



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumno: Heberto Emmanuel Domínguez Maldonado

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: reporte de practica

Materia: calidad de los servicios de enfermería

Grado: octavo cuatrimestre

PASIÓN POR EDUCAR

METATARSIANO Concepto: El término metatarsiano se deriva de la palabra metatarso, la cual nace de la unión de dos palabras de origen griego, estos dos vocablos son meta y tarso, las cuales se refieren a la porción trasera e inferior del pie (planta). Metatarsiano quiere decir que los 5 huesos del pie (1er, 2do, 3er, 4to y 5to) corresponden al metatarso Signos y Síntomas: Los síntomas pueden variar desde un dolor leve a más grave, y por lo general se hacen más evidentes cuando el individuo se encuentra de pie. Entre algunos de sus síntomas se encuentran; Sensación quemante en la parte anterior del pie cercano a los dedos, y que aumenta al caminar, al estar de pie con los pies descalzos o caminando sobre una superficie dura. En la mayoría de los casos, el dolor se acompaña de durezas en la zona plantar. Sensación de hormigueo en los dedos de los pies. Cuidados De Enfermería: Para el tratamiento de la metatarsalgia, el fisioterapeuta primeramente realizará una exploración física minuciosa para determinar cuáles serán las técnicas a emplear más convenientes para cada paciente, sin embargo, el tratamiento básicamente estará enfocado de la siguiente manera:

- Limitar el entrenamiento hasta que los síntomas desaparezcan.
- Estiramientos de la musculatura implicada.
- Masajes de la zona anterior del pie, la fascia plantar e incluso los dedos
- Ejercicios específicos: El fisioterapeuta podrá indicar ciertos ejercicios que resulten beneficiosos para la disminución del dolor producto de una metatarsalgia
- Electroterapia.
- Agentes físicos.

FRACTURAS DE LOS METATARSIANOS Concepto: Las fracturas por fatiga son fracturas incompletas de los huesos debidas a tensiones repetidas más que a una lesión concreta. Caminar o correr durante mucho tiempo puede provocar una fractura por sobreesfuerzo del metatarso. Estas fracturas causan dolorimiento en el centro del pie y dolor cuando se coloca el peso completo sobre el pie. Signos y Síntomas: Las fracturas por sobrecarga de los huesos metatarsianos son sensibles al tacto. En estos casos, el dolor aumenta si el pie tiene que soportar todo el peso del cuerpo.

Diagnostico:

- Radiografías
- Algunas veces, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)

Cuidados de Enfermería:

Diagnóstico de enfermería Dolor agudo. R/C: Espasmos musculares Movimiento de fragmentos óseos, edema lesión del tejido blando. R/C: Dolor Resultados deseados

- El paciente verbalizará el alivio del dolor.
- El paciente mostrará una actitud relajada. Intervenciones de enfermería: 1. Mantenga la inmovilización de la parte afectada utilizando reposo en cama, yeso, férula, tracción. La inmovilización alivia el dolor y previene el desplazamiento óseo y la extensión de la lesión tisular. 2. Eleve y sostenga la extremidad lesionada. 3. Proporcione medidas alternativas de comodidad (masaje, masaje en la espalda, cambios de posición).

TOXICIDAD ANESTESIA Concepto: La toxicidad se puede presentar por; inyección intravascular, absorción del anestésico en un tejido, acumulación de metabolitos activos o una combinación de todos (3). El paciente que reciba anestésicos locales en dosis potencialmente tóxicas debe tener monitorización continua de signos vitales y acceso venoso permeable. Signos y Síntomas: Sentir mucho frío al despertar y experimentar escalofríos y temblores, pero esto es algo temporal que se alivia con una buena manta térmica, y que no reviste ningún peligro.

- Dolor de garganta
- Náuseas y vómitos
- Confusión
- Desorientación.

Cuidados de Enfermería: DIAGNÓSTICO NANDA: 00085 Deterioro De La Movilidad Física R/C Administración De Medicación Anestésica Para Bloqueo Motor Y Sensitivo De Miembros Inferiores Objetivo NOC:0208 Nivel de movilidad 0208 Intervención NIC: 022105 Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular.

Actividades: • Valorar y registrar la recuperación de la sensibilidad y el movimiento de MMII.

- Movilizar al paciente manteniendo la alineación corporal.
- Evitar presiones innecesarias que puedan dañar la integridad cutánea.
- Acompañar al paciente cuando empiece la deambulación.

CARDIVERSION: La cardioversión es un procedimiento médico en el que se utilizan choques rápidos y de baja energía para restablecer un ritmo cardíaco normal. Es un tratamiento para determinados tipos de latidos cardíacos irregulares

(arritmias), como la fibrilación auricular. Algunas veces, la cardioversión se realiza con medicamentos.

Tipos de Cardioversión:

- La cardioversión eléctrica usa una máquina y sensores (electrodos) para administrar choques rápidos de baja energía al pecho. La cardioversión eléctrica permite que el proveedor de atención médica vea instantáneamente si el procedimiento ha restaurado un latido cardíaco normal.
- La cardioversión química (farmacológica) usa medicamentos para restaurar el ritmo del corazón. Tarda más tiempo en hacer efecto que la cardioversión eléctrica. Si tu proveedor de atención médica recomienda una cardioversión con medicamentos para restaurar el ritmo cardíaco, no recibirás descargas eléctricas en el corazón.

Cuidados de Enfermería:

- Lavado de manos del personal sanitario
- Comprobar permeabilidad de la vía venosa
- Colocar mascarilla de oxígeno al 50% antes de sedar al paciente
- Comprobar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno 1. Iniciar sedación según prescripción médica, con un fármaco de acción rápida como propofol o midazolam debido a que el choque eléctrico resulta doloroso.

Tras esto, lavad vía venosa 2. Seleccionar la derivación del monitor que ofrezca una onda R de suficiente amplitud para activar la modalidad de sincronización (se recomienda pasar a derivación II, Preparación del desfibrilador: hay que asegurarse que esté en modo sincronizado, seleccionar la energía de choque (normalmente entre 100 y 120 J para flutter y taquicardia auricular, y 120-150 J para fibrilación auricular) 3. Aplicar la pasta conductora en palas o colocar electrodos.

4. El facultativo avisará al personal que evite el contacto con la cama y cargará la energía seleccionada.

NEUMONIA NOSOCOMIAL Concepto: es una infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de 2 o más días a partir del ingreso. Signos y Síntomas:

- Sensación general de debilidad (malestar)
- Tos que produce esputo (moco espeso o coloreado)
- Dificultad respiratoria
- Fiebre

- Escalofríos

- Dolor torácico Cuidados de Enfermería:

DIAGNÓSTICO: Deterioro del intercambio gaseoso (00030). Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolocapilar. Deterioro del intercambio gaseoso, relacionado con proceso infeccioso pulmonar, manifestado por valores de pulsioximetría y gasometría fuera de los límites fisiológicos. **Resultado NOC:** Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402). Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales. **Indicadores de resultado:** Intervenciones NIC

- Ventilación mecánica (3300): Utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar (respirador). **Actividades:**

- Asegurarse de que las alarmas estén activadas.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador.
- Observar si se produce fatiga muscular respiratoria
- Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.
- Vigilar las lecturas de presión del ventilador y los sonidos respiratorios
- Monitorizar los efectos de los cambios de ventilador en oxigenación: niveles de gases en sangre arterial, SaO₂, CO₂, etc.

CHOQUE REFRACTARIO: El choque refractario con vasodilatación se caracteriza por hipotensión secundaria a vasodilatación periférica, la cual es refractaria a fármacos empleados como dopamina, norepinefrina y que evoluciona a un estado de hiperdinamia descompensada con hipoperfusión tisular y a disfunción orgánica múltiple.

Signos y Síntomas

: • Taquicardia y Polipnea

- Frialdad cutánea
 - Piel moteada
- Pulsos disminuidos (shock frío) o saltones (shock caliente)
- Oliguria
 - Hipotensión
- Vómitos o diarrea
- Sequedad de mucosas

- Ascitis Cuidados de Enfermería:

El shock séptico es un estado de hipoperfusión tisular en el contexto de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, caracterizado clínicamente por vasodilatación excesiva y el requerimiento de agentes presores para mantener

ABORTO EN EVOLUCIÓN. Concepto: Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos. En general el pronóstico es malo para la reversibilidad del proceso. Signos y Síntomas.

- Manchado abundante.
- Sangrado vaginal.
- Secreción de tejido o flujo de la vagina.
- Dolor abdominal intenso o calambres.
- Dolor de espalda de leve a intenso. Cuidados de Enfermería.
- Valoración de la pérdida hemática, cantidad y posible aparición de coágulos y tejido fetal.
- Control de pulso, temperatura, tensión arterial, respiraciones.
- Alivio del dolor.
- Determinación del grupo sanguíneo y factor RH.
- Administración de oxitócicos.
- Ofrecer información objetiva sobre la evolución del proceso
- . • Enseñar las medidas que favorecen el autocuidado.
- Ofrecer apoyo emocional a la mujer y su pareja.
- Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento
- . • Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente

- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.

REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA

• Revisión De La Cavidad Uterina Posparto: Se define como la exploración manual o instrumentada de la cavidad que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones uterinas.

- Revisión Manual De La Cavidad Uterina: Se denomina así, al tipo de revisión en la cual, la persona encargada de la atención del parto verifica la integridad de las paredes uterinas, realiza un arrastre de los restos placentarios o trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad, verifica su temperatura y valora la involución uterina, inmediatamente después de la salida de la placenta, es decir en el posparto inmediato.

- Revisión Instrumentada Gentil De La Cavidad Uterina: A diferencia de la conocida revisión instrumental de cavidad uterina que requiere de legras para su aplicación, y se realiza en el legrado uterino instrumentado o en casos de retención de restos placentarios, la revisión instrumentada gentil se refiere al procedimiento que se realiza utilizando una pinza de Forester con una gasa "montada". Esta revisión tiene por objeto también verificar la integridad de las paredes uterinas y realizar un arrastre de los restos trofoblásticos hacia el exterior de la cavidad uterina en el posparto inmediato.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL POR RUPTURA UTERINA.

Concepto: Las histerectomías periparto se describen de 0,5 a 1,5 x 1000 y dentro de sus principales causas encontramos la placenta accreta, la atonía y la ruptura del útero, entre otras. La ruptura uterina ha sido descrita como causa de histerectomía de emergencia hasta en un 15%.

Signos y Síntomas.

- Alteraciones de la FCF.
- Dolor abdominal.
- Ascenso de la presentación fetal y partes fetales fácilmente palpables por la expulsión del feto a la cavidad abdominal
- Disminución evidente o cese de la dinámica uterina. Cuidados de Enfermería.
- Retirar suturas, grapas o clips, si está indicado.

- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Inspeccionar el sitio de incisión por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.

SEPSIAS POR HERIDA QUIRÚRGICA.

Las infecciones de la herida quirúrgica (IHQ) son una fuente importante de problemas clínicos y económicos para los sistemas de salud, pues constituyen el segundo grupo más numeroso de infecciones intrahospitalarias (después de las urinarias). Aumentan la estancia hospitalaria y la morbimortalidad postquirúrgica.

- Superficial: dentro de los 30 días postoperatorios que involucre sólo piel y tejido celular subcutáneo sin sobrepasar la fascia muscular. No se aplica a la episiotomía ni a la circuncisión.
- Profunda: dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con la cirugía e involucre tejidos profundos (fascia y/o planos musculares).
- De órgano y/o cavidades: dentro de los 30 días postoperatorios si no hay implante definitivo o dentro de 1 año si lo hubiera y que parezca relacionada con una cirugía e involucre cualquier sitio anatómico distinto de la incisión, como órganos o cavidades profundas (pleura, peritoneo, retroperitoneo, espacio aracnoideo, etc.) abiertos o manipulados durante un acto quirúrgico. Cuidados de Enfermería:
 - Dejar al aire la herida. Retirar el apósito anterior en el caso de que existiera. Es aconsejable humedecerlo para facilitar su retirada sin causar mayor daño en la herida.
 - Lavar con agua y jabón y aclarar abundantemente con agua, posteriormente secar bien.
 - Lavar a chorro la herida con suero fisiológico, favoreciendo el arrastre de los posibles materiales extraños y restos (desde el centro de la herida a los extremos y desde la zona más limpia a la menos limpia). Se evitará el uso de antisépticos, que son citotóxicos para el nuevo tejido y su absorción sistémica puede causar problemas.
 - Para el desbridamiento de heridas en ocasiones será necesario aplicar anestésicos locales tópicos en el lecho de la herida 30 minutos antes de la cura. El desbridamiento cortante es el método más rápido de eliminar el tejido desvitalizado, pero también el más agresivo y no siempre es adecuado. En heridas en los talones no está indicado.

POST MORTEM

La expresión «post mortem» es latina, y su significado es “después o a continuación de la muerte”, usándose para todos aquellos actos que se practican luego de la muerte de una persona, sobre su cadáver; o a los efectos de acciones que la persona ya fallecida realizó en el curso de su vida, pero que se cumplen luego de su deceso.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Acción 1: Avisar con tacto y respeto a los familiares sobre la muerte Acción

2: Solicitar a un representante religioso previo consentimiento de los familiares
Acción

3: Preparar el equipo para amortajar en el cuarto de trabajo, sin olvidar la elaboración de etiquetas de identificación y traslado a la unidad clínica. Acción

4: Aislar el cadáver, retirar ropa de cama y del paciente, así como apósitos, sondas y otros

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA NEONATO DE BAJO PESO

Codigo:00156

Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante relacionado con bajo peso al nacer.

NOC

- Adaptación del neonato.
- Termorregulación del neonato.
- Establecimiento de la lactancia materna: lactante.
- Conocimiento: cuidado del niño.
- Control de riesgos. NIC:
- Ayuda en la lactancia materna.
- Monitorización del recién nacido.
- Enseñanza: cuidado del neonato. Actividades: Disminución de factores de riesgo modificables, como acostar al paciente en decúbito supino, y vigilancia de constantes vitales.

Ejecución

El paciente permanecerá el máximo tiempo posible en incubadora. Toma lactancia materna exclusiva. Todos los días se controlarán sus constantes (tensión arterial, temperatura, frecuencia

cardiaca y respiratoria, saturación de oxígeno y peso). Evaluación: Para llevar a cabo la evaluación se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- 181910. Descripción de la técnica de alimentación del lactante.
- 181901. Descripción de las características del lactante normal.

Conclusiones: El paciente tras los cuidados de la planta de neonatología, mediante lactancia materna exclusiva e incubadora ha alcanzado los 1500 gramos de peso. Se ha realizado la prueba del talón y fotoemisiones. Las constantes han sido correctas y ha estado acompañado de sus padres en todo momento. Es dado de alta y será revisado en las consultas de su médico de atención primaria.

HEMORRAGIA DIGESTIVA

Se refiere a cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo. El sangrado puede provenir de cualquier sitio a lo largo del tubo digestivo.

pero a menudo se divide en:

- Hemorragia digestiva alta:

El tubo digestivo alto incluye el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago), el estómago y la primera parte del intestino delgado.

- Hemorragia digestiva baja: El tubo digestivo bajo incluye la mayor parte del intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano.

Signos y Síntomas:

- Vómitos de sangre, que puede ser de color rojo o marrón oscuro y parecerse al sedimento del café por su textura
- Heces negras, de color alquitranado
- Sangrado rectal, generalmente en las heces.

PERFORACION INTESTINAL

Es un orificio que se desarrolla a través de la pared de un órgano del cuerpo, este problema puede presentarse en el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto o la vesícula biliar.

Signos y Síntomas:

- Dolor abdominal intenso
- Escalofríos

- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Asfixia

Cuidados de Enfermería:

CODIGO: 00134 Náuseas, R/C: irritación gástrica. M/P: sensación nauseosa, informe de náuseas. Resultados NOC:

- Nivel de comodidad: grado de comodidad físico y psicológico. Intervenciones NIC: 1450 Manejo de las náuseas: Prevención y alivio de las náuseas.
- Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas.
- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia.
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible.

ASCARIS LUMBRICOIDES

El *Ascaris lumbricoides*, conocido popularmente como lombriz, es un nematodo (nematelminto), un parásito de color claro, cuerpo cilíndrico y bordes más finos, que generalmente tiene entre 15 y 30 cm de largo.

Signos y Síntomas:

La mayoría de las personas infectadas con ascariasis no presentan signos ni síntomas. Las infestaciones moderadas a graves causan diversos signos o síntomas, según la parte del cuerpo afectada.

CÓDIGO AZUL:

El protocolo de código azul, es un procedimiento de alerta, llamado y respuesta inmediata que implica el esfuerzo en conjunto de un grupo de personas debidamente entrenadas para trabajar coordinadamente reduciendo así los tiempos de atención y la morbimortalidad de los pacientes en paro cardiorrespiratorio. Las claves para llevar a cabo un código azul eficazmente son la calidad y la puntualidad de las intervenciones. Una RCP de alta calidad a tiempo y una desfibrilación rápida, en caso indicado, antes de las intervenciones de soporte vital avanzado (SVA) son dos principios esenciales al iniciar la fase de reanimación. A pesar del hecho de que los profesionales sanitarios con formación avanzada conocen la fisiopatología implicada en el paro cardiorrespiratorio, en plena emergencia a menudo se olvidan de que el primer paso esencial es restablecer la perfusión mediante compresiones torácicas eficaces. La AHA ha presentado el eslogan "empuja fuerte y rápido" en su programa de RCP para transeúntes.

Un código eficaz: Reconociendo que se estará al cuidado de pacientes que sufran paros cardiopulmonares, es importante conocer las funciones y responsabilidades previstas durante un código azul. Las enfermeras deben entender los aspectos polifacéticos de brindar atención durante y después de un código azul, así como la importancia de conservar sus habilidades de reanimación para ofrecer a los pacientes más probabilidades de sobrevivir.

PARO CARDIORRESPIRATORIO Concepto:

El paro cardíaco repentino consiste en la interrupción súbita de toda la actividad del corazón debido a un ritmo cardíaco irregular. La respiración se detiene y la persona queda inconsciente. Si no se trata de inmediato, el paro cardíaco repentino puede llevar a la muerte.

Signos y Síntomas:

Los síntomas del paro cardíaco repentino son inmediatos y graves, e incluyen los siguientes:

- Colapso súbito

- Falta de pulso -Falta de respiración

-Pérdida del conocimiento A veces, se producen otros síntomas antes del paro cardíaco repentino. Entre estos, se podrían incluir los siguientes:

- Molestia en el pecho.

- Falta de aire.

- Debilidad.

Corazón que late rápido, con aleteo o fuertes palpitaciones, lo que se conoce como palpitaciones.

Cuidados De Enfermería

Respecto a la actuación de Enfermería ante una parada cardiorrespiratoria (PCR), es imprescindible que se detecte de forma precoz, activando así el protocolo de actuación lo más pronto posible e iniciando las maniobras de resucitación lo más rápidamente posible por parte del personal de Enfermería.

CORRECTOS DE ENFERMERÍA

1. Higiene de las manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos)

2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente

3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco

4. Medicamento correcto

5. Dosis correcta: La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.

6. Vía de administración correcta: Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local).

7. Hora correcta: Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.

8. Paciente correcto: Verificar el nombre en el brazalete, Núm. De registro, Núm. de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).
Productos Seleccionados para el Procedimiento

9. Técnica de administración correcta.

10. Velocidad de infusión correcta

11. Verificar la fecha de caducidad: Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco

12. Preparare y administre usted mismo el medicamento

13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos

14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales

15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.

ENFERMEDAD DE ADDISÓN Concepto: La enfermedad de Addison, también conocida como insuficiencia suprarrenal, es una afección poco común que aparece cuando el cuerpo no produce una cantidad suficiente de determinadas hormonas. En los casos de la enfermedad de Addison, las glándulas suprarrenales producen muy poco cortisol y, a menudo, una cantidad muy baja de otra hormona denominada aldosterona. La enfermedad de Addison puede afectar a cualquier persona y poner en riesgo la vida.

El tratamiento implica tomar hormonas para reemplazar las faltantes.

Signos Y Síntomas: Los síntomas de la enfermedad de Addison se suelen manifestar gradualmente, a menudo, durante varios meses. La enfermedad puede avanzar tan lentamente que, al principio, las personas que la tienen no advierten los síntomas. Luego un episodio de estrés, como una enfermedad o una lesión, empeora los síntomas.

PATOLOGÍA DE KERNICTERUS Concepto:

El kernicterus es un tipo de daño cerebral que ocurre en los recién nacidos cuando la ictericia neonatal no es tratada adecuadamente, surgiendo como consecuencia a los elevados niveles de bilirrubina en la sangre del bebé y ocasionando complicaciones, como una parálisis cerebral y/o la pérdida de audición. **Signos Y Síntomas:** Los síntomas que pueden indicar que existe un mayor riesgo de desarrollar kernicterus en los bebés son:

- Coloración amarilla o anaranjada de la piel y de la parte blanca de los ojos. La coloración de la piel se inicia en el rostro y va progresando de forma descendiente hasta los pies
- Dificultad para mamar
- Irritabilidad • Dificultad en despertarse;
- Orina amarilla oscura y en poca cantidad
- Heces pálidas. Estos síntomas, no indican que el bebé presenta kernicterus, solo indican que el bebé puede tener ictericia neonatal, que se origina cuando hay un exceso de bilirrubina en el organismo.

El kernicterus solo se desarrollará si el tratamiento no es realizado y la bilirrubina continúa acumulándose, hasta llegar al cerebro y provocar lesiones que pueden causar parálisis o sordera.

Cuidados de Enfermería: Fatiga (00093): Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Código NANDA: 00194 Hiperbilirrubinemia neonatal (ictericia) El diagnóstico de enfermería nanda «Hiperbilirrubinemia neonatal» se define como: Acumulación de bilirrubina no conjugada en la circulación (menos de 15 ml/dl) que aparece tras las primeras 24 horas de vida. R/C: Conducta materna de nutrición inadecuada, Lactantes malnutridos y Dificultad del niño para hacer la transición a la vida extrauterina Falta de patrón de alimentación bien establecido M/P: Membranas mucosas amarillas, Esclerótica amarilla y Piel amarilla-anaranjada Resultados

NOC:

- Demuestra adaptación del recién nacido, lo que se manifiesta por los siguientes indicadores (especificar de 1 a 5: desviado gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente o sin ninguna desviación de los límites normales

- Niveles de bilirrubina
- Eliminación intestinal
- Color de la piel
- Reflejo de succión
- Peso Intervenciones NIC

- Aún no se han asociado intervenciones NIC con este diagnóstico, aunque las siguientes podrían ser de utilidad:

- Asistencia en la lactancia al seno materno: preparación de una madre para amamantar a su bebé

- Fototerapia: neonato: uso de terapia con luz para reducir los niveles de bilirrubina en el recién nacido.

Actividades de Enfermería:

- Detectar signos de hipoglucemia (como irritabilidad, agitación, letargo); obtener niveles de glucosa en el talón, según se indique
- Evaluar el éxito de la lactancia al seno materno.





