregulación. Con respecto a la atención física brindada a los bebés de madres adolescentes, se puede observar que el 50.30% de las madres adolescentes tienen un nivel promedio, el 29.94% pertenecen a un nivel alto y el porcentaje más bajo es 19.77% es un nivel bajo. En el nivel de conocimiento sobre las señales de advertencia en recién nacidos de madres adolescentes, el 22.44.63% de las madres adolescentes tiene un nivel alto, pero de ninguna manera el 40.11% pertenece a un nivel promedio y El porcentaje más bajo 14.68% corresponde a un nivel bajo. Con respecto al nivel de conciencia de la estimulación temprana en recién nacidos de madres adolescentes, el 53.10% de las madres adolescentes tiene un nivel promedio, el 24.30% pertenece a un nivel alto y presenta el porcentaje el 22 más bajo, 60% corresponde a un nivel bajo. Conclusión: Se determinó un nivel promedio de conocimiento de las madres adolescentes en dos áreas evaluadas: estimulación temprana del recién nacido

(53.10%), cuidado del recién nacido (50.30%) y con (40.11%) Tiene un alto nivel en el campo de las señales de alarma (8).

**Pelleboer RA (2015-2016).** En un estudio multicéntrico realizado en varios hospitales holandeses entre los años 20015-2016, incluyen 158 casos de deshidratación, con una incidencia de 0.5/1000 nacidos vivos. Neifert4 cita en su trabajo otro estudio realizado en Zurich, que incluye 66 casos de deshidratación hipernatrémica con una incidencia de 6/1000 nacidos vivos (los casos aumentarían a 15/1000 si consideran hipernatremia a partir de 145 mmol/L). - La incidencia de deshidratación hipernatrémica más elevada que hemos encontrado en la bibliografía es, en un estudio realizado en Bogotá (Colombia) entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007, en el que observan una incidencia de 15/1000 nacidos vivos (9).

**Tjora (2015).** Realizaron un estudio retrospectivo en un hospital londinense, Haukeland University Hospital, en el periodo comprendido entre 2002-2008, en el que objetivan una incidencia de deshidratación hipernatrémica de 1/1000 nacidos vivos. Destaca que en dicho estudio definen deshidratación como una pérdida de peso > 12 % y consideran hipernatremia cuando el sodio es > 145 mmol/L (10).

### **2.1.2 A nivel nacional:**

**Ramírez M. (2015)**, en la investigación “Factores maternos predisponentes a la deshidratación hipernatrémica en el recién nacido hospitalizado relacionados con el cuidado enfermera en el Hospital Hipólito Unanue” en Tacna, realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y corte transversal para determinar los factores maternos predisponentes a la deshidratación hipernatrémica en el recién nacido hospitalizado relacionados con el cuidado enfermera. Trabajó con 40 madres y 8 profesionales de enfermería. Los resultados fueron: madres procedentes de Tacna 45%, jóvenes 60%, con secundaria completa 75%, secundíparas 42.5%, amas de casa 50%, no trabajan 55%, con nivel medio en conocimiento y técnica de lactancia materna; nivel medio en cuidado enfermera 63%; demostrándose una relación indirecta (11).

**Vásquez G. (2016)**, con el estudio “Características de los Neonatos con Deshidratación Hipernatrémica Internados en el Servicio de Hospitalización de Neonatología. Hospital San José” en Callao, llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal en base a las Historias Clínicas de los Neonatos internados en el servicio de neonatología el cual fue un total de 40. Según los resultados del estudio se demuestra que durante la presentación clínica de la deshidratación hipernatrémica neonatal es probable

encontrar los tres signos característicos (fiebre, ictericia y pérdida de peso), a menor edad del recién nacido, mayor porcentaje de pérdida de peso y poca información al alta materna, mayor riesgo de sufrir esta patología, la cual debe ser sospechada al primer contacto con el paciente en la emergencia para evitar el sub diagnóstico (12).

**Valdivia A. (2017)**, en la investigación “Deshidratación hipernatrémica neonatal asociada a lactancia materna exclusiva” en Trujillo, llevó a cabo un estudio retrospectivo analítico tipo casos y controles, con 126 pacientes, divididos en 43 casos y 83 controles, concluyendo que la lactancia materna exclusiva y la primiparidad son factores de riesgo para la deshidratación hipernatrémica. La consejería sobre técnica de lactancia materna mostró asociación protectora sobre la deshidratación hipernatrémica (13).

**Hilario M. (2017)**, en el estudio “Cuidados de enfermería a pacientes con Deshidratación” en Huancavelica, analiza el caso clínico de un recién nacido de sexo masculino, prematuro hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con el diagnóstico de Deshidratación, utilizó la metodología NANDA, como los patrones de respuesta humana para determinar los diagnósticos de enfermería, se realiza la priorización de estos diagnósticos para llevar a cabo unos cuidados de enfermería de calidad en la atención a los recién nacidos con esta patología. La

atención oportuna y la identificación oportuna de los síntomas y signos de la enterocolitis pueden disminuir la mortalidad (14).

**Parra Y. (2017)**, en el trabajo “Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con deshidratación en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” en Lima, refiere que la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) constituye un gran problema de salud pública la mayoría de los países en desarrollo y es causa importante de morbilidad durante la infancia. La mayor complicación presentada en niños menores de 5 años la deshidratación que puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos; por lo cual, se estén fortaleciendo las acciones de prevención dirigidas a los determinantes de esta enfermedad y su tratamiento oportuno (15).

**Palomino G. (2017)**, con el trabajo “Cuidado de enfermería en niño con Deshidratación en el Servicio de Pediatría del Hospital Rezola” en Cañete, señala que son una de las causas de muerte en los niños menores de 5 años y en mayor proporción en los menores de 1 año. Es importante considerar que esta enfermedad se desarrolle en áreas donde existe falta de salubridad, deficientes estructuras para brindar los servicios como agua potable y desagüe. Cabe resaltar el déficit de conocimientos sobre las formas de

presentación, complicaciones y tratamiento de las Deshidrataciones (16).

**Melissa Berger-Larrañaga**, en su artículo “Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima, Perú” La asociación entre la pérdida de peso excesiva y los trastornos, ajustada por otros factores, fue cuantificada mediante un modelo lineal generalizado múltiple. Determinando que el 18,8% de los neonatos, la pérdida de peso excesiva fue igual o superior al 7% del peso al nacer (17).

**Julio Tesierra Cabrera**, en su artículo “Deshidratación Hipernatrémica y Lactancia Materna” nos refiere que la deshidratación hipernatrémica es una patología poco común en el neonato pero que en los últimos años ha habido un aumento exponencial sobre el número de reporte de casos en relación a sus graves consecuencias. Suele presentarse entre los 7 -14 días de nacidos, llegando con fiebre, oliguria, ictericia irritabilidad.

**Liesbeth Hinojosa-Flórez**, en su artículo “Pérdida de peso en recién nacidos por cesárea: una consecuencia de los trastornos en la lactancia materna” La hipoglicemia, deshidratación hipernatrémica e hiperbilirrubinemia son trastornos frecuentes que constituyen la tercera causa de consulta y pueden presentarse a

consecuencia de la pérdida de peso excesiva, debido a una inadecuada técnica de lactancia materna (18).

**Alex Brayan Valdivia Chávez**, en su tesis “Deshidratación hipernatrémica neonatal asociada a lactancia materna exclusiva”. La deshidratación hipernatrémica neonatal se presentó con mayor frecuencia en aquellos recién nacidos que fueron alimentados con lactancia materna exclusiva, con un OR. 2.52. La consejería sobre técnica de lactancia materna, expresada como aquellas madres quienes 14 recibieron consejería, demostró ser un factor protector sobre la deshidratación hipernatrémica, con un OR 0.147. La paridad materna, expresada como primiparidad, demostró ser un factor de riesgo para el desarrollo de deshidratación hipernatrémica neonatal, con un OR 2.980 (19).

**Giancarlo Vasquez Felices**, en su tesis “Características de los Neonatos con Deshidratación Hipernatrémica Internados en el Servicio de Hospitalización de Neonatología. 2016 – 2015”. En su trabajo concluye que el 50% de los neonatos con deshidratación hipernatrémica presentó ictericia, fiebre y pérdida de peso. A la vez encontró que el 98% de estos pacientes presentó pérdidas mayores al 7% y que el 77.5% lo presentó entre el 1er y 3er día de nacido, siendo el 65% de sexo masculino. La causa de que el 40% de los neonatos presenten deshidratación hipernatrémica fue la falta de información al alta materna (20).

## 2.2. Base teórica

Barnard, determina que el sistema padres- lactante tiene influencia de las características de cada uno de los miembros, estas se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante la adaptación del comportamiento. La interacción entre el padre o madre (cuidador) y el niño según el modelo de Barnard se da mediante cinco señales y actividades: claridad del lactante en la emisión de señales, reactividad del lactante a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del lactante, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

Barnard, define estas modificaciones como conductas adaptativas. El modelo centrado en el entrenamiento a los padres, con énfasis en el desarrollo del niño y en los padres como terapeutas, es un modelo terapéutico, centrado en los padres y cuyo objetivo central es prestar apoyo y orientaciones a estos para que puedan hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo.

Se Establece lo Siguiete:

- **Niño:** Su estado físico, temperamento, patrón de nutrición y de sueño y autorregulación.
- **Cuidador:** Con características psicosociales, salud física y mental, cambios en la vida, experiencias y las preocupaciones acerca del niño y lo más importante el estilo del cuidador en ofrecer las habilidades de adaptación.

- **Entorno:** Se ven afectados tanto al niño como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros disponibles que puede satisfacer todas las necesidades básicas.

La importancia de la interacción madre e hija que le permita ampliar vínculos afectivos que ayuden al crecimiento y desarrollo adecuado de su hija. Requiere un proceso educativo para el refuerzo de conocimientos sobre el cuidado de la niña y los factores que influyen de manera directa o indirecta con la salud de la paciente como lo son: el entorno, la familia, la sociedad y el desempeño del rol maternal; orientar acciones que ayudan a mejorar el crecimiento físico, psicológico y motriz de la niña para su buen desarrollo. De esta forma la madre asimila que los procesos realizados en el cuidado de su hija dependen totalmente de ella y del vínculo establecido a lo largo de su vida.

Con base en la teoría de Barnard, la enfermera ofrece apoyo a la sensibilidad y la respuesta de la madre a las señales del hijo, en lugar de intercambiar sus características y estilos de vida maternas (21).

## **2.2 Base conceptual:**

### **2.3.1. Deshidratación**

La deshidratación es la depleción significativa de agua corporal y, en grados variables, de electrolitos. Los signos y síntomas son sed, letargo, sequedad de mucosa, oliguria y, a medida que progresa el grado de deshidratación, taquicardia, hipotensión y shock. El diagnóstico se basa en la anamnesis y el examen físico. El tratamiento consiste en la reposición oral o IV de líquidos y electrolitos (22).

La deshidratación, sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en lactantes y niños pequeños de todo el mundo. La deshidratación es un síntoma o signo de otro trastorno, más comúnmente diarrea. Los lactantes son particularmente susceptibles a los efectos adversos de la deshidratación debido a sus mayores requerimientos basales de líquidos (por su metabolismo más alto), sus mayores pérdidas por evaporación (por el cociente más alto entre superficie corporal y volumen) y la incapacidad para comunicar la sed o procurarse líquidos (22).

### **2.3.2. Etiología**

La deshidratación es el resultado de:

- Aumento de la pérdida de líquidos
- Disminución de la ingesta de líquidos
- Ambos

La fuente más común de aumento de la pérdida de líquidos es el aparato digestivo—por vómitos o diarrea (gastroenteritis). Otras fuentes son renales (cetoacidosis diabética), cutáneas (sudoración excesiva, quemaduras) y pérdidas hacia un tercer espacio (hacia la luz intestinal en la obstrucción o íleo intestinal).

La disminución de la ingesta de líquidos es frecuente durante las enfermedades leves, como la faringitis o durante enfermedades graves de cualquier tipo. La disminución de la ingesta de líquidos es especialmente problemática cuando el niño está vomitando o

cuando la fiebre, taquipnea, o ambas aumentan las pérdidas insensibles.

En recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva, siendo ésta la única fuente de ingesta, el incremento de sodio traduce la falta de agua, por succión no efectiva o infrecuente que además condiciona el vaciado ineficaz de la mama, aumentando el contenido de sodio de la leche al no ser removida, esto además provoca la involución mamaria con poca producción lo que agrava el cuadro. Un factor contribuyente es el incremento de las pérdidas insensibles por exceso de abrigo especialmente condicionado por el uso de ropa de material polar.

La hiperosmolaridad grave puede ocasionar trombosis, hemorragias y derrames subdurales y como consecuencia daño cerebral. Durante la deshidratación se produce salida de líquido intracelular como consecuencia del incremento de la osmolaridad plasmática (22).

### **2.3.3. Epidemiología**

Esta patología actualmente constituye un problema de salud de alcance epidemiológico. A partir de la década de los noventa hubo incremento en los casos reportados en la literatura, la incidencia real es difícil de conocer, pues varía en los diferentes estudios, así en Bogotá (Colombia) entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007 se encontró 15 x 1000, y Jonguitud A. y Villa H

en 2005 (Chile) reportó 5 x 1000. En Bolivia no se han reportado casos, sin embargo, en el Hospital Materno Infantil la incidencia es de 19%, constituyéndose en la segunda causa de ingreso a la sala de Neonatología.

La hiperbilirrubinemia, la deshidratación y datos de lactancia ineficaz son los problemas más comúnmente asociados a reinternación precoz. Se ha establecido en estudios realizados en países desarrollados (Canadá) que, a partir de la reducción de la estancia hospitalaria de los recién nacidos de 4,2 a 2,7 días, los rangos de readmisión aumentaron de 27 a 38 por 1 000 (22).

#### **2.3.4. Factores de riesgo**

##### **a) Maternos:**

- Falta de experiencia previa en lactancia
- Madre primípara
- Pezones planos o invertidos
- Dolor, grietas en los pezones
- Congestión excesiva, prolongada o permanente
- Cirugía previa (incisiones peri areolares, abscesos
- Complicaciones perinatales (hemorragias, desgarros, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, etc.)
- Patología previa (sobrepeso, obesidad, diabetes, alteraciones endocrinas, etc.)

- Periodo intergenésico prolongado
- Parto por cesárea

El alta hospitalaria precoz constituye un factor de riesgo fundamentalmente por la falta de orientación y apoyo efectivo a la madre por parte del personal de salud de las salas de puerperio, por lo que es necesario contar con personal capacitado en el manejo de la lactancia, desde el control prenatal, durante la internación en el postparto y después del egreso. Se justifica retrasar el alta por problemas de lactancia si se demuestra que ello previene problemas de salud en el neonato.

**b) Recién nacido:**

- Separación de la madre en las primeras horas de vida y falta de vigilancia posterior de la técnica de lactancia
- Anomalías orales (fisura labial/ platina, micrognatia, macroglosia, anquiloglosia)
- Problemas neurológicos o neuromotores (síndrome Down, disfunción de la succión)
- Variaciones de la succión (no sostenida, no nutritiva, desorganizada, débil)
- Dificultad en el agarre de uno o ambos pezones
- Recién nacido somnoliento o con señales sutiles de hambre
- Irritabilidad, apariencia de hambre después de alimentarse

- Pérdida de peso de más de 5 % diario
- Parásitos intestinales
- Deposiciones infrecuentes o meconio persistente por más de cuatro días
- Orina menor a 5-6 veces al día, presencia de cristales de uratos en el pañal "orina rojiza"
- Exceso de abrigo especialmente con ropa de material polar
- Productos múltiples

### **2.3.5. Manifestaciones clínicas**

Los recién nacidos con problemas en lactancia durante los primeros días sufren una pérdida de peso excesiva y un incremento de las cifras de bilirrubinas, cuanto más precoz es la primera alimentación al pecho más rápidamente se elimina el primer meconio, a mayor número de tomas durante los 3 primeros días mayor número de deposiciones menor cifra de bilirrubina.

La persistencia de meconio o demora en el cambio de coloración de las heces más allá del cuarto día de vida, incrementa la circulación enterohepática ocasionando niveles elevados de bilirrubina. La ictericia, es una manifestación frecuente y en un alto porcentaje requiere intervención terapéutica con fototerapia y exanguinotransfusión dependiendo de los niveles séricos. La hipernatremia causa la ruptura de la barrera hematoencefálica, facilitando la difusión de la bilirrubina. Esto puede llevar a un

empeoramiento del ciclo de la deshidratación, ictericia e hipernatremia.

Dentro de las manifestaciones de la hipernatremia son evidentes las del área neurológica: fiebre, irritabilidad o letargo, sed, fiebre.

La pérdida de peso, orina y deposiciones escasas son marcadores de bajo volumen (deshidratación). La disminución de los ruidos intestinales y aparición de cristales de urato son signos precoces de deshidratación.

Puede asociarse a hiperglucemia, hipoglucemia, y en ocasiones hiperazoemia prerrenal.

Durante el examen clínico y de acuerdo al grado de deshidratación se evidencia, fiebre, irritabilidad (sensación de hambriento o sediento), letargo, ictericia, depresión de la fontanela anterior, mucosas secas, signo de pliegue positivo, hipertoniá y contracturas musculares (23).

### **2.3.6. Diagnóstico**

Para el diagnóstico es fundamental el antecedente de ingesta escasa de leche materna, la signo-sintomatología y los reportes de laboratorio de natremia  $>150$  mmol/L.

Es necesario identificar los factores de riesgo maternos especialmente los que se presentan con mayor frecuencia en los primeros días: pezones doloridos, grietas e ingurgitación mamaria, que en general se deben a una mala técnica de lactancia con

alteración en el agarre; cuando el bebé al mamar solo agarra el pezón el cual es traumatizado por las encías o sufre compresión contra el paladar duro.

Interrogar sobre la alimentación y factores de riesgo del neonato, evidenciar signos y síntomas característicos de la deshidratación. Recordar que los padres tienen dificultad para definir que su bebé está enfermo, generalmente no llama la su atención el hecho de que esté somnoliento y duerma mucho, tampoco les es fácil determinar la presencia de signos de hambre o sed.

En general, la deshidratación se define como sigue:

- Leve: no hay cambios hemodinámicos (alrededor del 5% de peso corporal en los lactantes)
- Moderada: taquicardia (alrededor del 10% de peso corporal en los lactantes)
- Grave: hipotensión con una alteración de la perfusión (aproximadamente el 15% de peso corporal en los lactantes)

Sin embargo, el uso de una combinación de síntomas y signos para evaluar la deshidratación es un método más preciso que el uso de una sola señal. Otra forma de evaluar el grado de deshidratación en niños con deshidratación aguda es el cambio de peso corporal; se presume que toda pérdida de peso a corto plazo  $> 1\%/día$  representa un déficit de líquidos. Sin embargo, este

método depende de conocer un peso preciso, reciente, previo a la enfermedad. Por lo general, las estimaciones parentales son inadecuadas; un error de 1 kg en un niño de 10 kg determina un error del 10% en el porcentaje de deshidratación calculado, la diferencia entre deshidratación leve y grave (24).

### **Exámenes complementarios**

- Hemograma
- Bilirrubinemia
- Glucemia
- Calcemia
- Creatinina
- NUS
- Grupo sanguíneo y Factor Rh

### **Diagnóstico diferencial**

- Sepsis
- Hipoglucemia

#### **2.3.7. Complicaciones**

Es una patología potencialmente letal que ocasiona alteraciones neurológicas, coagulación intravascular diseminada, convulsiones, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares y muerte.

#### **2.3.8. Tratamiento**

La hipernatremia en neonatos alimentados al pecho se instala lentamente, lo que permite al sistema nervioso central adaptarse al

incremento de osmolaridad producido por la deshidratación intracelular; por ello, el tratamiento requiere la reposición lenta, oral o parenteral de líquidos en 48-72 horas o más en función de la gravedad del cuadro, para evitar el daño cerebral por edema que se puede producir en caso de que la reposición sea rápida. Algunas complicaciones, especialmente convulsiones, ocurren más comúnmente durante el tratamiento.

La corrección por vía oral es la recomendada por sus resultados y la seguridad que ofrece frente a las correcciones endovenosas.

La experiencia del Hospital EsSalud N° II de Ayacucho, revela que la deshidratación hipernatrémica se corrige más fisiológicamente cuando se usa la vía oral para lo que se recomienda el uso de sales de rehidratación oral de baja osmolaridad con cálculo de 50-100 ml/k, dividiendo el total en cuatro para administrar en 4 horas, por vaso o sonda nasogástrica. Debido a la buena tolerancia y a la rápida respuesta clínica, esta terapia permite la pronta realimentación al seno lo que en definitiva acorta la estancia hospitalaria.

En pacientes con evolución prolongada de la deshidratación, con gran pérdida de peso y niveles séricos de sodio muy elevados, la rehidratación debe ser más lenta en un periodo de 8 a 12 horas.

Es fundamental el apoyo a la madre para ayudarla a recuperar la confianza en su capacidad de amamantar y de cuidar a su bebé,

estimulando la extracción de leche mientras dure el proceso de rehidratación (25).

### **2.3.9. Prevención**

- La orientación a la madre desde el control prenatal sobre los beneficios de la lactancia materna, el apego precoz, mostrar a las madres como dar de mamar especialmente dentro de las 6 primeras horas, la lactancia materna a demanda, el no administrar otros líquidos al recién nacido, no dar chupones ni biberón son actividades determinantes en el establecimiento de una lactancia eficaz.
- Asegurar una instauración correcta de la lactancia, observar en las primeras horas al menos dos mamadas verificando posición, agarre y signos de transferencia adecuada de leche materna al neonato, ausencia de factores de riesgo y técnica de lactancia adecuada antes del alta.
- Evitar que la madre adopte posturas inadecuadas que pueden ocasionar contracturas musculares.
- Detectar oportunamente dolor o lesiones de los pezones
- Examen clínico diario del neonato: vigilando pérdida de peso, fiebre, ictericia, irritabilidad, presencia y frecuencia de diuresis y deposiciones.
- Control post natal dentro de las 48 -72 horas posteriores al alta

- Recomendar lactancia materna a demanda: 10-12 veces en 24 horas, vigilar presencia de orina 5-6 veces día, reconsultar en presencia de fiebre, irritabilidad, presencia de orina concentrada (orina rojiza), ictericia. No sobreabrigar al recién nacido, evitar el uso de ropa de material polar.
- Se deben desarrollar programas de seguimiento de los pacientes que cursaron con deshidratación hipernatrémica, ya que los niveles elevados de bilirrubina e hipernatremia que pueden interferir en la calidad de vida (25).

## CAPÍTULO III

### DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

#### PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

#### 3.1 VALORACIÓN

##### 3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre del recién nacido : P. R.
- Establecimiento de salud : Hospital II ESSALUD – Ayacucho
- Servicio : Neonatología
- Área : cuidados intermedios
- Incubadora : N° 03

##### 3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

Neonato de 03 días de vida, de sexo masculino, ingresa al área de cuidados intermedios del servicio de neonatología, procedente del servicio de emergencia, por presentar alza térmica no cuantificada, llanto persistente, irritabilidad, pobre succión, boca y mucosas seca y pérdida de peso. Peso de ingreso: 2,850 gramos

### 3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL

Deshidratación neonatal

### 3.1.4 ANTECEDENTES

#### 3.1.4.1. Antecedentes perinatales

Nombre del recién nacido	:	PAREJA RUIZ, RN
Edad	:	03 días
Sexo	:	masculino
Fecha de nacimiento	:	03 de febrero del 2020
Hora de nacimiento	:	11.57 hrs.
Edad gestacional al nacer	:	39 semanas
Tipo de parto	:	parto eutócico
Apgar	:	8 / 10
Peso al nacer	:	3.210 gramos
Talla al nacer	:	49 cm.
Perímetro cefálico	:	34 cm.

#### 3.1.4.2 Antecedentes maternos

- Controles prenatales : 09 controles
- Edad de la madre : 29 años
- Gestaciones : 02
- Hijos vivos : 01
- Enfermedades en el embarazo : ninguna

### **3.1.5 EXAMEN FISICO**

A la exploración se observa

- piel adelgazada y seca, leve tinte icterico, llenado capilar mayor a 2", fontanela normotensa.
- Ojos simétricos, fosas nasales permeables, boca seca.
- Ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible.
- Genitales masculinos, ano permeable.
- Neurológico, llanto irritable, pobre succión, hipoactividad, tendencia al sueño
- Funciones vitales: FC: 153 x'; FR: 52 x'; T°: 37°C; Sat. Oxigeno : 93%

### **3.1.6 EXAMENES AUXILIARES**

- Hemograma completo: leucocitos 16.000 mm<sup>3</sup>
- PCR : 10mg/l
- VSG : 2 mm x hora
- Hemoglobina : 15 mg/dl
- Hematocrito : 44.8 %
- UREA : 16 mg/dl
- Creatinina : 1.08 mg/dl
- Glucosa : 76 mg/dl

### **3.1.7 DIAGNOSTICO MÉDICO**

1. Recién nacido a término, sexo masculino, edad gestacional 39 semanas.
2. Deshidratación neonatal

### **3.1.8 TRATAMIENTO MÉDICO**

1. LME y/o formula maternizada 30 cc c/ 3 horas
2. Dextrosa al 7% 98 cc + ClNa 20% 1.2 cc + ClK 0.8 cc = 14 cc/hora
3. Hemoglucofotometría c/ 12 horas
4. Mantener en cuna con abrigo adecuado
5. Monitoreo de signos vitales
6. Control de funciones biológicas
7. Balance hídrico estricto
8. Control de diuresis
9. Control de peso diario
10. Observar signos de alarma
11. Exámenes de laboratorio: hemograma completo, PCR, recuento

### **3.2 DIAGNÓSTICO:**

Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

### 3.3 PLANIFICACION

**Planificación NOC:** Aquí hay que realizar cuatro cosas clave:

- Determinar las prioridades inmediatas. ¿Qué problemas requieren una atención inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuáles debe centrarse la enfermera? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros?
- Fijar los objetivos: Exactamente, ¿Cómo se beneficiará la persona de los cuidados enfermeros? ¿Qué podrá hacer el usuario y cuándo?
- Determinar las intervenciones. ¿Qué intervenciones, acciones enfermeras, prescribirá para prevenir o tratar los problemas y lograr los objetivos?
- Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá su propio plan o adaptará un plan estándar o computarizado para responder a la situación específica del usuario?

### 3.4 EJECUCIÓN

**Ejecución NIC.** Poner en práctica todo lo planificado

### 3.5 EVALUACIÓN

Comparar las repuestas de la persona y de esa manera determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

En el presente estudio de caso se encontró el modo adaptativo fisiológico en un nivel de adaptación comprometido. A continuación, se describen las conductas observadas en las 2 necesidades relacionadas a la integridad fisiológica (Virginia Herdenson 14 necesidades): nutrición, protección.

1. **Nutrición:** Serie de procesos integrados asociados a la digestión, como asimilación y metabolismo de alimentos, provisión de energía, construcción de tejidos y regulación de procesos metabólicos.
2. **Protección:** Incluye las defensas inespecíficas y defensas específicas, así como la inmunidad. RN con integridad cutánea y tisular, coloración icterica en la cara y el tórax (Kramer IV); temperatura corporal de 37,0 °C, piel caliente al tacto, tipo y Rh del niño (O +) y tipo y Rh de la madre (O +).

### 3.6 VALORACIÓN POR DOMINIOS Y CLASES

Dominio	Clase	Datos
DOMINIO 1. Promoción de la salud. 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	Clase 2. Mantenimiento de la salud.	Madre con grupo O y factor Rh(+) Edad: 29 años multigesta Tipo de parto: eutócico Control prenatal : 09 controles
DOMINIO 2. Nutrición 00104 lactancia materna ineficaz.  00002 Desequilibrio nutricional.	Clase 1. Ingestión.	El RNT se alimenta a través de succión directa, en servicio de cuidados intermedios. Al examen físico, piel fría, sin presencia de laceraciones, mucosa oral ligeramente seca, piel con regular hidratación con perfusión tisular ineficaz. Peso de nacimiento de 3,210 gr, presenta movimientos respiratorios

		abdominales, a la auscultación intestinal se encuentra peristaltismo conservado y a la palpación abdomen blando, no se observan facies de dolor.
DOMINIO 3. Eliminación e intercambio 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.	Clase 1. Función urinaria	Según reporte de enfermería: Deposiciones de consistencia normal con frecuencia de 2 a 3 veces por día de color amarillo. Datos de historia clínica: creatinina de 1,08 mg/dl, urea de 16 mg/dl. Valores dentro de rangos normales. 03 micciones en 12horas con flujo urinario de 0.9cc/kg/día.
00030 Intercambio gaseoso	Clase 4. Función respiratoria	Respiración: se encuentra patrón respiratorio sin alteraciones; no cianosis, saturación de oxígeno 93%, hemoglobina: 15 g/dl, hematocrito: 44.8 %.
DOMINIO4. Actividad/Reposo 00198 trastorno del patrón del sueño  00032 patrón respiratorio ineficaz.	Clase 1.  Sueño/reposo  Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Se observa intranquilo e irritable, con tendencia mal sueño y por alteraciones de la temperatura corporal, no soplos cardiacos, pulmones murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, con tensión arterial 93/50 PAM 42mmhg. Con tiempo de llenado capilar mayor a 2".
DOMINIO 5.	Clase 4.	Durante la inspección se observan ojos

Percepción / Cognición 00126 Conocimientos Deficientes.	Cognición	con rima palpebral adecuada, correcta implantación; pabellones auriculares íntegros, simétricos, no secreciones sin ningún tipo de lesiones visibles. Reflejos naturales se encuentra: Prensión palmar (+), Moro (+), Babinski (+), bostezo (+), búsqueda (-) y succión (-). Deficientes conocimientos de la madre en el cuidado de su salud y de su recién nacido.
DOMINIO 6. Autopercepción 00118 Trastorno de la imagen corporal	Clase 3. Imagen corporal	La madre se encuentra muy preocupada y ha descuidado mucho su imagen personal.
DOMINIO 7. Rol / Relaciones 00061 Cansancio del rol de cuidador.	Clase 1. Roles del cuidador	La madre refiere que va a vivir junto a él, su papá y sus hermanos y estarán a su cuidado. Su proceso de lactancia materna ha sido deficiente. La madre del RN, no conoce adecuadamente técnica de amamantamiento a pesar de las orientaciones brindadas.
DOMINIO 8. Sexualidad	Clase 1. Identidad sexual	Neonato sexo masculino no presenta ningún problema a nivel del sistema reproductor.
DOMINIO 9. Afrontamiento tolerancia al estrés 00069 Afrontamiento ineficaz	Clase 2. Respuestas de Afrontamiento.	Neonato poco activo, reactivo a estímulos, irritable, con tendencia al sueño

DOMINIO 10. Principios vitales. 00068 disposición para mejorar el bienestar espiritual	Clase 2. Creencias	Madre pertenece a la religión católica y con su fe cree se recuperará la salud de su bebe.
DOMINIO 11. Seguridad / Protección 00004 Riesgo de infección 00008 Termorregulación ineficaz	Clase 1. Infección  Clase 6. Termorregulación	Se observa Al examen físico piel con tinte icterico, frio al tacto, su temperatura corporal es de 37°C, Pruebas de leucocitosis de 16.000m/m3, recuento leucocitario de neutrófilos menor a 0.2%, PCR mayor 10 mg/l; VSG 2 mm x hora. Al momento de la valoración se encuentra con medios invasivos: catéter venoso periférico.
DOMINIO 12. Confort. 00132 Dolor agudo	Clase 1. Confort físico	Madre incomoda por el corte producto del parto vaginal. Neonato se encuentra en cuna con abrigo adecuado.
DOMINIO13. Crecimiento / Desarrollo 00112 Riesgo de retraso en el desarrollo	Clase 2. Desarrollo	Reflejos succión y deglución disminuidos. La madre del RN refiere haber asistido a nueve controles prenatales; su niño ocupa el segundo lugar entre sus hijos y ambos padres son quienes se encargan del cuidado del niño debido a las condiciones de hospitalización en el que éste se encuentra.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Lactancia materna ineficaz R/C reflejo de succión débil del neonato E/P incapacidad de coger pezones correctamente</p>	<p>Neonato mejorará su lactancia con las técnicas de amamantamiento</p>	<p>01054 Ayuda en la lactancia materna.</p> <p>Observar al bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar / deglutir.</p> <p>Observar la capacidad del bebe para coger correctamente el pezón (habilidades del agarre).</p> <p>Proporcionar a la madre la oportunidad del contacto con su bebé para que de pecho durante la hospitalización.</p> <p>Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.</p> <p>Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebe.</p> <p>Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna</p> <p>Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.</p> <p>Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno, ocasionado por el mamar</p>	<p>Neonato sin alteraciones en el proceso de amamantamiento.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente E/P pérdida de peso corporal</p>	<p>Se aumentará su ingesta alimenticia para mejorar su calidad alimenticia</p>	<p>01240. Ayuda para ganar de peso.            Pesar al paciente a intervalos determinados            Observar si hay náuseas y vómitos            Vigilar la ingesta y eliminación.            Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.            Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel: pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.            Comprobar el crecimiento y desarrollo.            Observar las interacciones padres-niño durante la alimentación.            Observar el ambiente en el que se produce el acto de lactancia.</p>	<p>Con aporte aumentado de ingesta de alimentos de leche materna.</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Deterioro de la eliminación urinaria R/C multicausalidad E/P Retención urinaria con disminución en la diuresis, piel y mucosas ligeramente secas.</p>	<p>Se conservará la eliminación urinaria del paciente durante su hospitalización.</p>	<p>0590. Manejo de la eliminación urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen, y color.</li> <li>-Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</li> </ul> <p>4120. Manejo de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Peso diario y controlar la evolución</li> <li>-Contar y pesar pañales.</li> <li>-Realizar registro de ingesta y eliminación.</li> <li>-Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas, humedad, pulso adecuado y presión sanguínea.</li> <li>-Monitorizar estado hemodinámico.</li> <li>-Monitorizar signos vitales.</li> <li>-Observar si hay sobrecarga de líquidos (edema).</li> <li>-Administrar líquidos por vía indicada.</li> <li>-Vigilar la respuesta de la terapia de electrolitos prescritos.</li> </ul>	<p>Neonato se mantiene con buena diuresis urinaria. 1- 5 ml/kg/h</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIÓN (NIC)	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de infección R/C deficiencia del sistema inmunitario.</p>	<p>Neonato permanecerá sin signos de infección.</p>	<p>6540. Control de la infección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantener técnicas de aislamiento.</li> <li>-Limitar el N° de visitas</li> <li>-Utilizar jabón antimicrobiano.</li> <li>-Lavado de manos.</li> <li>-Poner en práctica las precauciones universales.</li> <li>-mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción del catéter venoso</li> <li>-Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.</li> <li>-Realizar cuidado ocular profiláctico.</li> <li>-Curación del cordón umbilical.</li> </ul>	<p>Ausencia de infecciones recurrentes</p> <p>Valores normales de hemograma, leucocitos y PCR menor de 10mg/l</p>

## SOAPIE

- S** Neonato de sexo masculino; ingresa a la unidad de cuidados intermedios procedente del servicio de emergencia del Hospital II Essalud Ayacucho, con diagnóstico de deshidratación neonatal. Madre refiere “mi bebe no lacta desde ayer”
- O** Neonato varón, con llanto irritable, tendencia al sueño, hipoactivo, piel con tinte icterico, boca y mucosas secas, piel adelgazada, T° 37°C
- A** Desequilibrio hidroelectrolitico r/c inadecuada ingesta de leche materna, e/p Pérdida de peso, piel y mucosas secas
- P** Neonato, después de la intervención de enfermería permanecerá sin signos de deshidratación
- I** Monitorizar signos vitales
- Observar signos de alarma
- Brindar leche materna y/o formula materna 30 cc c/ 3 horas por succión
- Administrar líquidos endovenosos según la indicación medica
- Vigilar la zona de inserción del catéter venoso
- Solicitar análisis de los niveles de bilirrubina según corresponda.
- Informar los valores de laboratorio al medico
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados del neonato durante la hospitalización

Vigilar la diuresis, color, cantidad y frecuencia

Balance hídrico estricto

- E** Se observó una mejoría, observando cambios significativos en el estado de hidratación del neonato, así como también mejoró el estado neurológico

## **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

1. Se aplicó el proceso de cuidado enfermero, realizando la valoración de enfermería con la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería, donde se describen los dominios y clases afectadas.
2. Después del empleo de los cuidados de enfermería, el neonato evolucionó de manera favorable, observándose tranquilo a la exploración general y con sus características físicas y fisiológicas normales, así como sus signos vitales
3. La madre del neonato, ante la orientación del profesional de enfermería, evidencia comprensión de la enfermedad de su bebé; asimismo, mejoró la comunicación enfermera-paciente y binomio madre-niño.

## RECOMENDACIONES

1. Las instituciones de salud deben gestionar la implementación de equipos e insumos necesarios para garantizar una buena calidad de cuidado de enfermería al neonato en periodo de deshidratación y otras patologías.
2. Dentro de las actividades de promoción de la salud, que el Hospital, como ente mediador, busque la participación de los diferentes sectores e involucrar a las principales autoridades encargadas de cada distrito de nuestro departamento para la implementación de programas formativos que propicien los buenos estilos de vida, una adecuada alimentación, charlas domiciliarias, así como también contar con ambulancias permanentes para ir por las personas que viven alejadas de los establecimientos de salud y así de este modo poder contribuir a la reducción de la morbilidad materno – infantil.
3. Se requiere una buena educación y orientación a la madre sobre la importancia de la lactancia materna a libre demanda del recién nacido.
4. Se debe educar a la madre al momento del alta para que sepa reconocer los signos de alarma.
5. Es importante ofrecer capacitaciones constantes al personal de enfermería, ya que permite proporcionar atención de calidad y calidez en su área de trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ticona Y. Eficacia de un programa personalizado de lactancia materna en relación a los reingresos de neonatos por deshidratación e ictericia en el Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD. Tacna. Tesis Segunda Especialidad. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann. 2012. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/372/TG0229.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Sterns RH. General principles of disorders of water balance (hyponatremia and hypernatremia) and sodium balance (hypovolemia and edema). Rochester (USA): UpToDate; 2014. [última actualización Nov 2014, citado 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com> 105.
3. Tyler M, Hellings P. Feeding method and rehospitalization in newborns less than 1 month of age. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(1): 70-79.
4. González de Dios J, Moya M, Mateo MJ, Castaño C. Malnutrición y deshidratación hipernatrémica neonatal severa por lactancia materna. Rev Esp Pediatr. 1998; 54 (1): 83- 86.
5. Zambrano EX. Nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado del recién nacido en la parroquia tabiazo [Tesis de

- bachillerato]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018.
6. Santiana KA. Conocimientos, actitudes y prácticas de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido del Hospital Delfina Torres de Concha, período 2016-2017 [Tesis de bachillerato]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2017.
  7. Tucanes VM. Conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del recién nacido en madres primerizas, Hospital San Luis de Otavalo 2017 [Tesis de bachillerato]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2017.
  8. Bermeo JG, Crespo AM. Determinación del nivel de conocimiento sobre el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primiparas que alumbran en el hospital regional Vicente Corral Moscoso [Tesis de bachillerato]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015.
  9. Pelleboer RA, Bontemps ST, Verkerk PH, Van Dommelen P, Pereira RR, Van Wouwe JP. A nationwide study on hospital admissions due to dehydration in exclusively breastfed infants in the Netherlands: its incidence, clinical characteristics, treatment and outcome. *Acta Pædiatrica*. 2016; 98 (5): 807-811.
  10. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nurseries. *Acta Pædiatrica*. 2015; 99: 654–657.

11. Ramírez M. Factores maternos predisponentes a la deshidratación hipernatrémica en el recién nacido hospitalizado relacionados con el cuidado enfermera en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna. Tesis Enfermería, Univ Nac Jorge Basadre Grohmann. 2015. Disponible en: <http://www.tesis.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2164>
12. Vásquez G. Características de los Neonatos con Deshidratación Hipernatrémica Internados en el Servicio de Hospitalización de Neonatología. Hospital San José. 2014 – 2015. Tesis Medicina. Univ Ricardo Palma. 2016. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/517/Vasquez\\_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/517/Vasquez_g.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Valdivia A. Deshidratación hipernatrémica neonatal asociada a lactancia materna exclusiva. Tesis Medicina. Univ Privada Antenor Orrego 2017. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/upaorep/2691>
14. Hilario M. Cuidados de enfermería a pacientes con enterocolitis necrotizante. Trabajo Académico de Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2017. Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2286/SEG.ESPC.\\_MARISOL%20HILARIO%20LIZANA.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2286/SEG.ESPC._MARISOL%20HILARIO%20LIZANA.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
15. Parra Y. Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con deshidratación en el servicio de emergencia pediátrica del Hospital

- Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014 – 2016.  
Informe académico de Segunda Especialidad. Univ Nac Callao.  
2017. Disponible en:  
[file:///D:/Documents/Downloads/Parra%20Tello\\_IFPROF\\_2017.pdf](file:///D:/Documents/Downloads/Parra%20Tello_IFPROF_2017.pdf)
16. Palomino G. Cuidado de enfermería en niño con diarrea aguda en el Servicio de Pediatría del Hospital Rezola, Cañete. Informe académico de Segunda Especialidad. Univ Nac San Agustín de Arequipa. 2017. Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2944/ENSpadog.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Melissa Berger-Larrañaga, Claudia Bustamante-Abuid, Silvia Díaz-Vergara, Julio Tresierra-Cabrera, Percy Mayta-Tristán y Eddy R. Segura. Trastornos de la lactancia materna y otros factores asociados a la pérdida de peso neonatal excesiva en un hospital de la Seguridad Social en Lima , Perú. Nutr Hosp. 2015;32(5):2062-2070
18. Hinojosa-Flórez L, Delgado-Valencia E, Atamari- Anahui N. Pérdida de peso en recién nacidos por cesárea: una consecuencia de los trastornos en la lactancia materna. Rev Peru Ginecol Obstet. enero de 2016;62(1):97-8.
19. Alex Brayan Valdivia Chávez .Deshidratación hipernatrémica neonatal asociada a lactancia materna exclusiva. Hospital Víctor Ramos Guardia, [Internet]. [citado 24 de julio de 2017]. Disponible

en:

[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2691/1/RE\\_MED.](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2691/1/RE_MED.)

HUMA\_ALE

X.VALDIVIA\_DESHIDRATACION.HIPERNATREMICA\_DATOS.PD

F

20. Vasquez Felices G. Características de los Neonatos con Deshidratación Hipernatrémica Internados en el Servicio de Hospitalización de Neonatología. Hospital San José. 2014 – 2015. 2016.

21. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a17.pdf>

22. Enfermería ante la deshidratación pediátrica en atención primaria. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. 2018. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-ante-la-deshidratacion-pediatrica-en-atencion-primaria/>

23. Banda B, Saunero R. Deshidratación hipernatrémica y lactancia materna inadecuada. Rev Méd La Paz; 2012, 8(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200009)

24. Hernández C, García J, Valdés A. Curso clínico de la deshidratación hipernatrémica en recién nacidos. Investigación materno infantil. 2014, 6(2): 56 – 60. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi142b.pdf>

25. Maitland R. Protocolo de manejo de deshidratación hipernatrémica neonatal. Trabajo Maestría en Neonatología. Univ Costa Rica. 2015. Disponible en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/3006/1/38951.pdf>

## ANEXOS



