



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

***“Proceso Enfermero en un Recién
Nacido Pretérmino con
Sepsis Neonatal Temprana”***

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermera Especialista con
Opción Terminal en
Pediatría

Presenta:
LE. Andrea Cortázar Calderón

Junio, 2021



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

***“Proceso Enfermero en un Recién
Nacido Pretérmino con
Sepsis Neonatal Temprana”***

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermera Especialista con
Opción Terminal en
Pediatría

Presenta:
LE. Andrea Cortázar Calderón

Director de Tesina:
DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Junio, 2021

Tesina: Proceso Enfermero en un Recién Nacido Pretérmino con Sepsis Neonatal
Temprana

Número de registro académico: SIEP/EEP/012/21.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Presidente

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Secretario

MCE. Ma. Del Rosario Amador Gómez
Vocal

ME. Alejandro Torres reyes
Vocal

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Agradecimientos

A todos mis maestros de Posgrado de la Facultad de Enfermería, por la enseñanza y por ayudarme a ser una mejor profesional.

Especialmente a mi directora de tesis DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez, quien me apoyó a realizar y culminar este trabajo, con profundo afecto, gracias maestra.

Dedicatoria

Para Ángel.

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Pediatría
Fecha de Graduación Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad Título de la Tesina	Facultad de Enfermería Proceso Enfermero en un Recién Nacido Pretérmino con Sepsis Neonatal Temprana
Número de páginas	
LGAC	Cuidado Basado en la Evidencia

Introducción: La sepsis neonatal temprana aquella situación clínica procedente de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del Recién Nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, en América la incidencia de sepsis neonatal temprana se estima en 1 a 2 casos por 1,000 Nacidos Vivos (NV).

Marco Conceptual: Se utilizó el proceso enfermero como marco de referencia, así como la valoración de los 11 patrones de Margory Gordon y la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

Objetivo: Aplicar un Proceso Atención de Enfermería en el RN con diagnóstico de sepsis neonatal temprana, para brindar un cuidado integral en la práctica clínica en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), ejecutando intervenciones individualizadas con la finalidad de prevenir complicaciones.

Metodología: Caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal, el sujeto de estudio es un neonato de 48 horas de vida, diagnosticado, RN femenino pretérmino de 33 Semanas de Gestación (SDG) por Capurro, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal.

Palabras Clave: Proceso de Enfermería, Intervenciones de Enfermería, Sepsis Neonatal. (Mesh o DeCS).

Firma del Director de Tesina: DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez_____

Tabla de Contenido

	Pág.
Capítulo I	
1.1 Introducción	1
1.2 Marco de Referencia	6
1.3 Objetivo General	11
Capítulo II	
2.1 Diseño de Caso Clínico	12
2.2 Valoración Inicial de Enfermería	13
2.3 Valoración por Patrones Funcionales	17
2.4 Valoración Continua	19
2.5 Diagnóstico de Enfermería	21
2.6 Plan de Cuidados	23
2.7 Plan de Alta	39
Capitulo III	
3.1 Discusión	40
3.2 Conclusión	41
Referencias	42
Apéndices	47

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A. Asentimiento Informado	47
Apéndice B. Test Silverman-Anderson	48
Apéndice C. Valoración de Enfermería del Niño, a través de “Patrones Funcionales de Marjory Gordon”	49
Apéndice D. Evaluación del Dolor	56

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

Se entiende por sepsis neonatal temprana aquella situación clínica que proviene de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del Recién Nacido (RN) y se presenta dentro de los primeros 28 días de vida. La etiología es fundamentalmente bacteriana, pues las sepsis por hongos y virus suponen menos del 1% de los casos. Dentro de las bacterias, las más frecuentes implicadas son *Streptococcus agalactiae* o Estreptococo del Grupo B (EGB) y *Escherichia coli* (E. coli). En relación con el peso al nacimiento, el EGB es más frecuente en niños de más de 1,500 gr. (Barreto, Baloa y García, 2020).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019 (OMS, 2020), murieron alrededor de 2,4 millones de RN durante su primer mes de vida. Tres factores son la causa de la mortalidad neonatal: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves como neumonía y sepsis (25%). En países de bajo y mediano desarrollo la carga de la sepsis es más elevada y constituye principalmente una de las causas de muerte neonatal (OMS, 2011).

De igual modo, se reporta que en Estados Unidos de América la ocurrencia de sepsis neonatal temprana es de 1 a 2 casos por 1,000 Nacidos Vivos (NV);

No obstante, en países en vías de desarrollo varía de 2.2 a 9.8 sucesos por cada 1,000 nacidos vivos. En México, la segunda causa de morbilidad por sepsis bacteriana del RN es del (12%), en los primeros seis días de vida. La mortalidad es mayor entre RN con bajo peso al nacer o pretérmino (Pérez et al, 2015).

De igual manera en 2018, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) informó que en México, existe una tasa de mortalidad en niños, de cero a

cinco años, de 12.1/1,000. En Puebla, la mortalidad es mayor, pues representa el 14.4/1,000 N. V. (INEGI, 2019).

Las manifestaciones clínicas de la sepsis neonatal temprana son imprecisas y cambiantes, ya que depende del riesgo en cómo se presenten. Los datos más relevantes son: hipotermia e hipertermia, dificultad para respirar, pausas respiratorias, apneas, distensión abdominal, hepatomegalia, letargia, hipoactividad, palidez de tegumentos, oliguria, cianosis, coloración marmórea, convulsiones, ictericia, irritabilidad, esplenomegalia, evacuaciones líquidas, emesis, hipotensión, petequias, leucopenia, trombocitopenia y acidosis respiratoria. Para ratificar el diagnóstico de sepsis vertical se deben de cumplir ciertos criterios como: signos clínicos de sepsis, trombocitopenia, leucocitosis, neutropenia, etc., variación en la proteína C Reactiva (PCR) > 10-15 mg/L, procalcitonina (PCT) > 3 ng/ml) y hemocultivo positivo a germen patógeno (Fernández, López, Coto, Ramos e Ibáñez, 2008).

Por una parte, si se identifican signos clínicos de sepsis vertical se debe iniciar el tratamiento de manera empírica con gentamicina y ampicilina cuyo espectro aísla los principales gérmenes relacionados en dichas infecciones (Fernández et al, 2008).

Los RN son muy vulnerables, especialmente los prematuros, pues la principal causa que favorece al desarrollo de la infección, es la inmadurez en el sistema inmunológico del neonato.

Por otra parte, Urbanovská, Pedro y Sim (2020), realizaron un estudio de caso, con un RN hospitalizado a las 72 horas de vida en un servicio de neonatología, su objetivo fue detallar los diagnósticos e intervenciones de enfermería en el vínculo madre-hijo que son permanentes con el diagnóstico de sepsis neonatal aplicando la taxonomía NANDA-I. De acuerdo a la valoración de enfermería se encontraron siete

diagnósticos. RN: patrón respiratorio ineficaz, riesgo de glucosa en sangre inestable; ictericia neonatal; riesgo de volumen de líquido deficiente. Respecto a la madre: control sanitario ineficaz; lactancia materna interrumpida; disposición mejorada para tomar decisiones. Los programas de desarrollo social y de apoyo a grupos vulnerables ayudan a disminuir la morbilidad materna e infantil.

Igualmente, Maya (2018) realizó un estudio de investigación bibliográfica y analítica. Elaborando un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en sepsis neonatal precoz, con el fin de proporcionar cuidados de enfermería con calidez, utilizando habilidades mediante el PAE, apoyándose en la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon, pues en dicha valoración que se constituye como esencial, para alcanzar los objetivos planteados, enriqueciéndose con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, se realizó el plan de cuidados con dos diagnósticos de enfermería, los cuales fueron deterioro de la ventilación espontánea y termorregulación ineficaz. El rol del personal de enfermería es fundamental, puesto que el conocimiento científico nos contribuye a ejecutar intervenciones pertinentes con base a lo valorado, para llegar a cumplir las expectativas en cuanto a salud del paciente.

También Obando (2019), se planteó como objetivo elaborar un PLACE, en un neonato con sepsis neonatal temprana, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en un Hospital de Perú, concientizándose que esto los guiaría a un diagnóstico enfermero y un plan de cuidados conveniente. Examinó el caso de un neonato de un día de vida, sexo femenino que se encontraba en la UCIN con diagnóstico médico de sepsis neonatal temprana. Se plantearon 5 diagnósticos de enfermería que son prioritarios para la restitución o recuperación de la salud del neonato: hipertermia, patrón de alimentación ineficaz, ictericia neonatal, ansiedad de

la madre, limpieza ineficaz de las vías aéreas; para ello se consideraron las 14 necesidades de Virginia Henderson que son imprescindibles en el paciente. Al aplicarse las intervenciones de enfermería a la paciente se evaluaron y optimizaron dichas necesidades como la respiración, hidratación, nutrición, expulsión de secreciones y temperatura corporal. Obteniendo como resultado que las intervenciones de enfermería realizadas a la paciente, fueron satisfactorias, poniendo en práctica la Teoría de Virginia Henderson, con ello se obtuvo la recuperación de su salud.

A su vez, Macedo (2018) a través de una revisión de historia clínica y bibliográfica, realizó la valoración de un RN conforme a los 13 dominios en enfermería (NANDA), posterior a ello, se establecieron los diagnósticos de enfermería, conforme a la priorización de la importancia en cuanto a la salud, obteniendo los siguientes: hipertermia, patrón respiratorio ineficaz, riesgo de aspiración y riesgo de infección, finalmente se realizaron intervenciones específicas para cada una de las etiquetas diagnósticas y con ello evaluó el proceso, obteniendo resultados benéficos. De igual manera, menciona la importancia de evaluar continuamente los resultados, pues es imprescindible para identificar si las actividades planeadas contribuyeron en la salud del RN.

Asimismo, Mujica (2018) realizó un estudio, en un paciente con sepsis neonatal, con el objetivo de identificar los diversos cambios que se evalúan y la forma de actuar del enfermero para interpretarlas, y así elaborar un plan de atención de Enfermería; de ahí la relevancia del plan de cuidados, ya que aporta un instrumento, que contribuye al área de enfermería a evaluar neonatos ingresados a la UCIN, elaborar los diagnósticos de Enfermería conforme al análisis de la información obtenida y poner en marcha el plan de cuidados. Se obtuvieron los siguientes

diagnósticos de enfermería, deterioro del intercambio gaseoso, hipertermia, alteración del gasto cardiaco, desequilibrio nutricional por defecto, deterioro de la eliminación urinaria y déficit del autocuidado. De forma general es de suma importancia para los profesionales de enfermería, puesto que es una guía para la implementación y justificación de los cuidados adecuados y afines con las necesidades de atención a la salud del paciente.

De igual manera, Maldonado (2017), realizó un estudio de caso, analítico, descriptivo, de corte transversal, de recolección retrospectiva, del tipo casos y controles, para examinar las acciones de Enfermería en neonatos con sepsis en el Hospital San Vicente de Paúl, manifestando que es de suma importancia optimizar la salud neonatal, mediante intervenciones que ayuden a disminuir la morbilidad y mortalidad, se tomó como muestra a 14 enfermeras de UCIN y se comprobó que el desempeño en el cumplimiento de los protocolos en cuanto a la prevención y protección, particularmente de sepsis, arrojando las siguientes cifras: atención a RN con accesos venosos 83%, con ventilación 73%, prematurez y peso bajo 43%, prevención de infecciones 49%. De igual forma, se evidenció que el 62% de los profesionales de enfermería cuentan con las habilidades y destrezas para el manejo de esta enfermedad; se deduce que se presentan anomalías en el cuidado de neonatos, ello derivó en el desarrollo de una guía práctica, con la intención de mejorar y estandarizar los procedimientos de enfermería en pacientes con sepsis neonatal.

Por ende en los cuidados del RN es prioritario una atención especializada del personal de Enfermería, para brindar cuidados de calidad, realizando actividades específicas y complejas en neonatos pues es indispensable para el desarrollo del método científico que se verá reflejado en un proceso de enfermería, conforme a la complejidad del estado de salud del paciente, con la finalidad de que las

intervenciones de enfermería se respalden con una metodología científico-tecnológica, permitiendo desarrollar habilidades y cuidados de alta especialidad (Gallardo, 2016).

1.2 Marco de Referencia

Bajo este contexto, el Proceso de Atención de Enfermería es un instrumento metodológico, que promueve proporcionar cuidados a individuos o familias sanas o enfermas mediante una atención estandarizada. Diversos autores detallan el concepto de proceso de enfermería como un sistema metódico que proporcionar cuidados humanistas con el propósito de alcanzar objetivos y resultados deseados de manera eficaz (Alfaro, 1999). El proceso enfermero es:

- a) Sistemático. Consta de cinco fases que son: *valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.*
 - Valoración. esta etapa radica en la recogida, clasificación y validación de los datos concernientes al estado de salud del individuo sano o enfermo. Se utiliza la entrevista como instrumento, además de la observación y exploración física.
 - Diagnóstico: segunda etapa del proceso, es el enunciado del problema real potencial de la persona. Sirve de base para pasar a la etapa de Planeación. En relación con los diferentes tipos de diagnósticos encontramos: diagnósticos reales, de riesgo o de bienestar.
 - Planeación. es la organización del plan de cuidados, se deben establecer unas prioridades, plantear unos objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona. Las intervenciones pueden ser independientes e

interdependientes, independientes, las ejecuta el profesional de enfermería y las segundas son desarrolladas en conjunto con otros profesionales de salud.

- Ejecución. Es llevar a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.
 - Evaluación. Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son la eficacia y efectividad. Esta etapa es continua, ya que pueden resolverse los diagnósticos establecidos, o bien, surgir otros nuevos, se puede modificar el plan de cuidados para que la atención resulte efectiva.
- b) Dinámico. Conforme la enfermera va adquiriendo habilidades y destrezas, se somete a cambios constantes que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Con la intención de lograr los objetivos finales.
- c) Humanístico. Ya que se considera al hombre como un ser holístico en cuerpo, mente y alma. Las intervenciones se realizarán tomando en cuenta las diferentes esferas del hombre, y no fraccionarlo por partes.

Para el presente trabajo se utilizará el formato de valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, con la que se obtendrán datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales y del entorno), utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, para implementar la planificación de los cuidados, utilizando un lenguaje estandarizado.

Según Kenney y Christensen (1986), el PLACE “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/ cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”.

Se han establecido diversos planes de cuidados, de los cuales resaltan los siguientes (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería y Comisión Permanente de Enfermería, 2011):

- Individualizado: se registran las afecciones del individuo. Se plantean objetivos e intervenciones de enfermería para un paciente concreto. Se realiza en un tiempo prolongado.
- Estandarizado: es un instrumento que nos permite, facilita y optimiza el trabajo de enfermería y se enfoca en pacientes que padecen complicaciones previsibles con una patología.
- Estandarizado con modificaciones: es flexible al facilitar la individualización en los padecimientos particulares de cada paciente.
- Computarizado: se utiliza un sistema informático, para vaciar los datos del paciente. Su eficacia reside en poder especificarlo a un paciente en concreto.

A continuación, se describe la taxonomía: NANDA, NOC, NIC.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), asociación norteamericana de diagnóstico de enfermería. La taxonomía NANDA (Herdman y Kamitsuru, 2019), proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales (López, Amoedo, y Toro, 2007). El diagnóstico enfermería es una herramienta de cuidados dentro del proceso de enfermería, su importancia reside por mostrar la identificación del problema que asistirá el enfermero, pues será el fundamento para seleccionar las actividades de enfermería que nos lleven a lograr los objetivos planteados. El

diagnóstico real según la NANDA consta de una etiqueta, definición del diagnóstico, características definitorias y factores relacionados; el diagnóstico potencial abarca el diagnóstico, su significado y factores de riesgo (Longaray, Almeida, y Cezaro, 2008).

NOC (Nursing Outcomes Classification), clasificación de resultados de enfermería. La taxonomía NOC (Moorhead, Johnson, Mass y Swanson, 2013), se emplea para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados provenientes de las intervenciones de enfermería. Se contienen objetivos deseados, indicadores y escalas de medición. simbolizan la parte más precisa de la clasificación y reflejan los cambios transformados o sostenidos que se pretenden lograr en las personas, provenientes de las intervenciones de enfermería. Los resultados se componen de un nombre, una definición e indicadores y medidas para su estimación mediante escalas. El Indicador nos permite medir y valorar los resultados de las acciones de enfermería, utiliza una escala tipo Likert para medir el nivel en el que se encuentra.

NIC (Nursing Interventions Classification), clasificación de intervenciones de enfermería. La taxonomía NIC (Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2018), es una clasificación total y homogénea del cuidado que proporciona enfermería, con la finalidad de lograr en el paciente el resultado fijado. Se conforma por dos elementos: intervenciones y actividades de enfermería. Las intervenciones son habilidades específicas elaboradas para asistir a la persona, familia o comunidad a alcanzar los resultados esperados, son generales e incluyen varias actividades. Pueden ser: Independientes: son las intervenciones de enfermería encaminadas a la atención de respuestas humanas, se posee con el marco legal para ejecutarlas. No se necesita una prescripción del médico. Estas intervenciones se llevan a cabo para

lograr el resultado esperado. Interdependientes: son las acciones que se realizan en conjunto con otros profesionales de salud; como médicos, nutriólogos, estomatólogos, fisioterapeutas entre otros expertos.

A su vez la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2012), pone a disposición del personal las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: Identificar los factores de riesgo para sepsis neonatal, Diagnosticar y tratar oportunamente a los pacientes con sepsis neonatal. Referir tempranamente cuando esté indicado, a los pacientes con sepsis neonatal al segundo o tercer nivel de atención.

1.3 Objetivo General

- Aplicar un Proceso Atención de Enfermería en el RN con diagnóstico de sepsis neonatal temprana, para brindar un cuidado integral en la práctica clínica en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), ejecutando intervenciones individualizadas con la finalidad de prevenir complicaciones.

1.3.1 Objetivos Específicos.

- Valorar de forma integral al RN a través de la guía de valoración por patrones de salud de Marjory Gordon.
- Realizar un juicio clínico a los procesos vitales reales, potenciales o de riesgo del RN, priorizando el patrón funcional afectado.
- Realizar planes de cuidados individualizados utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

- Utilizar recomendaciones y puntos de buena práctica a través de la Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Capítulo II

2.1 Diseño de Caso Clínico

Caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal, el sujeto de estudio es un neonato de 48 horas de vida, diagnosticado, RN femenino pretérmino de 33 Semanas de Gestación (SDG) por Capurro, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparo cardiorrespiratorio, hospitalizada en el servicio de pediatría, en la unidad de cuidados intensivos neonatales de segundo nivel del estado de Puebla, en el periodo del 2 de noviembre al 8 de noviembre de 2020.

Los datos recolectados se obtuvieron a partir de información derivada de: observación directa, exploración física del neonato, historia clínica del paciente, revisión del expediente clínico, entrevista con la madre de la niña, utilizando el marco de referencia de Marjory Gordon con los 11 patrones funcionales de salud, realizando un análisis crítico de la obtención de datos objetivos y subjetivos, de donde se obtuvo el diagnóstico principal del paciente priorizando las intervenciones, la revisión bibliográfica fue realizada en las siguientes bases de datos: BVS, Scielo, Medline, Google Académico, utilizando como criterios de búsqueda: proceso de enfermería, intervenciones de enfermería, cuidados de enfermería, sepsis neonatal temprana, se seleccionaron artículos en Inglés y Español. Y se elaboró un PAE utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC y EBE con Guía de Práctica Clínica de la Comisión Permanente de Enfermería.

2.2 Valoración Inicial de Enfermería

2.2.1 Datos de identificación.

Nombre del paciente: RN M. R. Parentesco del cuidador principal: Madre

Peso a su ingreso: 1800 gramos peso actual: 1780 gramos

Fecha de nacimiento: 2. 11.2020 edad: 2 DVEU

Sexo: Femenino Lugar de residencia: Puebla, Puebla

Religión: católica

Diagnósticos médicos: RN femenino pretérmino de 33 Semanas de Gestación (SDG) por Capurro, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio.

2.2.2 Observación del entorno.

Se encuentra RN en sala general del área de UCIN en cuna de calor radiante, con cardiomonitoreo continuo, conectada a ventilador mecánico Hamilton.

2.2.3 Datos históricos.

El día primero de noviembre la madre presenta dolor abdominal tipo cólico, sin acudir a recibir atención médica sin remisión de dolor, no obstante horas después acude a su unidad médico familiar para valoración, el cual ingresa en periodo expulsivo de trabajo de parto, se recibe RN sin previa asepsia y antisepsia se refiere corte de cordón umbilical con material estéril, aplicación de vitamina K, dosis no especificada y cloranfenicol oftálmico, se traslada a unidad hospitalaria en donde se recibe recién nacido con hipotermia con datos de dificultad respiratoria con tiraje intercostal y quejido respiratorio la cual se progresa a fase II de la ventilación. Se inicia antibioterapia con ampicilina 50 mg/kg/dosis y amikacina 15 mg/kg/día, se califica Capurro de 33 SDG, Apgar 8/9, Silverman Anderson 2 puntos. Laboratorios:

biometría hemática 15.2 hematocrito 43.8, leucocitos: 5.575, neutrófilos: 20 %, linfocitos: 66%, plaquetas 278,000. Química sanguínea: glucosa 45 mg/dl, urea 45, creatinina 0.7, proteína c reactiva: menor a 5.

2.2.4 Antecedentes perinatales.

Producto de la gesta 2, madre de 18 años de edad que cursa con atención prenatal a partir del primer trimestre a las 12 SDG, con 4 consultas en su unidad de derechohabencia, VDRL y VIH no realizados, ingesta de hierro desde tercer mes de gestación, inmunizaciones no aplicadas, con ultrasonido único durante la gestación referido como normal, infección de vías urinarias durante el primer trimestre tratada con antibioterapia no específica y remitida clínicamente, niega cursar con cervicovaginitis, el producto nace el día 2 de noviembre del 2020 a las 7:30 horas con peso de 1800 gramos, Capurro de 33 SDG, Apgar 8/9, Silverman Anderson no especificado.

2.2.5 Antecedentes personales patológicos

Signos vitales: frecuencia cardiaca 136 latidos por minuto, presión arterial sistólica 64 mmHg, diastólica 44 mmHg, presión arterial media de 50 mmHg. En ventilación mecánica 50 ciclados por minuto Fio2 50%, temperatura 37.9 °C saturación de oxígeno 99%, llenado capilar de 2 segundos, peso 1780 gramos, talla 48 cm.

4-11-2020 Paciente RN pretérmino de 33 SDG por Capurro al nacimiento, 2 días de vida extrauterina, actualmente se encuentra en cuna de calor radiante, en fase III de la ventilación controlado por volumen, con apoyo aminérgico a base de dobutamina 5 mcg/kg/minuto, para mejorar distribución de volemia, paciente con precordial normo dinámico, ruidos cardiacos rítmicos, segundo tono aumentado, sin soplos o reforzamientos, llenado capilar distal de 2 segundos. Catéter percutáneo

miembro torácico izquierdo, fijo en 20 cm, al momento funcional. Paracetamol 15 mg/kg/dosis, para cierre farmacológico de conducto arterioso. Se mantiene ventilación mecánica controlada por volumen, Vt 5 ml/kg, Fio2 al 50%, 50 ciclados por minuto, PEEP 6, tórax íntegro, adecuada mecánica ventilatoria, campos pulmonares ventilados, continúa con micronebulizaciones a base de budesonide 125 mcg/kg/dosis, salbutamol / bromuro de ipratropio 0.1 mg/kg/dosis. Nutrición parenteral con líquidos totales 100 ml/kg/día presenta glucemia de 96 mg/dl, sin datos de deshidratación, ni sobrecarga hídrica, uresis 2.35ml/kg/hr. Presenta inestabilidad de la temperatura corporal, de 35.8°C - 38 °C, estancia en cuna térmica; se reportan laboratorios con presencia de leucopenia y positividad de la procalcitonina para los días de vida, se agrega cobertura antimicrobiana a cefotaxima 50 mg/kg/dosis, continuando con amikacina 15 mg/kg/dosis en su día 4. Se mantienen ayuno con sonda gástrica derivación 8 fr, presentando gasto gástrico, abdomen simétrico blando, perímetro abdominal de 26.5 cm, deprevisible, sin distensión, sin masas palpables, peristalsis disminuida, muñón umbilical sin datos de proceso infeccioso o sangrado activo, sin gasto fecal. Sedación con fentanilo 5 mcg/kg/dosis cada 4 horas, a la exploración física paciente, reactiva a estímulos externos, cráneo, normocéfalo con fontanela anterior normotensa de 1 x 1.5 cm, posterior puntiforme, pupilas puntiformes reactivas a la luz, tono activo y pasivo adecuado para la edad, con reflejos primitivos presentes, sin presencia de movimientos anormales.

2.2.6 Estudios de laboratorios.

Biometría hemática 13.2, hematocrito 39.8, leucocitos: 2.8, neutrófilos: 13%, neutrófilos en banda 0, plaquetas 245,000, procalcitonina 1.34.

Gasometría venosa con acidosis respiratoria, normoxemica: ph:7.23, Pco2: 50.5, Po2:45, HCO3:20.9

Hemocultivo: central y preriferico negativo

Radiografía abdominal y de tórax.

2.2.7 Valoración física (Cefalocaudal).

Paciente RN pretérmino de 33 SDG por Capurro, 3 días de vida extrauterina, palidez de tegumentos, llenado capilar de 2 segundos.

Piel: palidez de tegumentos, diatérmico.

Cabeza: cráneo normocéfalo con fontanela anterior normotensa, posterior puntiforme, pabellones auriculares con adecuada implantación

Cuello: cuello cilíndrico sin masas palpables

Ojos: simétricos, pupilas isocóricas normoreflexicas,

Boca y faringe: narinas y coanas permeables, paladar y labios íntegros

Aparato respiratorio/exploración de tórax: con tubo endotraqueal no. 3, fijo en 8 cm, tórax íntegro, adecuada entrada y salida de aire, campos pulmonares bien ventilados sin estertores ni sibilancias a la auscultación.

Aparato cardiovascular: precordio normo dinámico, ruidos cardiacos rítmicos segundo tono aumentado, sin soplos o reforzamientos, llenado capilar distal de 2 segundos, presión arterial dentro de rangos normales.

Abdomen: abdomen blando depresible, con sonda orogástrica 8 fr a derivación sin presencia de gasto, muñón umbilical sin datos de sangrado activo.

Extremidades: simétricas, eutróficas, miembros torácicos íntegros, con pulsos periféricos presentes en las 4 extremidades llenado capilar distal de 2 segundos, reflejos primarios presentes y normales para la edad sin movimientos anormales.

Genitales: genitales fenotípicamente femeninos sin alteraciones

Columna vertebral: sin solución de continuidad

2.3 Valoración por Patrones Funcionales

Patrón 1 Percepción de la salud-control de la salud.

Al interrogatorio la madre refiere que cursaba un embarazo aparentemente sano, hasta el día 1-11-20, cuando se presentan las complicaciones del neonato y su ingreso a la unidad hospitalaria.

RN con CPAP nasal, Fio2 al 70%, PEEP 6, 5 litros por minuto, con presencia de polipnea, frecuencias respiratorias arriba de 70 por minuto, desaturaciones de 76 %, sin presentar mejoría al aumento del Fio2, aumentando Silverman Anderson a 3 a expensas de tiraje intercostal leve, disociación toracoabdominal marcado, con mecánica ventilatoria irregular, con estertores de predominio en hemitórax derecho, por lo anterior se decide progresar a fase III de la ventilación, tubo endotraqueal no. 3, fijo en 7.5 cm.

El día 4 de noviembre del 2020 a las 3:40 horas reporta desaturaciones hasta 75%, bradicardia menor de 60 latidos por minuto, se inician compresiones torácicas y ventilación, dando 2 ciclos sin mejoría en frecuencia cardiaca, se realiza cambio de tubo endotraqueal, así como la administración de adrenalina 1:10000(0.6ml), se da un tercer ciclo, con mejoría de la frecuencia cardiaca. Se toma control gasométrico en el cual se reporta ph: 7.21, Pco2: 37.7, Po2:60.7, HCO3:14.8, BE: -12.1, lactato: 5.72. Se inicia infusión de dobutamina a 5 mcg/kg/minuto

Actualmente se encuentra RN femenino en el servicio de pediatría en UCIN, en cuna térmica, con palidez de tegumentos, distérmico, bajo efecto de sedación con fentanil, apoyo aminérgico a base de dobutamina en infusión a 5 mcg/kg/minuto con una frecuencia cardiaca de 136 latidos por minuto, en fase III de la ventilación con cánula endotraqueal número 3, fijo en 7.5 cm, secreciones por cánula y boca, espesas

amarillas abundantes. Catéter percutáneo 2 fr, fijo en 20 cm, doble lumen en miembro superior izquierdo, se observa edema y endurecimiento en trayecto de catéter. Continúa tratamiento con manejo antimicrobiano con base de cefotaxima y amikacina. Se indica paracetamol para cierre farmacológico de conducto arterioso, inhaloterapia con budesonide y salbutamol / bromuro de ipratropio.

Patrón 2 Nutricional-metabólico.

Peso: 1780 gramos, talla: 48 cm. Se mantiene en ayuno, con aporte nutricional parenteral, 100 ml/kg/día y solución glucosada al 5% a 0.2 ml por hora, glucemia capilar de 120mg/dl.

Patrón 3 Eliminación.

Paciente, sin presencia de uresis, posteriormente se colocó sonda vesical con uresis de 2.35 ml/kg/hr. Sonda orogástrica 8 fr a derivación con gasto en posos de café, abdomen simétrico, blando, con perímetro abdominal de 27 cm, depresible, no hay presencia de distensión, peristalsis disminuida y evacuaciones ausentes. Con secreciones amarillentas abundantes

Patrón 4 Actividad-ejercicio.

Se encuentra en cuna de calor radiante, bajo efecto de sedación, reactiva a estímulos externos, en fase III de la ventilación con cánula endotraqueal del número 3 con tórax íntegro y adecuada mecánica ventilatoria.

Patrón 5 Sueño-reposo.

Se mantiene bajo efecto de sedación con fentanilo a 5 mcg/kg/dosis cada 4 horas, reactiva al estímulo externo.

Patrón 6 Cognitivo-perceptual.

Hipoactiva, reactiva a estímulos externos, pupilas reactivas a la luz, tono activo y pasivo adecuado para la edad, con reflejos primitivos presentes, sin presencia de movimientos anormales.

Patrón 7 Auto percepción.

No aplica.

Patrón 8 Rol-relación.

No aplica.

Patrón 9 Sexualidad-reproducción.

Genitales fenotípicamente femeninos sin alteraciones.

Patrón 10 Afrontamiento y tolerancia.

No aplica.

Patrón 11 Valores y creencias.

Menciona la madre que son creyentes de la religión católica, y conserva la esperanza que su hija se pondrá bien.

2.4 Valoración continua.

5 de noviembre del 2020 8:00 horas

Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud

Paciente que se encuentra con apoyo aminergico a base a dobutamina a 5 mcg/kg/minuto, manteniendo frecuencia cardiaca de 162 latidos por minuto, presión arterial sistólica de 63 mmHg, diastólica 31 mmHg, presión arterial media 45 mmHg, llenado capilar de 2 segundos, saturación de oxígeno 95 %,. Temperatura de 37.2° C, en cuna térmica, presenta palidez de tegumentos. Continúa tratamiento con manejo antimicrobiano a base de cefotaxima y amikacina, paracetamol para cierre farmacológico de conducto arterioso.

Patrón 2 Nutricional-Metabólico

Con aporte de nutrición parenteral, glucemia capilar de 126 mg/dl. Se mantiene en ayuno, sonda orogástrica 8 fr. Hallazgos a nivel radiológico compatible con enterocolitis necrotizante, abdomen simétrico con distensión, perímetro de 29 cm, peristalsis disminuida.

Patrón 3 Eliminación

Se mantiene con sonda orogástrica 8 fr a derivación con trayecto de sonda con trazas hemáticas, sin presencia de evacuaciones. Se reporta uresis de 3.5 ml/kg/hora.

Patrón 4 Actividad-Ejercicio

Se encuentra en fase III de la ventilación con cánula endotraqueal número 3, fija en 7.5 cm, tórax íntegro adecuada mecánica ventilatoria, campos pulmonares ventilados con presencia de sibilancias. Continúa con micronebulizaciones con budesonide, salbutamol con bromuro de ipratropio, presenta secreciones abundantes con características amarillentas.

8 de noviembre del 2020 8:00 horas

Patrón 1 Percepción de la Salud-Control de la Salud

Paciente activa, reactiva a los estímulos externos, irritable al tacto, con CPAP nasal, PEEP 6, Fio2 21 %, con tiraje intercostal leve, aleteo nasal, secreciones blanquecinas escasas, estertores y sibilancias ausentes.

Patrón 2 Nutricional-Metabólico

Se mantiene en ayuno, nutrición parenteral, con sonda orogástrica 8 fr a derivación, con gasto biliar, con distensión abdominal 28 cm, peristalsis disminuida.

Patrón 3 Eliminación

Se continúa con sonda orogástrica 8 fr, con gasto biliar. Deposiciones con meconio, pegajosas, densas y de color verde oscuro. Uresis de 1.83 ml/kg/hora.

Patrón 4 Actividad-Ejercicio

Avanza a fase II de la ventilación con CPAP nasal número 3, con tiraje intercostal de 1 punto según la escala de Silverman, Anderson, (apéndice b), campos pulmonares ventilados, con aspecto de secreciones blanquecinas escasas. Continúa con micronebulizaciones con budesonide, salbutamol con bromuro de ipratropio.

2.5 Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 04 Actividad/Reposo Clase: 04 respuestas

cardiovasculares/pulmonares Diagnóstico de enfermería 1: (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios, inmadurez neurológica, hiperventilación. m/p alteración en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos, disminución de la capacidad vital, disminución de la capacidad inspiratoria y espiratoria, usos de los músculos respiratorios para respirar.

Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 02 Lesión física

Diagnóstico de enfermería 2: (00031) Limpieza ineficaz de las vías áreas r/c vía área artificial, mucosidad excesiva, retención de las secreciones m/p sonidos respiratorios adventicios (sibilancias), alteración en el patrón respiratorio

Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 06 Termorregulación

Diagnóstico de enfermería 3: (00008) Termorregulación ineficaz r/c RN pretérmino de 33 SDG, sepsis neonatal temprana, aumento de la demanda de oxígeno m/p alteraciones de la temperatura corporal por arriba y debajo del rango normal, palidez moderada, piel fría al tacto.

Dominio: 03 Eliminación e intercambio Clase: 02 Función gastrointestinal

Diagnóstico de enfermería 4: (00196) Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c prematuridad, sepsis neonatal temprana, agente farmacológico m/p abdomen distendido, aumento en residuo gástrico, residuo gástrico color bilioso, trazas hemáticas, cambio ruidos intestinales

Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 01 Infección

Diagnóstico de enfermería 5: (00004) Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: leucopenia, neutropenia, colocación de catéter intravenoso, intubación endotraqueal.

2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la Persona: M.R. Edad: 2 DVEU Fecha de Ingreso: 2/11/2020 Servicio/ Contexto: UCIN

Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio

Dominio 4: Actividad /Reposo Clase: 04 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares	Resultados Esperados				
	Dominio: 02 Salud Fisiológica Clase: E Cardiopulmonar				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios, inmadurez neurológica, hiperventilación m/p alteración en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos, disminución de la capacidad vital, disminución de la capacidad inspiratoria y espiratoria, usos de los músculos respiratorios para respirar.	Mejorar el estado respiratorio: ventilación	040301 frecuencia respiratoria (2) 040302 ritmo respiratorio (2) 040303 profundidad de la respiración (2) 040309 Utilización de los músculos respiratorios (2) 040310 ruidos respiratorios patológicos (2) 040311 retracción torácica (2)	1. Desviación Grave del rango normal 2. Desviación Sustancial del rango normal 3. Desviación Moderada del rango normal 4. Desviación Leve del rango normal 5. sin desviación del rango normal	Desviación sustancial del rango normal (2)	Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Intervenciones de Enfermería NIC: 3390 Ayuda a la ventilación	Intervenciones de Enfermería NIC: 3140 Manejo de la vía aérea
<p>Campo: 02 Fisiológico: Complejo Clase: K control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conservar vía aérea permeable • Examinar ruidos respiratorios observando los sitios de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos patológicos. • Vigilar datos de deterioro de los músculos respiratorios. • Proporcionar oxígeno suplementario, conforme a las necesidades del paciente y prescripción médica. • Ministran medicación para disminuir el dolor y así prevenir la hipoventilación. 	<p>Campo: 02 Fisiológico: Complejo Clase: K control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al paciente en una posición adecuada para maximizar el potencial de ventilación. • Colocar una vía aérea de acuerdo a los requerimientos (cánula endotraqueal, CPAP) • Eliminar secreciones mediante succión • Valorar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, solo por razón necesaria. • Ministran broncodilatadores, según corresponde • Proporcionar oxígeno humidificado y calentado. • Mantener estado respiratorio y de oxigenación necesarios para el neonato.

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 5/11/2020

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería	
00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga de los músculos respiratorios, inmadurez neurológica, hiperventilación m/p alteración en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos, disminución de la capacidad vital, disminución de la capacidad inspiratoria y espiratoria, usos de los músculos respiratorios para respirar.	Nombre de la Persona: <u>RN.M.R.</u> Edad: 2 DVEU Servicio/ Contexto: unidad de cuidados intensivos neonatales Fecha: 5/11/2020 Hora: 8:00 horas
Intervenciones Realizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a la ventilación. • Se mantuvo con ventilación mecánica con un tubo endotraqueal del número 3. • Se vigiló el patrón respiratorio, auscultando sibilancias, se dio fisioterapia vibratoria. • Se vigilaron datos de dolor y se manejó con analgesia a base de paracetamol. 	<p>Evaluación cuantitativa: 2 Resultado esperado: levemente comprometido 4 Puntuación basal: 2 Conocimiento post intervención: levemente comprometido 4 Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y post intervención: Frecuencia respiratoria (2-3) Ritmo respiratorio (2-4) Profundidad de la respiración (2-4) Utilización de los músculos respiratorios (2-4) Ruidos respiratorios patológicos (2-5) Retracción torácica (2-4)</p> <p>Evaluación Cualitativa: Mejoró su patrón respiratorio.</p>

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 5/11/2020

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la Persona: M.R. Edad: 2 DVEU Fecha de Ingreso: 2/11/2020 Servicio/ Contexto: UCIN

Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio

Dominio:11 seguridad/protección Clase: 02: lesión física	Resultados Esperados				
	Dominio:02 Salud Fisiológica Clase: E Cardiopulmonar				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
00031 Limpieza ineficaz de las vías áreas r/c vía área artificial, mucosidad excesiva, retención de las secreciones m/p sonidos respiratorios adventicios (sibilancias).	0410 Mejorar el estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	41004 frecuencia respiratoria (2) 41005 ritmo respiratorio (2) 41007 ruidos respiratorios (2) patológicos 410012 capacidad para eliminar secreciones (1) 41013 aleteo nasal (3) 41018 uso de los músculos accesorios (2)	1. Desviación Grave del rango normal 2. Desviación Sustancial del rango normal 3. Desviación Moderada del rango normal 4. Desviación Leve del rango normal 5. sin desviación del rango normal	Desviación sustancial del rango normal (2)	Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Intervenciones de Enfermería NIC:3160 Aspiración de las vías aéreas	Intervenciones de Enfermería NIC:3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
--	---

<p>Campo: 02 fisiológico: complejo Clase: K control Respiratorio Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el requerimiento de la aspiración de secreciones. • Escuchar ruidos respiratorios previamente y posteriormente a la aspiración de secreciones. • Aplicar la presión mínima al momento de aspirar las secreciones (50-80 mmHg). • Vigilar la oxigenación del neonato, estado neurológico y hemodinámico, inmediatamente antes, durante después de la succión. • Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. • Observar las características de las secreciones como la coloración, cantidad y consistencia. • Recolectar muestra de las secreciones y enviarlas para cultivo y antibiograma. • Mantener un protocolo de barrera y protección personal al momento de realizar una actividad de riesgo de contagio. • Vigilar datos de dolor. 	<p>Campo: 02 fisiológico: complejo Clase: K control Respiratorio Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de manos. • Emplear precauciones universales. • Proporcionar una humidificación del 100% al gas, oxígeno o aire inspirado. • Marca la referencia en centímetros en el tubo traqueal para comprobar posibles desplazamientos. • Realizar cuidados orales. • Observar las alteraciones del volumen expirado y presión inspiratoria del neonato durante la ventilación mecánica. • Mantener el equipo para intubar y una bolsa de reanimación en un sitio de fácil disponibilidad.
---	---

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 6/11/2020

Ejecución y Evaluación del Cuidado

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	
<p>Dominio:11 seguridad/protección Clase: 02: lesión física 00031 limpieza ineficaz de las vías áreas r/c vía área artificial, mucosidad excesiva, retención de las secreciones m/p sonidos respiratorios adventicios (sibilancias).</p>	<p>Nombre de la Persona: <u>RN.M.R.</u> Edad: 2 DVEU Servicio/ Contexto: unidad de cuidados intensivos neonatales Fecha: 6/11/2020 Hora: 8:00 horas</p>
Intervenciones Realizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Se valoró la aspiración de secreciones en caso de ser necesario. • Se auscultaron ruidos respiratorios previo y posterior a la aspiración. • Se utilizó de forma reducida la presión para extraer secreciones. • Se monitorizo los parámetros de oxígeno del neonato, su estado neurológico y hemodinámico, inmediatamente antes, previo y posterior a la aspiración. • Se aspiró la orofaringe después de terminar la succión traqueal • Se observó las características de las secreciones y se mandaron para su estudio al laboratorio. • Se utilizó un equipo de barrera al momento de aspirar las secreciones. 	<p>Evaluación cuantitativa: 2 Resultado esperado: levemente comprometido 4 Puntuación basal: 2 Conocimiento post intervención: levemente comprometido 4 Puntuación cambio: +2 Indicadores basales y post intervención: Frecuencia respiratoria (2-3) Ritmo respiratorio (2-3) Ruidos respiratorios patológicos (2-4) Capacidad para eliminar secreciones (1-1) Aleteo nasal (3-4) Uso de los músculos accesorios (2-4) Evaluación Cualitativa: Mantiene campos pulmonares bien ventilados, sin sonidos respiratorios patológicos.</p>

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 6/11/2020

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la Persona: M.R. Edad: 2 DVEU Fecha de Ingreso: 2/11/2020 Servicio/ Contexto: UCIN

Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio

Dominio:11 Seguridad/ Protección Clase:06 Termorregulación	Resultados Esperados				
	Dominio:02 Salud Fisiológica Clase: I Nutricional/ Metabólico				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
00008 termorregulación ineficaz r/c RN pretérmino de 33 SDG, sepsis neonatal temprana, aumento de la demanda de oxígeno m/p alteraciones de la temperatura corporal por arriba y debajo del rango normal, palidez moderada, y el frío al tacto.	0801 Mejorar la Termorregulación: recién nacido	08116 inestabilidad de la temperatura (2) 80117 hipertermia (3) 80118 hipotermia (2) 80105 cambios en la coloración cutánea (2)	1. Gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: 2 Aumentar a: 5

Intervenciones de Enfermería NIC: 3900 Regulación de la temperatura

Campo: 02 Fisiológico: Complejo

Clase M: Termorregulación

Intervenciones:

- Tomar la temperatura cada hora.
- Mantener y vigilar la temperatura del RN entre 36.5°C y 37.5°C.
- Colocar un sensor de temperatura central y periférica para su monitorización continua.
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y saturación de oxígeno.
- Mantener observación la coloración y la temperatura de la piel.
- Registrar en la hoja de enfermería datos clínicos de hipotermia e hipertermia.
- Ministrar una adecuada nutrición y balance hídrico.
- Utilizar accesorios que eviten la pérdida de calor del RN.
- Mantener al RN en una cuna de calor radiante.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería

Nombre de la Persona: RN.M.R.

<p>Dominio:11 seguridad/ protección Clase:06 termorregulación 00008 termorregulación ineficaz r/c RN pretérmino de 33 SDG, sepsis neonatal temprana, aumento de la demanda de oxígeno m/alteraciones de la temperatura corporal por arriba y debajo del rango normal, palidez moderada, y el frío al tacto.</p>	<p>Edad: 3 DVEU Servicio/ Contexto: unidad de cuidados intensivos neonatales Fecha: 5/11/2020 Hora: 8:00 horas</p>
Intervenciones Realizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Se colocó un sensor de temperatura para la monitorización continua, se corroboró la temperatura axilar, que coincidiera con la del monitor. • se registró la temperatura cada hora en la hoja de enfermería y los signos y síntomas de hipotermia e hipotermia • Se vigiló el color y la temperatura de la piel • Se colocó un gorro y una sábana para evitar la pérdida de calor • Se colocó en una cuna térmica al RN y se limitó el estímulo al mínimo. 	<p>Evaluación cuantitativa: 2 Resultado esperado: No comprometido 4 Puntuación basal: 2 Conocimiento post intervención: No comprometido 4 Puntuación cambio: +3</p> <p>Indicadores basales y post intervención: Inestabilidad de la temperatura (2-5) Hipotermia (3-5) Hipotermia (2-5) Cambios en la coloración cutánea (2-5)</p> <p>Evaluación Cualitativa: Mejoro su termorregulación, manteniendo una temperatura de 37°C.</p>

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 5/11/2020

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la Persona: M.R. Edad: 2 DVEU Fecha de Ingreso: 2/11/2020 Servicio/ Contexto: UCIN

Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio, enterocolitis necrotizante grado I

<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio Clase 2: Función gastrointestinal</p>	Resultados Esperados				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio: 02 Salud Fisiológica Clase: K Digestión y Nutrición				
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c prematuridad, sepsis neonatal temprana, agente farmacológico m/p abdomen distendido, aumento en residuo gástrico, residuo gástrico color bilioso, trazas hemáticas, cambio de los ruidos abdominales	Resultados	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	Mejorar la función gastrointestinal	101508 ruidos abdominales (3) 101509 color del contenido gástrico aspirado (2) 101510 cantidad de residuos del contenido gástrico aspirado (2) 101514 distensión abdominal (2) 101513 dolor abdominal (2)	1. Gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	sustancialmente comprometido (2)	Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Intervenciones de Enfermería NIC: 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal Nombre del Estudiante: <u>Andrea Cortázar Calderón</u>	Intervenciones de Enfermería NIC: 1410 Manejo del dolor: Agudo Fecha: <u>5/11/2020</u>
Campo: 01 Fisiológico: básico Clase: D Apoyo nutricional Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Colocar una sonda orogástrica, conforme al protocolo establecido. • Cerciorarse mediante una radiografía la correcta colocación de la sonda. • Colocar un adhesivo para fijar la sonda, manteniendo la comodidad e integridad de la piel del RN. • Examinar continuamente la peristalsis. • Registrar la consistencia, cantidad y coloración del residuo gástrico eliminado. • Vigilar perímetro abdominal durante el turno. 	Campo: 01 Fisiológico: básico Clase: E Fomento de la comodidad física Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar datos de dolor al momento de auscultar al RN, e identificar los factores que lo amenoran o aumentan. • Utilizar una escala de medición para valorar y medir el dolor en el RN. • Ministran analgesia inmediatamente a que el dolor se complique o cuando se realice un procedimiento invasivo.

Ejecución y Evaluación del Cuidado

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	Nombre de la Persona: <u>RN.M.R.</u>
----------------------------------	--------------------------------------

00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c prematuridad, sepsis neonatal temprana, agente farmacológico m/p abdomen distendido, aumento en residuo gástrico, residuo gástrico color bilioso, trazas hemáticas, cambio de los ruidos abdominales	Edad: Servicio/ Contexto: unidad de cuidados intensivos neonatales Fecha: 5/11/2020 Hora: 8:00 horas
Intervenciones Realizadas	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Se colocó una sonda orogástrica 8 fr, favoreciendo el vaciamiento de la cavidad gástrica, disminuyendo el perímetro abdominal • Se verifico la correcta colocación de la sonda. Se cuantifico el contenido gástrico drenado por turno así como la coloración. • Se auscultaron los sonidos abdominales, verificando el aumento de la peristalsis • Se realizó una evaluación del dolor, observando respuestas conductuales al dolor. Se ministro analgesia a base de paracetamol 	Evaluación cuantitativa: 2 Resultado esperado: levemente comprometido 4 Puntuación basal: 2 Conocimiento post intervención: levemente comprometido 4 Puntuación cambio: +2 Indicadores basales y post intervención: Ruidos abdominales (2-3) Coloración del residuo gástrico aspirado (2-4) Cantidad de residuos del contenido gástrico aspirado (2-4) Distensión abdominal (2-4) Dolor abdominal (2-4) Evaluación Cualitativa: Disminuyo su perímetro abdominal y su gasto gástrico.

Nombre del Estudiante: Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 5/11/2020

Plan de Cuidados de Enfermería

Nombre de la Persona: M.R. Edad: 2 DVEU Fecha de Ingreso: 2/11/2020 Servicio/ Contexto: UCIN

Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparto cardiorrespiratorio

Dominio: 11 Seguridad / Protección Clase: 01 Infección Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados Esperados				
	Dominio:02 Salud Fisiológica Clase: H Respuesta inmune				
Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: leucopenia, neutropenia, colocación de catéter intravenoso, intubación endotraqueal.	Resultados	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	0708 Disminuir Severidad de la infección: recién nacido	70801 inestabilidad de la temperatura (2) 70802 hipotermia (2) 70805 bradicardia (2) 70809 palidez (2) 70815 distensión abdominal (3) 70835 disminución de leucocitos (2)	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	Sustancial (2)	Mantener a: 2 Aumentar a: 4

Intervenciones de Enfermería NIC: 6540 Control de infecciones

Intervenciones de Enfermería NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales

<p>Campo: 04 Seguridad Clase: V Control de riesgos Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribuir el área que corresponda al paciente, según las normas de la unidad hospitalaria. • Controlar las visitas externas. • Instruir al personal de salud el correcto lavado de manos • Educar a las visitas externas a realizar un correcto lavado al ingresar al área. • Utilizar los cinco momentos de lavado de manos. • Preservar un entorno aséptico al colocar un acceso venoso central o periférico. • Realizar el cambio los accesos venosos central y periféricos conforme a las directrices de la unidad. • Proporcionar un manejo aséptico cuando de los accesos venosos. • Ministran un antibiótico, prescrito. 	<p>Campo: 04 Seguridad Clase: V Control de riesgos Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener bajo observación y registrar las constantes vitales. • Identificar las modificaciones T/A. • Colocar al RN un sensor de temperatura para su valoración continua. • Identificar datos de hipotermia e hipertermia y registrarlos en la hoja de enfermería. • Auscultar la intensidad de los pulsos. • Registrar el ritmo y frecuencia cardiaca. • Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorios (profundidad y simetría). • Monitorizar la pulsioximetría.
---	---

Nombre del Estudiante: L.E. Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 04/11/2020

Recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC) o Revisión Sistemática

Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

R= Después del nacimiento y antes de revisar a todo RN, lavarse las manos para reducir las tasas de infección y la sepsis neonatal. Bhutta, 2005, Rhee, 2008.

R= La toma de dos frascos para hemocultivo aumenta la posibilidad de obtener positividad y disminuye el riesgo interpretaciones erróneas por contaminación. Deberá extraerse un mínimo de 0.5 ml de sangre por frasco para hemocultivo. Coto, 2006.

R= En el RN con sepsis se recomienda:

- Mantener una vía vascular y periférico funcional.
- Pronta reparación de la perfusión tisular.
- Valoración constante de la función cardiovascular.
- Administración con vasopresores.
- Iniciar medicación con antibióticos.
- Valoración de constantes vitales, incluyendo saturación de oxígeno de manera continua.
- Valoración del gasto cardíaco, resistencia vascular periférica y circulación sanguínea. Wynn, 2010

<i>Diagnóstico de Enfermería</i>	
<p>Dominio: 11 Seguridad / Protección Clase: 01 Infección Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas: leucopenia, neutropenia, colocación de catéter intravenoso, intubación endotraqueal.</p>	<p>Nombre de la Persona: <u>RN.M.R.</u> Edad: 2 DVEU Servicio/ Contexto: unidad de cuidados intensivos neonatales</p> <p>Fecha: 4/11/2020 Hora: 12:00 horas</p>
Intervenciones Realizadas	Evaluación
<p>6540 control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se capacito a los padres a realizar el lavado de manos correcto, antes y después de salir de la UCIN • Se limitó a estímulo mínimo al RN • Se colocó cardiomonitorización continua para evaluar los signos vitales • Se vigiló que toda manipulación de acceso venoso se realizara con manejo aséptico • Se cambiaron los equipos de nutrición parenteral e infusiones cada 24 horas <p>Se administraron los medicamentos en horarios establecidos</p>	<p>Evaluación cuantitativa: 2 Resultado esperado: levemente comprometido 4 Puntuación basal: 2 Conocimiento post intervención: levemente comprometido 4 Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y post intervención: inestabilidad de la temperatura (2-4) bradicardia (2-4) palidez (2-4) disminución de leucocitos (2-3)</p> <p>Evaluación Cualitativa: Mejoro su frecuencia cardiaca y su temperatura corporal.</p>

Nombre del Estudiante: L.E. Andrea Cortázar Calderón

Fecha: 04/11/2020

2.7 Plan de Alta

Nombre de la persona: M.R. Edad: 26 DVEU Fecha de egreso: 28/12/2020

Servicio/ Contexto: Unidad de cuidados intensivos neonatales Diagnóstico Médico: RN femenino pretérmino de 33.2 SDG por Capurro, síndrome de dificultad respiratoria secundario a prematuridad, sepsis neonatal temprana en tratamiento, estado postparo cardiorrespiratorio

Recomendaciones

- Seno materno a libre demanda. No dar te, atoles, agua, solo leche materna (se dan indicaciones a la madre).
- Cita abierta a urgencias en unidad de adscripción en caso de que: coma poco, presente vomito constante o no pueda comer, este decaída, presencia de movimientos anormales de ojos y de boca, así como de extremidades, temperatura mayor de 37.5°C o menor de 36.5°C, presentar coloración pálida, morada o amarilla, presencia de respiración rápida y si se hunde el pecho o se le marcan las costillas, presente menos de 5 micciones en 24 horas, coloración naranja o rojiza.
- Acudir a medicina preventiva para iniciar esquema de inmunización lo antes posible (BCG y Hepatitis B).
- Acudir a laboratorio clínico para recabar resultados de tamiz metabólico en 2 semanas.
- Sacar bien el aire deglutido y acostarlo de lado derecho después de comer por 30 minutos.
- Baño diario, incluyendo área umbilical, solo agua tibia y jabón hipoalergénico para bebe.
- No colocar vendas o fajas, alcohol o ungüentos en piel, ojos o muñón umbilical.
- Utilizar de referencia ropa de algodón que no suelte pelusa y mantener las manos libres.
- Cortar las uñas cada vez que sea necesario con tijera o cortaúñas para bebe.
- Estimulación visual, auditiva y motora.
- Baños de sol durante 20 minutos a través de una ventana, a las 11 de la mañana, sin ropa, cubriendo ojos y genitales.

Capítulo III

3.1 Discusión

La Sepsis Neonatal es una de las complicaciones más frecuentes de los Recién Nacidos Pretérmino, por lo cual se determinó trabajar con este caso clínico cuyo objetivo general fue aplicar un Proceso Atención de Enfermería en el RN con diagnóstico de sepsis neonatal temprana, para brindar un cuidado integral en la práctica clínica en el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), ejecutando intervenciones individualizadas con la finalidad de prevenir complicaciones.

Por lo tanto, se mencionan a continuación los cinco diagnósticos de enfermería identificados en la valoración del paciente: Patrón respiratorio ineficaz, Limpieza ineficaz de las vías áreas, Termorregulación ineficaz, Motilidad gastrointestinal disfuncional y Riesgo de infección.

Con respecto al primer diagnóstico que fue Patrón respiratorio ineficaz el cual fue uno de los más afectados en el recién nacido coincide con Urbanovská et al. (2020), Macedo (2018) y Obando (2019), ellos mencionan en sus artículos que al aplicarse los cuidados de enfermería a la paciente se valoró y mejoró dichas necesidades como respiración, además de la importancia de evaluar continuamente los resultados, pues es imprescindible para analizar si el plan de cuidados favoreció en la recuperación de la salud del neonato.

El segundo diagnóstico identificado fue Limpieza ineficaz de las vías áreas, es mencionado por Obando (2019) quien dice que al aplicarse los cuidados de enfermería al paciente se valora y mejora dichas necesidades como respiración y se obtienen resultados favorables para el paciente.

Termorregulación ineficaz fue el tercer diagnóstico el cual es similar al de Maya (2018) menciona la importancia de basarse en la valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, puesto que dentro de este trabajo la valoración arrojó datos relevantes para la implementación de intervenciones de enfermería.

Con respecto a los diagnósticos de Motilidad gastrointestinal disfuncional y Riesgo de infección no se coincidió con ningún autor, sin embargo, no dejan de ser tan importantes como los anteriores.

3.2 Conclusión

Elaborar proceso enfermero es una herramienta que nos guía a realizar intervenciones individualizadas. Se utilizó la metodología de Marjory Gordon, la cual me ayudó a identificar las principales complicaciones y riesgos de la sepsis neonatal, así como el manejo más adecuado para la limitación del daño. Los cuidados que realiza una enfermera en la UCIN es de vital importancia, pero realizarlo de manera adecuada puede ser complejo.

El Proceso de Atención de Enfermería se utiliza como herramienta científico-técnica para mejorar el desempeño del profesional, del mismo modo asegura una praxis garantizada que promueve el cuidado científico, técnico, humanístico y ético.

En efecto, las taxonomías constituyen un lenguaje universal, unificado que permite a todos los profesionales de la enfermería un panorama similar de la profesión, con el fin de mantener una comunicación estandarizada y la disposición de sistemas de comunicación que permite brindar cuidados de calidad.

Referencias

- Alfaro, R. (4ª ed.). (1999). *Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Alfaro, R. (5ª ed.). (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Elsevier.
- Barreto, O. J., Baloa, D. C., y García, M. M. (2020). Sepsis neonatal: epidemiología. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1): e192. doi: 10.37910/RDP.2020.9.1.e192.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., y Wagner, C. M. (7ª ed.). (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. España: Elsevier.
- Carrera, S., Hernández, M., Fernández, L. A., Cordero, G., Corral, E., Barrera, P. I., e Yllescas, E. (2016). Mortalidad neonatal en una institución de tercer nivel de atención, *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(3), 97-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2016.11.005>
- Centro nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2012). *Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido, en el Segundo y Tercer Nivel de Atención*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/283_GPC_SepsisNeonatal/SS-283-12_RER_SEPSIS_Y_CHOQUE_SxPTICO_RN.pdf
- Conde, A. M., Vega, G. E., Cruz, A. S., Espinoza, A. C., Collaguazo, V. A. (2019). Proceso de Atención de Enfermería en recién nacido a término con sepsis neonatal. *Revista Ocronos*. Recuperado de <https://revistamedica.com/wp-content/uploads/2019/05/Anexos-Proceso-de-atenci%C3%B3n-de->

Enfermer% C3% ADa-en-reci% C3% A9n-nacido-a-t% C3% A9rmino-con-sepsis-neonatal.pdf

Fernández, B., López, J., Coto, G. D., Ramos, A., e Ibáñez, A. (2008). *Sepsis del recién nacido*. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf

Gallardo, M. J. (2016). *La Enfermería en Neonatología, un ensayo argumentativo*. Recuperado de <https://relaped.com/la-enfermeria-en-neonatologia-un-ensayo-argumentativo/>

Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (11ª ed.). (2019). *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. España: Elsevier.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril). Datos Nacionales* (comunicado de prensa). Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/nino2019_Nal.pdf

Kenney, J. W. y Christensen, P. J. (2a ed.). (1986). *Nursing Process: Application of Theories, Frameworks, and Models*. Estados Unidos: Mosby.

Longaray, V., Almeida, M., y Cezaro, P. (2008). Processo de enfermagem: reflexoes de auxiliares e técnicos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/714/71417117.pdf>

López, T., Amoedo, M. L., y Toro, J. (2007). Aplicación de las estrategias de mejora de calidad asistencial a los cuidados de enfermería. *Revista Paraninfo Digital*, 1. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n1/p125.php>

- Macedo, P. V. (2018). *Cuidados de Enfermería en el Recién Nacido con Sepsis Neonatal* (Trabajo de Especialidad). Recuperado de [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2601/SEG.ESP EC.Pilar%20Ver%C3%B3nica%20Macedo%20Menacho.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2601/SEG.ESP%20Pilar%20Ver%C3%B3nica%20Macedo%20Menacho.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Maldonado, L. P. (2017). *Cuidados de enfermería en sepsis neonatal, Hospital San Vicente de Paúl 2016-2017* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7610>
- Maya, M.F. (2018). *Proceso de atención de enfermería en sepsis neonatal precoz* (Tesis de licenciatura). Recuperada de http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13147/1/E-7774_MAYA%20MALDONADO%20MARIA%20FERNANDA.pdf
- McFarland, M. R., y Wehbe, H. B. (4ª ed.). (2018). *Leininger's Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. Estados Unidos: McGraw Hill.
- Medeiros, F V. A., Alves, V. H., Valete, C. O. S., Paiva, E. D., Rodrigues, D. P., Souza, R. R. B. (2016). Procedimientos invasivos y sepsis en recién nacidos de muy bajo peso: estudio descriptivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15 (4), 704-12. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165414>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., y Swanson, E. (5ª ed.). (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. España: Elsevier.
- Mujica, S. L. (2018). *Cuidado de Enfermería en Paciente con SEPSIS Neonatal, Hospital Antonio Lorena, Cusco-2017* (Tesis de Especialidad). Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9164>

- Obando, Z. J. (2019), *Cuidado de enfermería en neonato con sepsis neonatal temprana. UCIN del Hospital de Apoyo Puquio-2018* (Tesis de Especialidad). Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10509/SEobzuzj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oliveira, C. O. P., Souza, J. R. S., Machado, R. C., Feijão, A. R., y Souza, N. L. (2016). Risk Factors for Neonatal Sepsis in Neonatal Intensive Care Unit: Evidence Study. *Cogitare enferm*, 21 (2). Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/685/42845-182087-1-pb.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Disminuye la mortalidad neonatal, pero aumenta su proporción en la mortalidad en la niñez a escala mundial* (centro de prensa). Recuperado de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos* (Nota descriptiva). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Pérez, R.O., Lona, J. C., Quiles, M., Verdugo, M. A., Ascencio, E. P., y Benítez, E. A. (2015). Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. *Revista chilena de infectología*, 32(4), 447–452. doi: <https://doi.org/10.4067/s0716-10182015000500003>
- Rodríguez, J. A., Chong, P. J., Tixe, J. C., y Leyton, R. A. (2019). Escala de Silverman en la dificultad respiratoria neonatal. *Revista Científica Mundo de*

la Investigación y el Conocimiento, 3(3), 113-127. doi:

[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.113-127](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.113-127)

Stevens, B., Johnston, C., Petryshen, P, y Taddio, A. (1996). Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *The Clinical Journal of Pain*, 12(1), 13-22. doi: 10.1097/00002508-199603000-00004

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Dirección de Enfermería y Comisión Permanente de Enfermería. (2011). *Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*. Recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/lineamiento_general.pdf

Urbanovská, N, Pedro, C., y Sim, M. M. (2020). Neonatal sepsis in mother-child dyad of ethnic minority: a case study. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20180041. doi: 10.37689/acta-ape/2020AO0041

Villaruel, N. (2017), *Cuidados de enfermería en sepsis neonatal en Servicio de Neonatología del HRGDV– Abancay. Enero 2017* (Tesis de Especialidad). Recuperada de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2945/ENSvihun.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Apéndice A

Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Fecha: 5/ 11/2020

Nombre del paciente: M. R.

Edad: RN

Domicilio: calle resurrección # 50 colonia resurrección, puebla, puebla.

Por medio de la presente autorizo a la L.E. Andrea Cortazar Calderon, realizar una valoración de enfermería, para elaborar y ejecutar intervenciones especializadas.

He sido informada de forma precisa, sobre la enfermedad y sus complicaciones, por lo que doy mi consentimiento para que se efectúen las intervenciones que sean necesarias, con la finalidad de obtener un mejor beneficio.


















Antonia Guadalupe Mora Ramirez

Nombre y firma del familiar o

persona legalmente responsable

Apéndice B

Test de Silverman - Anderson (Silverman y Anderson, 1956)

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido respiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.

Recién nacido con 1 a 4 puntos, con dificultad respiratoria leve.

Recién nacido con 5 a 7 puntos, con dificultad respiratoria moderada.

Recién nacido con 8 a 11 puntos, con dificultad respiratoria severa.

Apéndice C

Valoración de Enfermería del Niño, a través de los “Patrones Funcionales de Marjory Gordon”

I. Información de Identificación

Iniciales del niño:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Sexo:	
Peso:	Percentil:
Longitud o talla:	Percentil:
Circunferencia craneal (si es adecuado):	Percentil:
Alergias:	

II. Valoración de datos básicos

A. PATRÓN DE PERCEPCIÓN DE LA SALUD-CONTROL DE LA SALUD

1. Para todos los niños:

- a) ¿Cómo es la salud de su hijo en general?
- b) ¿Cómo está de salud su hijo hoy?
- c) ¿Qué hace para que su hijo se mantenga bien?
 - Nutrición
 - Oportunidades para el ejercicio y juego
 - Cuidado sanitario profesional
 - Vacunación
 - ¿Algún medicamento habitual? ¿Qué es? ¿Para que sirve?

2. Para el niño hospitalizado o enfermo:

- a) ¿Por qué ingresó su hijo en el Hospital?
 - ¿Qué le produjo la enfermedad / lesión?
 - ¿Cuándo empezó la enfermedad?
- b) ¿Qué tratamiento se le está dando a su hijo?
 - ¿Cómo entiende el propósito de tratamiento?
 - ¿Cómo piensa que está funcionando el tratamiento?
- c) ¿Ha sido hospitalizado antes su hijo? ¿Por qué razón? ¿Cómo fue para usted y su hijo?

- d) ¿Qué expectativas tiene hacia esta hospitalización?
- e) ¿Prevé algún problema para cuidar a su hijo cuando vaya a casa? ¿Qué problemas prevé?

3. **Para niños sanos como enfermos.** (aplicar este rubro a todos los niños que tengan menos de 24 meses de edad con problemas de salud, como ejemplo incapacidades en el desarrollo, complicaciones por ser prematuro, etc.).

- a) ¿Tuvo la madre cuidado prenatal? ¿Cuánto tiempo?
- b) ¿Tomó la madre alguna medicación durante el embarazo?
- c) ¿Hubo algunas complicaciones durante el embarazo?
- d) ¿Cuál fue el peso y longitud del niño al nacer?
- e) ¿Cuánto duró la gestación?
- f) ¿Hubo alguna complicación con el niño durante su primer mes de vida?

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

1. ¿Cómo es el apetito del niño?

2. Describa un día típico para su hijo, en términos de lo que consume y bebe en las comidas y como aperitivos:

- a) Alimentación materna:
 - ¿Con que frecuencia?
 - ¿Cuánto tiempo en cada toma?
 - ¿Algún problema?
 - Planes para continuar o destetarlo
- b) Biberón:
 - Nombre de la palilla.
 - Número de tomas en 24 horas.
 - Cantidad tomada en cada toma.
 - Problemas percibidos.
 - Planes para continuar o cambiarlo.
- c) Alimentos sólidos:
 - Cuándo empezó.
 - Grupos de alimentos que toma el niño.
 - Cantidades aproximadas en cada comida.
 - Describa una merienda típica después del colegio.
- d) General:
 - ¿Existe alguna restricción alimentaria o dieta especial debida a alergias, intolerancias, otros problemas de salud o prácticas religiosas?
 - ¿Qué vitamina y/o suplementos toma el niño?
 - ¿Cuánta leche bebe el niño en 24 horas?
 - ¿Utiliza el niño la botella o una taza?

3. ¿Qué comidas en especial le gustan y disgustan al niño?

4. ¿Con que frecuencia va el niño a restaurantes de comida rápida? ¿Qué pide normalmente?
5. ¿Cuántos caramelos, otros dulces, aperitivos preparados y gaseosas toma el niño?
6. ¿Tiene alguna preocupación sobre el apetito de su hijo, su conducta alimentaria o dieta?

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

1. Intestino:

- ¿Cuántas deposiciones hace su hijo al día?
- ¿De qué color, cantidad y consistencia?
- ¿Sabe utilizar el retrete?
- ¿Necesita laxantes, enemas o supositorios alguna vez? ¿Con qué frecuencia? ¿Cómo decide si necesita de lo anterior?
- ¿Cuál es el cuidado normal de su colostomía / ileostomía (si es aplicable).

2. Vejiga:

- ¿Tiene su hijo algún problema con la micción?
 - Moja la cama (enuresis).
 - Escozor u otra disuria.
 - Goteo.
 - Oliguria.
 - Poliuria.
 - Retención urinaria.
- ¿Se utiliza algún sistema de ayuda?
 - Sondaje intermitente.
 - Sonda vesical.
 - Estoma para el drenaje urinario – describa los cuidados rutinarios.
- ¿Sabe el niño cómo utilizar el retrete?
 - Durante el día
 - Durante la noche
 - ¿Accidentes?

3. Piel:

- ¿Tiene algún problema su hijo con la piel alguna vez (por ejemplo: picor, hinchazón, rash, llagas, acné o cambios en el color temperatura)?
 Descríbalo.

PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO

1. Capacidades motoras groseras.

- ¿Cuándo empezó su hijo a rodar sobre si mismo? ¿A sentarse solo? ¿A caminar solo? ¿A subir escaleras? ¿A montar en triciclo? (etc). (Obtener información adecuada a la edad del niño y capacidades de desarrollo.)
- ¿En qué deportes / ejercicios participa el niño y le gustan?

- c) ¿Tiene alguna preocupación sobre las capacidades del niño en estas áreas?
2. Capacidades motoras finas.
- ¿Alcanza a las cosas su hijo? ¿Agarra? ¿Cambia los objetos de una mano a otra? ¿Utiliza los dedos para coger las cosas? ¿Come solo las galletas? ¿Utiliza la cuchara?
 - ¿Qué entretenimientos tiene su hijo?
 - ¿Tiene alguna preocupación sobre la capacidad del niño para utilizar las manos?
3. Capacidades o actividades de auto cuidado.
- ¿Qué independencia tiene su hijo para alimentarse? Describa la ayuda que necesita, si la necesita.
 - ¿Cuánta ayuda necesita su hijo para ir al retrete? Si se utilizan sistemas de ayuda, ¿es independiente el niño o necesita ayuda? Descríbalo. ¿Utiliza el niño pañales, una silla con orinal o el retrete?
 - ¿Cuánta ayuda necesita el niño para vestirse (botones, lazos, zapatillas, etc.)?
 - ¿Cuánta ayuda necesita el niño con las prácticas higiénicas (bañarse, lavarse los dientes, etc.)? ¿Prefiere el baño o la ducha?

PATRONES DE REPOSO – SUEÑO

- ¿Cuántas horas duerme el niño de cada 24 horas?
 - Por la noche.
 - Siestas.
- ¿Cuál es la rutina del sueño normal del niño?
 - A la hora de acostarse.
 - A la hora de la siesta.
 - Rituales (cuentos, bebidas, etc.)
 - Objetos que le den seguridad.
- ¿Tiene algún problema en relación con el sueño?
 - Pesadillas
 - Dificultad para dormirse
 - Rehúsa acostarse
 - Se despierta durante la noche.

PATRÓN COGNOSCITIVO – PERCEPTUAL

- ¿Tiene el niño alguna deficiencia en la percepción sensorial (audición, olfato, vista, tacto)? Descríbalo.
- ¿En qué curso está el niño?
 - ¿Cómo le va en el colegio?
 - ¿Qué problemas, si los hay, se perciben por parte de los padres, profesor o por el niño con respecto al logro escolar?

PATRÓN DE AUTO PERCEPCIÓN

9. ¿Cómo le ha hecho sentirse la enfermedad de su hijo? ¿Qué es lo que más le preocupa?
10. Para niños en edad escolar y adolescentes: ¿Cómo te hace sentir tu enfermedad / lesión? ¿Por qué estás más preocupado?
11. Para niños mayores en edad escolar y adolescentes. ¿Qué piensas sobre ti mismo?

H. PATRÓN DE ROL – RELACIÓN

1. Comunicación.
 - a) Desarrollo del lenguaje.
 - ¿Cuándo empezó el niño a arrullar? ¿A balbucear? ¿A decir palabras? ¿Frasas? ¿Oraciones? ¿A utilizar pronombres? (Hacer las preguntas adecuadas a la edad del niño y a sus capacidades de desarrollo.)
 - ¿Utiliza el niño el lenguaje adecuado para su edad?
 - ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo del lenguaje de su hijo o sobre las características del discurso?
 - b) ¿Qué idioma se habla en casa?
2. **Relaciones:**
 - a) Describa la vida familiar:
 - Composición del ambiente en casa (miembros de la familia, edades)
 - Panorama cultural
 - Roles
 - Panorama laboral y cultural de los adultos
 - Patrones de toma de decisiones
 - Patrones de comunicación
 - Disciplina
 - Problemas (por ejemplo: económicos, violencia familiar, problemas con los padres, problemas matrimoniales)
 - b). Relaciones con los compañeros:
 - ¿Juega con los otros niños? Describa la calidad del juego de niño (por ejemplo, es solitario, paralelo, interactivo, cooperativo, agresivo)
 - ¿Tiene el niño “un mejor amigo” del mismo sexo? ¿Pertenece a alguna pandilla?
 - ¿Prefiere el niño los compañeros de juego de la misma edad, mayores, mas jóvenes?
 - ¿Tiene el niño compañeros de juego imaginario?
 - ¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones de su hijo con los demás?

I. PATRÓN DE SEXUALIDAD- FUNCIÓN SEXUAL

- 1.- ¿Qué interés tiene su hijo hacia la sexualidad /función sexual?
 ¿Qué piensa sobre ello?
 ¿Cómo trata la curiosidad y la conducta del niño?

J. PATRÓN DE CONTROL DE ESTRÉS- ADAPTACIÓN:

- 1.- ¿Ha habido alguna pérdida o cambio en su vida en el pasado? (por ejemplo: traslado, muerte de persona allegada o mascota, pérdida de trabajo del padre).
- 2.- ¿A quién le pide apoyo y ayuda cuando se siente con estrés?
- 3.- ¿Cómo controla el cuidado del niño, el trabajo de la casa y las otras responsabilidades?
- 4.- ¿Qué puede hacer la enfermera para ayudarle durante su hospitalización?

K. SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS

- 1.- ¿Cuál es su afiliación o preferencia religiosa?
- 2.- ¿Hay alguna persona o práctica religiosa que desearía durante su hospitalización? (dieta, libro, ritual)

L. VALORACIÓN FÍSICA

- 1.- Aspecto general
- 2.- Temperatura (anotar si es oral, rectal o axilar)
- 3.- Piel:
 - Color
 - Temperatura
 - Turgencia
 - Lesiones
 - Edema
 - Excoriaciones
- 4.- Cabeza:
 - Tamaño, forma
 - Fontanelas y suturas craneales
- 5.- Cuello:
 - Piel
 - Ganglios
 - Tráquea
 - Ingurgitación yugular
- 6.- Ojos (aspecto, drenaje)
 - Pupilas (tamaño, iguales, reactivos a la luz)
 - Visión
- 7.- Boca y faringe:
 - Mucosas (color, humedad, lesión)
 - Dientes (número, primarios y /o secundarios, estado, aparatos de ortodoncia)
 - Faringe (enrojecido, exudado, amígdalas)
- 8.- Oídos (aspecto, drenaje)
 - Audiometría
 - Responde a estímulos auditivos
 - Utiliza aparatos auditivos

9.- Pulsos: (radial, apical, periférico)

- Frecuencia
- Ritmo
- Calidad

10.- Presión arterial: (anotar si se toma por palpación, Doppler)

11.- Respiraciones:

- Frecuencia
- Calidad (incluyendo signos de compromiso respiratorio)
- Sonidos respiratorios

12.- Abdomen:

- Ruidos abdominales
- Cicatrices
- Prótesis

13.- Genitales:

- Tamaño
- Coloración
- Descenso de los testículos
- Secreción

14.- Capacidad funcional (movilidad y seguridad):

- Presencia/ ausencia de reflejos primarios
- Capacidad motora gruesa y fina
- Mano dominante
- Movilidad y uso de las cuatro extremidades
- Fuerza, agarre
- Uso de aparatos (silla de ruedas, prótesis, muletas)

15.- Estado mental:

- Orientación
- Nivel de conciencia
- Dolor (presencia/ ausencia, localización, descripción)
- Uso del idioma (capacidad y cantidad)
- Capacidades personales- sociales (por ejemplo: autocuidado, comunicación no verbal)
- Crecimiento y desarrollo:
 - Desarrollo cognitivo
 - Desarrollo psicosocial

Apendice D

Evaluación del Dolor

Perfil de Dolor Infantil Prematuro

(Stevens, Johnston, Petryshen y Taddio, 1996)

PIPP (PREMATURE INFANT PAIN PROFILE, STEVENS 1996)

INDICADOR (Tiempo de observación)	TIEMPO DE OBSERVACIÓN	0	1	2	3
 GESTACIÓN		36 ≥ semanas	32 a <36	28 a <32	≤ 28 semanas
 COMPORTAMIENTO	15 seg.	Despierto y activo ojos abiertos, con movimientos faciales	Despierto y inactivo ojos abiertos, sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados, con movimientos faciales	Dormido y inactivo ojos cerrados, sin movimientos faciales
 AUMENTO DE FC	30 seg.	0 - 4 lpm	5 - 14 lpm	15 - 24 lpm	≥ 25 lpm
 DIMINUCIÓN DE SATURACIÓN O ₂	30 seg.	0 - 2.4 %	2.5 - 4.9 %	7 - 7.4%	≥ 7.5 %
 ENTRECEJO FRUNCIDO	30 seg.	0 - 3 seg.	3 -12 seg.	> 12 - 21 seg.	> 21 seg.
 OJOS APRETADOS	30 seg.	0 - 3 seg.	3 -12 seg.	> 12 - 21 seg.	> 21 seg.
 SURCO NASOLABIAL	30 seg.	0 - 3 seg.	3 -12 seg.	> 12 - 21 seg.	> 21 seg.
					
		NO DOLOR O DOLOR LEVE DOLOR MODERADO DOLOR INTENSO			
		6 12			

Emplea siete variables: cambios en la frecuencia cardiaca, en la saturación de oxígeno, acciones faciales y estado de neurocomportamiento, ponderado para la edad gestacional, puntuando de 0 a cada una de ellas.

Utilidad clínica: procedimientos dolorosos en rn tanto de término como pretérmino.

Puntaje: 6 o <sin dolor o leve.