



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**



**Proceso de Atención de Enfermería en el Ingreso del Recién Nacido  
al servicio de Ginecología**



**AUTOR:**

Yépez Placencia Ana Salomé.

**TUTOR:**

Dr. Darwin Jaramillo Villarruel

## TERMORREGULACIÓN

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 11 Seguridad/ Protección

**CLASE:** 6 Termorregulación

**CODIGO:** 00008

**DEFINICION:** Fluctuaciones de la temperatura entre hipotermia e hipertermia.

**DIAGNOSTICO** Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima o por debajo del rango normal R/C inmadurez.

**MANIFESTADO POR:**

- Primeras horas de vida extrauterina
- Cianosis de los lechos ungueales.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
<b>Dominio:</b> Salud Fisiológica (II) <b>Clase:</b> Regulación Metabólica (I) <b>Código:</b> 0801 <b>Resultado:</b> Termorregulación recién nacido	Uso de postura conservadora de calor.	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	MANTENER 4	AUMENTAR 5

**INDICADOR (ES)**

Inestabilidad de la temperatura  
 Hipotermia  
 Cambios de la coloración cutánea

**ESCALAS DE MEDICION**

Grave (1)  
 Sustancial (2)  
 Moderado (3)  
 Leve (4)  
 Ninguno (5)

**PUNTUACION DIANA**

MANTENER

3  
 3  
 3

AUMENTAR

5  
 5  
 5

**CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)****Campo:** 2 Fisiológico Complejo**Clase:** M Termorregulación**Intervención:** Regulación de la Temperatura

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Observar el color y temperatura de la piel.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.
- Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

## LACTANCIA MATERNA

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 7 Rol/ Relaciones

**CLASE:** 3 Desempeño del Rol

**CÓDIGO:** 00106

**DEFINICIÓN:** La familia o la diada madre- lactante demuestran una habilidad adecuada y satisfacción con el proceso de lactancia materna.

**DIAGNOSTICO:** Lactancia materna eficaz R/C conocimientos básico sobre lactancia materna.

**MANIFESTADO POR:**

- Verbalización materna de satisfacción con el proceso de amamantamiento
- Patrones de comunicación madre- hijo adecuados.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<p><b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV)</p> <p><b>Clase:</b> Conocimiento sobre salud (S)</p> <p><b>Código:</b> 1800</p> <p><b>Resultado:</b> Conocimiento Lactancia Materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de la lactancia materna</li> <li>• Técnica adecuada para amamantar al bebe</li> <li>• Posición adecuada para amamantar al bebe.</li> <li>• Evaluación de la deglución del lactante</li> <li>• Evaluación del pezón</li> </ul>	<p>Ningún conocimiento (1)</p> <p>Conocimiento escaso (2)</p> <p>Conocimiento moderado (3)</p> <p>Conocimiento sustancial (4)</p> <p>Conocimiento extenso (5)</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

- Razones para evitar el uso de tetinas y suplementos artificiales.
- Técnicas adecuadas de expulsión y almacenamiento de la leche materna.
- Relación entre lactancia materna e inmunidad del lactante.

3  
3  
3

5  
5  
5

### CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo:** 5 Familia

**Clase:** X Cuidados de crianza de un nuevo bebe.

**Intervención:** Asesoramiento lactancia. 5244

- Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.
- Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebe (sujeción, succión y estado de alerta).
- Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebe.

**Campo:** 5 Familia

**Clase:** W Cuidados de un nuevo bebe.

**Intervención:** Ayuda en la lactancia 1054

- Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con él bebe para que dé el pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento.
- Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebe como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.
- Vigilar la capacidad del bebe para mamar
- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para

- Mostrar a forma de amamantar, si procede.
- Instruir en técnicas de relajación, incluyendo e masaje de los pechos
- Enseñar a la madre el crecimiento del bebe para identificar los patrones normales de los bebes alimentados con lactancia materna.
- Evaluar lo adecuado de vaciar el pecho con la alimentación.
- Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.
- Fomentar la estimulación del pecho entre tomas si se sospecha que el suministro de leche es bajo.
- Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.
- Recomendar el cuidado de los pezones,

- Observar al bebe al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución.
- Observar la capacidad del bebe para coger correctamente el pezón. (agarre)
- Enseñar a la madre a observar como mama él bebe.
- Facilitar la comodidad la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar él bebe.
- Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.
- Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebe.
- Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebe.
- Instruir a la madre acerca de las

## ALIMENTACIÓN INEFICAZ

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 2 Nutrición

**CLASE:** 1 Ingestión

**CODIGO:** 00107

**DEFINICION:** Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.

**DIAGNOSTICO:** Patrón de la alimentación ineficaz del lactante R/C hipersensibilidad oral.

**MANIFESTADO POR:**

- Incapacidad para iniciar una succión eficaz
- Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.
- Patrones de comunicación madre- hiio adecuados.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Salud Fisiológica (II) <b>Clase:</b> Digestión y Nutrición (K) <b>Código:</b> 1002 <b>Resultado:</b> Mantenimiento de la lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crecimiento del lactante dentro del rango normal</li><li>• Conocimiento de que la lactancia materna puede continuar más allá del primer año.</li><li>• Percepción de apoyo familiar para la lactancia materna.</li><li>• Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada.</li><li>• Expresión familiar de satisfacción con el proceso</li></ul>	Inadecuado (1) Ligeramente adecuado (2) Moderadamente adecuado (3) Sustancialmente adecuado (4) Completamente adecuado	3 3 3 3 3	5 5 5 5 5

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo: 3** Conductual

**Clase: S** Educación de los pacientes

**Intervención:** Enseñanza: nutrición del bebé (0 – 3 meses) **5640**

- Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los padres a alimentar solo con leche materna durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).
- Enseñar a los padres a permitir la succión no nutritiva



## ICTERICIA NEONATAL

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 2 Nutrición

**CLASE:** 4 Metabolismo

**CODIGO:** 00194

**DEFINICION:** Coloración amarillo- anaranjada de la piel y membranas mucosas del neonato que aparece a las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en la sangre.

**DIAGNOSTICO:** Ictericia Neonatal R/C edad del neonato de 1- 7 días.

**MANIFESTADO POR:**

- Piel amarillo- anaranjada
- Esclerotica amarilla
- Patrones de comunicación madre- hijo adecuados.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Salud Funcional (I) <b>Clase:</b> Crecimiento y desarrollo (B) <b>Código:</b> 0118 <b>Resultado:</b> Adaptación del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación Apgar</li> <li>• Frecuencia cardiaca (100-169 LPM)</li> <li>• Frecuencia respiratoria (30- 60)</li> <li>• Saturación de oxígeno &gt; 90 %</li> <li>• Termorregulación</li> </ul>	Desviación grave del rango normal (1) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación moderada del rango normal (3) Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)	3 3 3 3 3	5 5 5 5 5

- Coloración cutánea
- Ojos limpios
- Sequedad del cordón umbilical
- Peso
- Tolerancia a la alimentación
- Reflejo de succión
- Tono muscular
- Respuesta a estímulos
- Glucemia
- Concentración de bilirrubina
- Evacuación Intestinal

3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3  
3

5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5  
5

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo:** 5 Familia

**Clase:** W Cuidados de un nuevo bebe.

**Intervención:** Fototerapia: neonato. 6924

- Revisar el historial materno y del bebe para determinar factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad de RH o ABO, policitemia, sepsis, prematuro y mala presentación)
- Observa si hay signos de ictericia
- Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.
- Aplicar parches para cubrir los ojos.
- Colocar las luces de fototerapia encima del bebe a una altura adecuada.
- Vigilar los signos vitales según protocolo
- Evaluar el estado neurológico cada 4 horas o según protocolo
- Observar si hay signos de deshidratación (depresión de fontanelas, mala turgencia de la piel, pérdida de peso).
- Pesar a diario
- Instruir a la familia acerca de la fototerapia en cas si es el caso.

## RIESGO DE INFECCIÓN

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 11 Seguridad/ Protección

**CLASE:** 1 Infección

**CODIGO:** 00106

**DEFINICION:** Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

**DIAGNOSTICO:** Riesgo de Infección R/C aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.

**MANIFESTADO POR:**

- Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Control del riesgo y seguridad (T) <b>Código:</b> 1902 <b>Resultado:</b> Control del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reconoce factores de riesgo.</li><li>• Supervisa los factores de riesgo ambientales.</li><li>• Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.</li><li>• Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.</li><li>• Reconoce cambios en el estado de salud</li><li>• Supervisa los cambios en el estado de salud.</li></ul>	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	3 3 3 3 3	5 5 5 5 5

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo:** 4 Seguridad

**Clase:** V Control de Riesgos

**Intervención:** Protección contra las Infecciones. 6550

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas, si procede
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Fomentar la ingesta nutricional suficiente
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

## RIESGO DE ASPIRACIÓN

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 11 Seguridad / Protección

**CLASE:** 2 Lesión Física

**CÓDIGO:** 00039

**DEFINICIÓN:** Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

**DIAGNOSTICO:** Riesgo de aspiración R/C Aumento del volumen gástrico residual.

**MANIFESTADO POR:**

- Situaciones que dificultan la elevación de la parte superior del cuerpo.

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Salud Fisiológica (II) <b>Clase:</b> Cardiopulmonar (E) <b>Código:</b> 0415 <b>Resultados:</b> Estado Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frecuencia respiratoria</li><li>• Ritmo respiratorio</li><li>• Profundidad de la inspiración</li><li>• Saturación de oxígeno</li></ul>	Desviación grave del rango normal (1) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación moderada del rango normal (3) Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)	3 3 3 3	5 5 5 5

**INDICADOR (ES)**

- Uso de los músculos accesorios
- Retracción Torácica
- Cianosis
- Somnolencia
- Diaforesis
- Atelectasia
- Ruidos respiratorios accesorios
- Jadeo
- Respiraciones agónicas
- Aleteo nasal

**ESCALAS DE MEDICION**

- Grave (1)
- Sustancial (2)
- Moderado (3)
- Leve (4)
- Ninguno (5)

**PUNTUACION DIANA**

**MANTENER**

- 3
- 3
- 3
- 3
- 3
- 3
- 3
- 3
- 3
- 3

**AUMENTAR**

- 5
- 5
- 5
- 5
- 5
- 5
- 5
- 5
- 5
- 5

**CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)**

**Campo:** 2 Fisiológico Complejo

**Clase:** K Control respiratorio.

**Intervención:** Precauciones para evitar la aspiración. 3200

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
- Controlar el estado pulmonar
- Mantener una vía aérea
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Alimentación en pequeñas cantidades
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de la alimentación.
- Comprobar los residuos nasogástricos antes de la alimentación
- Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes.

## RIESGO DE CAÍDAS

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

#### SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 11 Seguridad / Protección

**CLASE:** 2 Lesión Física

**CODIGO:** 00155

**DEFINICION:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

**DIAGNOSTICO:** Riesgo de caídas R/C edad < 2 años.

**MANIFESTADO POR:**

- Falta de supervisión parental

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Conocimiento y conducta de salud (IV) <b>Clase:</b> Conocimiento sobre salud (S) <b>Código:</b> 1828 <b>Resultado:</b> Conocimiento Prevención de Caídas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso correcto de los mecanismos de seguridad</li><li>• Cuando pedir ayuda al personal</li><li>• Motivo de restricciones</li><li>• Uso adecuado de taburetes y escaleras.</li></ul>	Ningún conocimiento (1) Conocimiento escaso (2) Conocimiento moderado (3) Conocimiento sustancial (4) Conocimiento extenso (5)	3 3 3 3	5 5 5 5

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo:** 3 Conductual

**Clase:** S Educación de los pacientes.

**Intervención:** Enseñanza: seguridad del bebe (0 – 3 meses) 5645

- Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.
- Enseñar a los padres a evitar el uso de joyas o cordones en el bebe
- Enseñar a los padres a utilizar y mantener correctamente todo el equipo ( hamacas, cochecitos, parques, cunas portátiles)
- Enseñar a los padres a evitar coger al bebe mientras se fuma o se toma bebidas calientes.
- Enseñar a los padres a sujetar al bebe mientras se alimenta.
- Enseñar a los padres a prevenir caídas.
- Enseñar a los padres a comprobar la temperatura del agua del baño.
- Enseñar a los padres a no agitar, sacudir o balancear al bebe en el aire.



## RIESGO HIPOGLUCEMIA

### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO SERVICIO DE GINECOLOGÍA

#### DIAGNOSTICO ENFERMERO (NANDA)

**DOMINIO:** 2 Nutrición

**CLASE:** 4 Metabolismo

**CODIGO:** 00179

**DEFINICION:** Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa / azúcar en la sangre.

**DIAGNOSTICO:** Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C monitorización inadecuada de la glucemia.

**MANIFESTADO POR:**

- Somnolencia en el neonato

#### CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

RESULTADO(S)	INDICADOR (ES)	ESCALAS DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER	AUMENTAR
<b>Dominio:</b> Salud Fisiológica (II) <b>Clase:</b> Respuesta terapéutica (A) <b>Código:</b> 2300 <b>Resultado:</b> Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concentración sanguínea de glucosa</li><li>• Hemoglobina glicosilada</li><li>• Fructosamina</li><li>• Glucosa en orina</li><li>• Cetonas en orina</li></ul>	Desviación grave del rango normal (1) Desviación sustancial del rango normal (2) Desviación moderada del rango normal (3) Desviación leve del rango normal (4) Sin desviación del rango normal (5)	3 3 3 3 3	5 5 5 5 5

## CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

**Campo:** 2 Fisiológico Complejo

**Clase: G** Control de electrolitos y ácido - base.

**Intervención:** Manejo: Hipoglucemia. 2130

- Identificar al usuario con riesgo de hipoglucemia
- Determinar signos y síntomas de hipoglucemia.
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de Hipoglucemia (somnolencia)
- Administrar glucosa intravenosa, si está indicado.
- Mantener una vía IV permeable, si procede.
- Enseñar al paciente y familia, los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la

(Herdman T. Heather , Heath Crystal, Lunney Margaret, Scroggins Leann, Vasallo Barbara., 2009-2011)

( Moorhead Sue, Jhonson Marion, Maas Meridean L., Swanson Elizabeth., 2009)

(Bulechek Gloria M, Butcher Howard K, Dochterman Joanne McCloskey., 2009)