



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado|

Tesina

*Proceso de enfermería en un recién nacido con una
cardiopatía congénita*

Presenta:

LE. Andrea Estefania Cruz Munguia

Para Obtener el Grado de
Especialista en Enfermería con Opción Terminal en
Pediatria

Septiembre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina

***Proceso de enfermería en un recién nacido con una
cardiopatía congénita***

Presenta:

LE. Andrea Estefania Cruz Munguía

Para Obtener el Grado de
Especialista en Enfermería en Pediatría

Director de Tesina:

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Septiembre, 2025

Tesina: Proceso de enfermería en un recién nacido con una cardiopatía congénita

Número de registro: SIEP/EEPED/002.

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

D.C.E. Gudelia Nájera Gutiérrez

Presidente

D.C.E. Arelia Morales Nieto

Secretario

M.C.E. Brenda Resendiz Maldonado

Vocal

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

**Director de la Facultad de
Enfermería**

ME. Miguel Ángel Zenteno López

**Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado**

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios, por darme la fortaleza y la oportunidad de culminar esta etapa tan significativa en mi vida.

A mi familia y amigos por su aliento y ser el pilar que me sostuvo en los momentos más difíciles.

A mis docentes y asesores de tesina, quienes compartieron su conocimiento, paciencia y tiempo para guiarme en este proceso, contribuyendo a mi crecimiento profesional y personal.

Finalmente, a todas aquellas personas e instituciones que, directa o indirectamente, hicieron posible la culminación de este proyecto, mi más profunda agradecimiento.

Dedicatoria

A mi mamá, por su amor y apoyo incondicional en esta etapa, por enseñarme que la perseverancia y la fe son la base de cada logro.

A mi familia y amigos, por ser mi motor y mi refugio en cada etapa de mi vida.

A mis maestros y tutora por motivarme a ser una mejor profesionalista.

Y, en especial, a mi ángel del cielo mi mejor amiga Lucecita que se fue de este mundo sabiendo que iba a cumplir un sueño que también quería, esta especialidad fue un logro que compartiré siempre contigo.

Resumen

Candidato para el Grado de:	Enfermera/o Especialista en Pediatría.
Fecha de Graduación:	Mes 2025
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Proceso de Enfermería en un recién nacido con una cardiopatía congénita.
Número de páginas	65
Área de Estudio	Enfermería Clínica

Introducción: A nivel mundial, se calcula que mueren anualmente 240,000 recién nacidos durante sus primeros 28 días de vida debido a una cardiopatía congénita. Además, estas enfermedades provocan la muerte de otros 170,000 niños entre 1 mes y 5 años de edad. Se estima que aproximadamente un 94% de las cardiopatías graves se presentan en países de ingresos bajos y medianos. **Objetivo:** Realizar un proceso enfermero para evaluar de manera integral el estado de salud de un paciente con cardiopatía congénita, mediante un enfoque multidisciplinario y utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, basadas en los 11 patrones funcionales, con el fin de mejorar la calidad de vida y promover el bienestar físico y emocional durante su desarrollo. **Metodología/Desarrollo:** Se llevó a cabo un proceso enfermero, bajo el marco de valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon y la taxonomía NANDA, NIC y NOC. **Resultados/Caso Clínico:** Se obtuvieron 10 diagnósticos de enfermería entre los que destacan: patrón respiratorio ineficaz, deterioro del intercambio gaseoso, entre otros, además de la realización de intervenciones que ayudaron a mejorar la salud del recién nacido. **Discusión/Conclusión:** Como profesional de salud debemos de contar con el conocimiento para abordar estas patologías complejas, para poder entender su desarrollo y aplicar nuestros cuidados de intervenciones estandarizadas para buscar un bienestar positivo de nuestro paciente.

Palabras Clave: Proceso de Enfermería, cardiopatía congénita, recién nacido.

Firma del director de Tesina: DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez

Tabla de contenido

Capítulo I	1
Introducción	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Marco de Referencia	6
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo general	13
Capitulo II	14
2.1 Valoración inicial 27/10/2024.....	14
2.1.1 Datos de identificación.....	14
2.1.2 Observación del entorno	15
2.1.3 Datos históricos	15
2.1.4 Antecedentes Perinatales.....	16
2.1.5 Antecedentes Personales Patológicos.....	16
2.1.4 Valoración actual (Inicial 27/10/2024)	17
2.1.6 Escalas de valoración	20
2.1.7 Valoración céfalo-podal	22
2.1.8 Resultados de Auxiliares Diagnósticos	23
2.2 Diagnósticos de Enfermería	23

2.3 Plan de Cuidados de Enfermería	25
2.4 Segunda valoración continúa (02/11/2024).....	28
2.5 Registros de diagnósticos de enfermería	29
2.6 Plan de Cuidados de Enfermería	31
2.7 Tercera valoración continua (05/11/2024).....	34
2.8 Registros de diagnósticos de enfermería	36
2.9 Plan de Cuidados de Enfermería	38
2.10 Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios	42
Capítulo III.....	44
3.1 Discusión	44
3.2 Conclusión.....	47
Referencias	49
Apéndices A “Carta de consentimiento informado”.....	55
Apéndice B “Valoración de Enfermería”	56
Apéndice C “Escala de Valoración”	64

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del problema

Se define como cardiopatía congénita (CC) al grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de alteraciones estructurales o funcionales del corazón o de los grandes vasos, que ocurren durante la vida intrauterina y pueden detectarse en el periodo prenatal, en el parto o en un momento posterior de la primera infancia. Representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal, al afectar de manera significativa el desarrollo y pronóstico del recién nacido (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

A nivel mundial, se calcula que mueren anualmente 240,000 recién nacidos durante sus primeros 28 días de vida debido a una cardiopatía congénita. Además, estas enfermedades provocan la muerte de otros 170,000 niños entre 1 mes y 5 años de edad. Se estima que aproximadamente un 94% de las cardiopatías graves se presentan en países de ingresos bajos y medianos; entre los determinantes indirectos se incluyen la falta de acceso a alimentos nutritivos, la edad materna avanzada, que incrementa el riesgo de anomalías cromosómicas, así como infecciones y consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

En México, cada año nacen entre 12,000 y 16,000 recién nacidos con alguna malformación cardíaca, siendo este el principal padecimiento congénito registrado en el país. En 2021, en el Instituto Nacional de Cardiología se realizaron 485 cateterismos cardíacos y 385 cirugías en niñas y niños; se prevé que durante 2022 se brinde atención a aproximadamente 900,000 pacientes pediátricos. Las principales cardiopatías congénitas son las alteraciones que dividen el lado izquierdo y derecho del corazón (comunicación interventricular o comunicación

interauricular), el conducto arterioso persistente y la tetralogía de Fallot (Secretaría de Salud [SS], 2022).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) reporta que en Puebla, en 2023, se registró una tasa de mortalidad de 345,22 por cada 100,000 habitantes debido a enfermedades del corazón en menores de 5 años de edad.

El proceso de formación de las estructuras cardíacas se inicia alrededor de la tercera semana de vida intrauterina y finaliza posteriormente al nacimiento. El desarrollo de una malformación del corazón fetal comienza aproximadamente a los 14 días de la concepción y puede extenderse hasta los 60 días. Cuando se elimina la circulación materna y el sistema cardiovascular del recién nacido se vuelve independiente (con oxigenación a través de sus propios pulmones y no de la placenta), algunas cardiopatías se manifiestan poco después del nacimiento; sin embargo, otras pueden no evidenciarse hasta la vida adulta (Rodríguez, 2019).

Después del nacimiento, al excluir la placenta, se inicia el cierre de los ductos venosos; al expandirse los pulmones, aumenta la circulación por la arteria pulmonar, disminuyendo el flujo por el conducto arterioso. Además, se incrementa el retorno venoso pulmonar y la presión auricular izquierda, lo que provoca el cierre del foramen oval. Esto permite una mayor llegada de sangre al ventrículo izquierdo, aumentando el flujo hacia la aorta y convirtiéndose en un shunt ductal de izquierda a derecha (Rodríguez, 2019).

Frecuentemente, y de manera precoz durante las primeras 24 horas de vida posnatal, una cardiopatía congénita puede presentarse clínicamente con cianosis y/o insuficiencia cardíaca, lo que evidencia un defecto grave. En esos casos, lo prioritario es efectuar un diagnóstico correcto

para la atención del neonato, brindando una solución de calidad, ya sea paliativa o definitiva, que garantice su supervivencia (Rodríguez, 2019).

Se analiza la problemática de las CC desde la perspectiva de la política de salud del país, con el fin de racionalizar la utilización de los recursos disponibles, atender al mayor número de pacientes y lograr mejores resultados clínicos. Asimismo, se enfatiza la promoción de la cooperación entre las diferentes organizaciones de la sociedad, ya que representa un campo de estudio fundamental dentro de diversas disciplinas médicas, como la cardiología, la pediatría, la genética y la bioingeniería (Calderón, J. 2019).

A pesar de los avances tecnológicos médicos y de las técnicas quirúrgicas empleadas, muchas regiones del mundo, incluyendo áreas de México, enfrentan limitaciones significativas en la disponibilidad y accesibilidad de servicios especializados para el manejo adecuado de estas CC. Esto tiene como resultado tasas variables de mortalidad y complicaciones a largo plazo entre los recién nacidos afectados (Gómez & López, 2021).

La relevancia disciplinaria de la enfermería en el abordaje de las cardiopatías congénitas radica en su papel esencial dentro del equipo multidisciplinario de salud, al garantizar cuidados integrales y especializados dirigidos tanto al recién nacido como a su familia. La enfermera especialista contribuye a la detección temprana de signos de descompensación, a la vigilancia hemodinámica, al manejo del dolor y a la administración segura de tratamientos farmacológicos, así como a la preparación y recuperación en procesos quirúrgicos (Domínguez, E. 2019).

La detección temprana de cardiopatías congénitas críticas puede salvar vidas. En programas como el “nurse champion” en Texas, las enfermeras lideraron la implementación de la oximetría de pulso para cribado neonatal, demostrando que su rol como educadoras y defensoras

de políticas puede impactar positivamente en la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal (Mahle et al., 2009).

Aplicar el proceso de enfermería como juicio clínico permite reconocer signos vitales sutiles, realizar diagnósticos precisos y planificar cuidados adecuados. En recién nacidos, señales como dificultad para alimentarse, irritabilidad o fatiga deben ser interpretadas como posibles indicios de cardiopatía congénita, apoyando una intervención temprana. Por ello, se han introducido roles especializados para las enfermeras que atienden estos pacientes, como especialistas en cardiología, cuidados intensivos, pediatría, cirugía, neonatología e investigación, aunque su implementación enfrenta desafíos políticos y económicos (Kliegman & Stanton, 2023).

Orellana, U. (2019) desarrolló un plan de cuidados de enfermería dirigido a pacientes pediátricos sometidos a cierre de comunicación interventricular en el Hospital General Vicente Corral Moscos. La investigación adoptó un enfoque cuali-cuantitativo, con el objetivo de establecer un diagnóstico basado en el nivel empírico del conocimiento. Se aplicaron encuestas a 52 niños operados, 12 enfermeras de terapia pediátrica y 15 profesionales de enfermería de quirófano. Como propuesta de intervención, se implementó un plan de cuidados estandarizado utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, identificando el diagnóstico de *riesgo de disminución del gasto cardíaco*. Las actividades se centraron en el cuidado cardíaco agudo, con el propósito de evaluar la efectividad de la función de la bomba cardíaca.

Suárez, et al. (2020) llevó a cabo la aplicación de un proceso enfermero en adolescentes con cardiopatía congénita en un centro de salud de Santa Elena, con el propósito de establecer intervenciones que mejoraran su calidad de vida. Mediante un estudio de caso cualitativo, se utilizó una entrevista estructurada basada en los dominios de valoración de la taxonomía

NANDA, lo que permitió obtener datos más precisos. Se identificó el diagnóstico de Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, relacionado con factores biológicos propios de la patología. Como resultado, se promovió la mejora del estado nutricional de los pacientes mediante la implementación de intervenciones de enfermería orientadas a una ejecución adecuada del cuidado.

Hernández, Z. (2020) desarrollaron un proceso enfermero titulado “Aplicación de los diagnósticos NANDA, NIC, NOC en niños con malformaciones congénitas”, utilizando una metodología cualitativa. El estudio se aplicó a familiares de niños con malformaciones congénitas y a enfermeras del área de neonatología del Hospital General Docente Ambato, con una muestra de 24 familias y 30 profesionales. Se evaluó el nivel de conocimiento sobre los cuidados requeridos, identificando anomalías en los primeros meses de vida que permitieron aplicar tratamientos oportunos. El estudio evidenció la utilidad de las taxonomías NANDA, NIC y NOC para elaborar planes de cuidados efectivos y mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Barbero, R. (2021) realizó un proceso de atención de enfermería en un paciente con cardiopatía congénita, centrado en la valoración postquirúrgica en el Hospital Universitario Gregorio Marañón. Se emplearon diagnósticos NANDA, priorizando las necesidades del paciente para favorecer su recuperación, especialmente en relación con el dolor y el confort. A través de actividades NIC, se establecieron objetivos y resultados NOC que guiaron las intervenciones. Se identificaron diagnósticos reales y potenciales, como dolor agudo, riesgo de sangrado, deterioro del intercambio gaseoso, desequilibrio de líquidos, disminución de la perfusión tisular cardíaca y retraso en la recuperación quirúrgica. Este enfoque permitió mantener una valoración integral del estado de salud y promover el bienestar del paciente.

Peña, et al. (2021) desarrollaron un proceso enfermero enfocado en la presentación y manejo de las cardiopatías congénitas durante el primer año de vida. Los autores señalan la importancia de realizar una anamnesis completa, conocer las características del embarazo y del parto, así como efectuar una exploración física detallada que incluya la medición de la tensión arterial y la palpación de pulsos. Asimismo, recomiendan pruebas de tamizaje ante cualquier indicio de cardiopatía congénita (CC), especialmente en casos de choque cardiogénico durante las primeras 72 horas de vida. Se identificaron diagnósticos NANDA como disminución del gasto cardíaco, patrón respiratorio ineficaz y adaptación del estado de salud por parte de los padres.

1.2 Marco de Referencia

El corazón es un órgano que bombea sangre por todo el cuerpo y se encuentra en el centro del sistema circulatorio. La sangre se encarga de transportar el oxígeno y los nutrientes que los órganos necesitan para su funcionamiento; de igual manera, transporta el dióxido de carbono hacia los pulmones. En el corazón, hay válvulas que mantienen el flujo sanguíneo, y el sistema eléctrico controla la frecuencia y el ritmo de los latidos. Sin embargo, cuando una enfermedad debilita el corazón, el resto de los órganos del cuerpo no podrá recibir sangre suficiente para funcionar (Ilarraza & Ruis, 2021).

Anatómicamente, el corazón está en el centro del pecho, ligeramente a la izquierda del esternón, entre los pulmones; se encuentra en la cavidad torácica, encima del diafragma y delante del esófago. Está compuesto por cuatro cámaras rodeadas de músculos y tejidos: las dos cámaras superiores se llaman aurículas y las dos inferiores ventrículos, los cuales bombean sangre fuera del corazón hacia los pulmones, y estas cámaras están separadas por válvulas cardíacas. Asimismo, cuenta con tres capas de tejido: la primera, el endocardio, que es la capa más delgada

e interna; el miocardio, que es la capa gruesa del medio; y el pericardio, que es el saco que envuelve al corazón (Iarraza & Ruis, 2021).

Las cardiopatías congénitas afectan la estructura cardiovascular y su diagnóstico temprano, ya sea durante la atención prenatal o al momento del nacimiento, es fundamental. En este marco, es importante continuar con procesos que permitan mejorar el diagnóstico oportuno, la referencia, el tratamiento y el seguimiento especializado. En definición, las cardiopatías congénitas son un problema en la estructura del corazón, pueden alterar el flujo normal de la sangre y son muy frecuentes en los recién nacidos (Iarraza & Ruis, 2021).

Es importante comprender cómo fluye la sangre por el corazón. Las venas llevan la sangre al corazón y las arterias la sacan de él. Existen válvulas que controlan la dirección del flujo sanguíneo, las cuales son: la válvula tricúspide, la válvula mitral, la válvula pulmonar y la válvula aórtica. Estas se abren y cierran de manera sincronizada con la acción de bombeo de las cámaras del corazón. La sangre con bajo contenido de oxígeno ingresa al corazón por dos grandes venas llamadas cava superior e inferior; luego, la sangre ingresa a la aurícula derecha y es bombeada al ventrículo derecho, que a su vez la envía a los pulmones (Iarraza & Ruis, 2021).

Posteriormente, la arteria pulmonar transporta la sangre con bajo contenido de oxígeno desde el corazón hasta los pulmones, y esta retorna con alto contenido de oxígeno por las venas pulmonares. Cuando la sangre sale del corazón hacia el resto del cuerpo, lo hace a través de la arteria de gran tamaño, la aorta (Iarraza & Ruis, 2021).

Clasificación y etiología

Las cardiopatías congénitas suelen desarrollarse en la etapa embrionaria, momento de mayor susceptibilidad (sobre todo durante la organogénesis), y, por tanto, se excluyen las

malformaciones posteriores al nacimiento. Por otro lado, los avances en el diagnóstico genético demuestran que las alteraciones cardíacas representan deleciones, como el cromosoma 22 y 11 asociado al síndrome de DiGeorge, la trisomía 21 (síndrome de Down), y otros síndromes como Williams y Turner. Asimismo, se ha relacionado la aparición de estas alteraciones con la edad materna y paterna avanzada (Bucarano & Gutiérrez, 2023).

Para entender el tema, las cardiopatías congénitas se clasifican en cianóticas y acianóticas, dependiendo de la saturación de oxígeno comprometida en sus manifestaciones. Entre las cardiopatías acianóticas se incluyen las estenosis y el shunt de izquierda a derecha. Por su parte, las cardiopatías cianóticas comprenden la tetralogía de Fallot y la transposición de grandes vasos.

Se define la Persistencia del Conducto Arterioso (PCA) como un vaso sanguíneo que conecta las dos arterias de gran calibre que salen del corazón: la arteria pulmonar y la aorta. Este conducto permite que la sangre evite los pulmones del feto al viajar de la arteria pulmonar a la aorta y al resto del cuerpo, ya que la sangre del feto llega al corazón oxigenada por la placenta. Esta sangre oxigenada se transporta al cuerpo a través de dos conexiones: el foramen oval y el conducto arterial; inmediatamente después del nacimiento, estas conexiones se cierran (Beerman, 2023).

Por otra parte, la Comunicación Interventricular (CIV) es un tipo de CC que implica una serie de defectos que afectan la estructura del corazón. Estos defectos pueden incluir problemas en las válvulas cardíacas, las paredes del corazón, los septos que dividen las cámaras del corazón y los grandes vasos que transportan la sangre por el cuerpo. La fisiopatología específica dependerá del tipo de defecto, lo que puede resultar en una circulación sanguínea ineficiente y

llevar a complicaciones severas como hipoxia, crecimiento deficiente y otros problemas de salud (Gómez & López, 2021).

El diagnóstico de las CC generalmente se realiza mediante ecocardiografía fetal durante el embarazo y ecocardiografía postnatal después del nacimiento. Otros estudios de imagen, radiografías de tórax y resonancias magnéticas también pueden ser útiles para evaluar la extensión del defecto y determinar el tratamiento a seguir. En consecuencia, el tratamiento de las CC puede incluir intervenciones médicas, como medicamentos que mejoran la función cardíaca y reducen la carga de trabajo del corazón; intervenciones quirúrgicas, necesarias para reparar o reemplazar estructuras cardíacas defectuosas; y cuidados de apoyo, que incluyen oxigenoterapia, alimentación especializada y monitoreo constante de la función cardíaca (Carrasco & Martínez, 2022).

El tratamiento a seguir para los defectos cardiogénicos varía según el tipo y la gravedad de la cardiopatía, así como la edad y el estado de salud del paciente. En casos estables, el manejo incluye un seguimiento periódico de la evolución de la afección. Para las afecciones cardíacas que presentan síntomas o complicaciones, el tratamiento implica intervenciones médicas específicas, como el uso de medicamentos para controlar la cardiopatía. En muchos casos, la intervención de primera elección es la cirugía para corregir la anomalía, que puede realizarse inmediatamente después del nacimiento o en etapas posteriores, según la complejidad. Sin embargo, el apoyo psicológico y la educación son aspectos importantes en el tratamiento, ya que ayudan a afrontar el impacto emocional y social de la enfermedad (Romanos, Saraiwa, Mendes & De Costa, 2024).

Proceso de Atención Enfermero

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método científico aplicado y documentado a nivel internacional, que guía a los profesionales de enfermería para brindar cuidados a los pacientes, por medio de una recopilación de información sobre el paciente y su estado de salud para establecer diagnósticos y ejecutar un plan de cuidados. Este se conforma por 5 etapas: valoración, diagnósticos, planeación, intervención y evaluación. (Secretaría de Salud [SS], 2018).

A continuación, se describirá cada etapa del PAE:

Etapas de valoración:

Estima el estado de salud del usuario, familia, grupo o comunidad; en la obtención de datos significativos tanto objetivos como subjetivos. Sin duda, esta primera etapa del PAE es necesaria llevarla para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería desde el primer contacto (Secretaría de Salud [SS], 2018).

Valoración por Patrones Funcionales de Salud

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con un objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Entendiendo por patrones funcionales una configuración de comportamientos similares en las personas que contribuyen en sus salud y calidad de vida. M. Gordon proporciona una clasificación, que describen todas las áreas que comprenden el ser humano. En cada patrón el profesional debe recoger datos objetivos y subjetivos sobre la conducta funcional y disfuncional del paciente (Mayón, D. 2021). A continuación se presentan los patrones funcionales de salud:

Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

1. Percepción-manejo de la salud	7. Auto percepción-autoconcepto
2. Nutrición-metabólico	8. Rol-relaciones
3. Eliminación	9. Sexualidad-reproducción
4. Actividad-ejercicio	10. Adaptación-tolerancia la estrés
5. Sueño-descanso	11. Valores-creencias
6. Cognitivo-perceptual	

Valoración Céfalopodal

Es una valoración de salud completa que va de la cabeza a los pies, este puede variar de acuerdo a la edad del individuo, severidad de la enfermedad, las preferencias de la enfermera, las prioridades y procedimientos de servicio. Este examen tiene como objetivo obtener datos basales sobre las habilidades funcionales, para establecer diagnósticos enfermeros y realizar un plan de cuidados, evaluar los resultados fisiológicos en el cuidado de la salud (Mayón, D. 2021).

Etapa de diagnóstico

El diagnóstico de enfermería en esta etapa se define como un juicio clínico de las respuestas humanas de las personas, familia o comunidad ante un problema de salud real o potencial, mediante la base del cuidado de la Taxonomía North American Nursing (NANDA) para el desarrollo de un plan de cuidados que cumpla con todas las necesidades de atención al paciente (Secretaría de Salud [SS], 2018).

Etapa de Planeación

Los resultados determinaran en esta etapa los cuidados, acciones, intervenciones y recomendaciones que requiera la persona, familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social o espiritual. Igualmente, se utilizaran las escalas de medición y puntuación Diana para la evaluación de dichos resultados de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC) y taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC) para señalar la relación e importancia de las intervenciones con el diagnóstico del paciente (Secretaria de Salud [SS], 2018).

Etapa de Ejecución

Para el desarrollo de esta etapa se utilizara como herramientas las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC), son el resultado del desarrollo de la metodología de la medicina. De igual manera se utilizaran la recomendaciones de la taxonomía Nursing Interventions Classification (NIC), considerando que deben ser mediables y evaluables a corto, mediano y/o largo plazo (Secretaria de Salud [SS], 2018).

Etapa de Evaluación

Es la última etapa del proceso de enfermería, continua y formal de los resultados planeados y obtenidos de la clasificación Nursing Outcomes Classification (NOC), adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos del entorno y unidad de salud. Cada protocolo o plan de cuidado debe de incluir Enfermería Basada en Evidencia (EBE) para evaluar la efectividad y factibilidad de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) (Secretaria de Salud [SS], 2018).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Realizar un proceso enfermero para evaluar de manera integral el estado de salud de un paciente con cardiopatía congénita, mediante un enfoque multidisciplinario y utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, basadas en los 11 patrones funcionales, con el fin de mejorar la calidad de vida y promover el bienestar físico y emocional durante su desarrollo.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar una historia clínica completa y detallada del paciente, identificando signos y síntomas de la enfermedad y otras posibles complicaciones.
- Identificar y diseñar diagnósticos de enfermería relacionados con la cardiopatía congénita, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.
- Establecer objetivos medibles, alcanzables y relevantes para cada diagnóstico.
- Implementar las intervenciones de enfermería planificadas y asegurar un enfoque multidisciplinario en el cuidado del paciente.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería y el progreso del paciente.

Capítulo II

Diseño del Proceso de Enfermería

En el siguiente apartado se desarrollará el PAE, utilizando sus cinco etapas, de un caso clínico de un recién nacido cardiópata que se encuentre en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, bajo el régimen terapéutico de un hospital de tercer nivel.

2.1 Valoración inicial 27/10/2024

2.1.1 Datos de identificación

Nombre: M.P.F

Sexo: Masculino

Edad: 6 DVEU

Fecha de nacimiento: 14/10/2024

Estado civil: N/A

Ocupación: N/A

Religión: Padres católicos

Residencia: Tehuacán, Puebla

Fecha de ingreso: 16/10/2024

Diagnósticos médicos: Recién nacido muy prematuro de 28 semanas de gestación por Ballard, peso adecuado para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión arterial pulmonar moderada y persistencia del conducto arterioso moderado (2x2x4 mm).

2.1.2 Observación del entorno

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales está conformada por cinco camas censables, con un filtro de acceso, equipo electromédico y mobiliario, como cunas de calor radiante, monitores, ventiladores mecánicos, bombas de infusión, perfusores, tomas fijas de oxígeno, aire comprimido y aspiración controlada, medicamentos y material para la atención. También cuenta con un módulo de aislamiento para pacientes infectocontagiosos, central de enfermeras, carro de soporte vital, área médica, área de lavado de material y una campana de flujo laminar de acero inoxidable para la preparación de medicamentos.

2.1.3 Datos históricos

M.P.F., recién nacido pretérmino masculino que cursa 6 días de vida extrauterina (DVEU) en cuna térmica y tratamiento médico. Padre 43 años, empleado, bachillerato completo, aparentemente sano, hemotipo O positivo, con alcoholismo social. Madre 35 años, empleada, licenciatura trunca en Administración de Empresas, aparentemente sana, hemotipo O positivo, sin antecedentes de toxicomanías.

Abuelos paternos: abuelo vivo, 72 años, aparentemente sano; abuela viva, 70 años, aparentemente sana. Abuelos maternos: abuelo fallecido, causa desconocida; abuela viva, edad desconocida, aparentemente sana.

Ambos padres son originarios de Tehuacán, Puebla, y habitan en casa propia, con dos dormitorios y todos los servicios de urbanización (luz, agua potable, gas, drenaje). Zoonosis negadas y esquema de vacunación pendiente de iniciar.

2.1.4 Antecedentes Perinatales

Paciente recién nacido masculino con antecedentes perinatales. Es producto de la primera gesta de una madre de 35 años, quien inició control prenatal desde el primer trimestre, acumulando un total de 18 consultas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Tehuacán y en un medio privado. La madre refirió la ingesta de hierro, ácido fólico y calcio desde el inicio de la gestación. Se reportó prueba de VIH no reactiva y resultado de VDRL desconocido.

Recibió inmunización contra influenza y toxoide tetánico, y negó antecedentes de COVID-19 durante el embarazo. Presentó tres episodios de sangrado, motivo por el cual se realizaron ocho ultrasonidos, todos con reporte normal. Negó amenaza de aborto o parto pretérmino. Finalmente, refirió infección de vías urinarias en el primer trimestre, sin recordar el tratamiento indicado, además de cervicovaginitis en el mismo periodo.

La madre refirió el inicio de contracciones, por lo que acudió a su médico particular, quien le indicó acudir a urgencias de su unidad derechohabiente, donde presentó ruptura prematura de membranas y se indicó traslado a la ciudad de Puebla, a un hospital IMSS de tercer nivel, con inicio de maduradores pulmonares. Posteriormente, tras la administración de cuatro dosis de dexametasona, nace producto único vivo el 14/10/2024 a las 06:27 hrs.

2.1.5 Antecedentes Personales Patológicos

Inicia el padecimiento actual al nacimiento, presentando dificultad respiratoria por la prematuridad; se desconoce el puntaje Silverman-Anderson. Requirió fase III de ventilación; sin embargo, al no contar con espacio en su unidad de derechohabiente del IMSS, el 16 de octubre de 2024 fue trasladado a un hospital de convenio IMSS de tercer nivel en la ciudad de Puebla.

Ingresa a las 19:45 hrs a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para continuar con su tratamiento, reservado a la evolución. A su ingreso se observa activo y reactivo a estímulos externos, con ictericia Kramer II y apoyo ventilatorio en modalidad CMV. Se solicitan laboratorios sanguíneos y de gabinete, con riesgo de complicaciones secundarias, tales como choque séptico, enterocolitis necrosante, síndrome de dificultad respiratoria y hemorragia intraventricular.

2.1.4 Valoración actual (Inicial 27/10/2024)

1. Patrón percepción/manejo de la salud

Al interrogatorio realizado a la madre y al padre, refieren que el RNPT de 28 SDG nació el día 14 de octubre de 2024 a las 06:27 hrs por cesárea; llora y respira al nacer. Al nacimiento presenta dificultad respiratoria y se desconoce el puntaje Silverman-Anderson, requiriendo fase III de ventilación mecánica. Sin embargo, al no contar con espacio y equipo electromédico para su atención, es trasladado a esta unidad de tercer nivel en la ciudad de Puebla.

A su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se coloca en cuna de calor térmica y se monitoriza con un porcentaje de calor de 50%. El entorno se observa limpio e íntegro, con los equipos electromédicos necesarios. Presenta catéter venoso central funcional e infundiendo esquema de soluciones, sonda orogástrica y vesical a derivación. Se mantiene con estímulo mínimo y cambio de ropa solo cuando es necesario debido a la prematurez.

Se realiza limpieza de la unidad y cambios de equipos y medicamentos según corresponda. Recibe tratamiento farmacológico para el síndrome de dificultad respiratoria y, al obtener los resultados de laboratorio y gabinete, se inicia tratamiento para la cardiopatía congénita con furosemida a 0.5 mg/kg/dosis y espironolactona a 0.5 mg/kg/dosis, administradas

a través de un catéter central percutáneo en el brazo izquierdo. Presenta apoyo ventilatorio por cánula endotraqueal número 3, modo CMV, FiO₂ 60%, PEEP 6.5 cmH₂O, con uso de músculos respiratorios y coloración cianótica de tegumentos. Se administran broncodilatadores.

2. Patrón nutrición/metabólico

Peso: 940 g; Talla: 33 cm; PC: 23 cm; Temperatura corporal: 36.7 °C. La piel se observa reticular, con coloración pálida; cabello con restos de lanugo seco; uñas cortas y delgadas; mucosa oral con abundante sialorrea. Muñón umbilical limpio, en proceso de cicatrización, sin datos de infección. Se mantiene en ayuno, con SOG de 8 Fr fijado a 13 cm para derivación de gasto hemático. Abdomen globoso a la palpación, peristalsis disminuida y perímetro abdominal aumentado a 22 cm por turno.

3. Patrón eliminación

Recién nacido con disminución de diuresis; se colocó sonda vesical de 5 Fr, con uresis de 1.4 ml/kg/h, color ámbar con sedimentos. Durante las primeras 72 horas presentó dos evacuaciones, con características de acuerdo con la escala de Bristol tipo 7, meconiales y chiclosas, de aproximadamente 5 a 9 g por evacuación; además, presentó dos evacuaciones en los seis días de vida. Sonda orogástrica de 8 Fr a derivación, con gasto en posos de café de aproximadamente 6 ml por turno. Abdomen blando a la palpación, perímetro abdominal de 22 cm, peristalsis disminuida. Secreciones endotraqueales abundantes, espesas y amarillentas; secreciones orales abundantes, amarillas-hialinas, con abundante sialorrea.

4. Patrón actividad/ejercicio

Paciente en posición supina, hipoactivo, reactivo al estímulo; reflejo de moro presente, tono muscular conservado. Presenta desaturación del 77 % y coloración cianótica, con estímulo

mínimo al movimiento. Se mantiene con bolsa de polietileno para control de temperatura. Con apoyo ventilatorio, FiO₂ de manejo dinámico y aspiración de secreciones por técnica abierta y cerrada. Signos vitales: temperatura 36.7 °C, frecuencia cardiaca 188 x', frecuencia respiratoria 56 x', presión arterial 79/48 mmHg y saturación de oxígeno 96 %.

5. Patrón sueño/descanso

Se mantiene bajo sedoanalgesia con fentanilo 5 mcg/kg/dosis, hipoactivo y reactivo al estímulo externo.

6. Patrón cognitivo/percepción

El recién nacido prematuro se muestra hipoactivo, reactivo al estímulo externo, pupilas reactivas a la luz, tono activo y pasivo adecuado para la edad, sin presencia de movimientos anormales, se mantiene en decúbito supino.

7. Patrón autopercepción/autoconcepto

La madre comenta sentirse angustiada por el estado de salud de su bebé ya que le han dicho que bajo de peso y en su ecocardiograma detectaron una cardiopatía congénita la cual requiera cirugía.

8. Patrón rol/relaciones

El núcleo familiar se compone del padre, de 45 años, y de la madre, de 35 años; el recién nacido es producto de la primera gestación. El padre se dedica al comercio y la madre trabaja como vendedora en un supermercado. Mantienen una relación cercana y estrecha con ambas familias, así como apoyo mutuo ahora que se han trasladado a la ciudad de Puebla. Ambos padres visitan al recién nacido una vez por turno para fortalecer el contacto hablándole.

9. Patrón sexualidad/reproducción

Genitales fenotípicamente masculinos y ano permeable sin alteraciones.

10. Patrón adaptación/tolerancia al estrés

Debido a la prematurez y a la situación de salud del recién nacido, los padres refieren haber experimentado crisis de estrés e incertidumbre a raíz de los informes médicos. La madre ha sido canalizada con la psicóloga del hospital para recibir terapia emocional. El padre no ha acudido a terapia debido a su horario de trabajo.

11. Patrón valores/creencias

Los padres son católicos, realizan oraciones en la capilla del hospital y confían en Dios que su hijo estará mejor en su condición de salud. Así mismo, llevaron una imagen religiosa y la pegaron en la cuna de la unidad de cuidados intensivos donde se encuentra su hijo.

2.1.6 Escalas de valoración

Escala Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) es la única diseñada exclusivamente para población neonatal y es la más recomendada para la evaluación del riesgo cutáneo neonatal de los 0-30 días. Se utilizan 6 items: condición física general, estado mental, movilidad, nutrición y humedad; con una escala de valoración del 1 al 4 puntos; por tanto, se considera “Neonato con riesgo bajo de UPP >17 puntos”, “Neonato con riesgo moderado de UPP 13-17 puntos” y “Neonato con riesgo alto de UPP < 13 puntos”. De acuerdo a la primera valoración de mi paciente esta escala la encontré con un puntaje de 9 “riesgo alto de UPP”.

Escala Premature Infant Pain Profile (PIPP) es una herramienta para medir el dolor en el neonato y se emplea para neonatos entre 28-40 semanas de vida. Se utilizan 7 variables: edad

gestacional, comportamiento, aumento de FC, disminución de saturación O₂, entrecejo fruncido, ojos apretados y surco nasolabial. La utilidad clínica es para procedimientos dolorosos en recién nacidos tanto de término como pretérmino. El puntaje 0 a 3, valores menores o iguales a 6 indican que no hay dolor o que el dolor es mínimo y valores mayores o igual a 12 indican que el dolor es moderado o intenso. De acuerdo a la primera valoración de mi paciente esta escala la encontré con un puntaje de 4 “dolor mínimo”.

Escala de Humpty Dumpty es una herramienta para medir el riesgo de caídas en niños valora 7 categorías, el puntaje se asigna de acuerdo a las siguientes definiciones; 1.- edad, 2.- género, 3.- diagnóstico, 4.- deterioro cognitivo, 5.- factores ambientales, 6.- cirugía o sedación anestésica y 7.- medicación. El nivel de riesgo va de menor de 7 puntos sin riesgo aparente, entre 7-11 puntos riesgo bajo y mayor de 12 riesgo alto. De acuerdo a la suma de los 7 ítems y a la primera valoración se dio un puntaje de 16 puntos “riesgo alto”.

Escala de Maddox mide la flebitis que es la inflamación de una vena debido a la alteración endotelial a causa de una infusión endovenosa, se manejan 6 categorías que van de 0 puntos sin dolor, no signos de flebitis; 1 punto posible signos de flebitis, 2 inicio de flebitis, retirar catéter, 3 flebitis, retirar catéter y valorar tratamiento, 4 flebitis, retirar catéter y valorar tratamiento y 5 tromboflebitis, retirar catéter y comenzar tratamiento. De acuerdo a la valoración del paciente se encuentra en 0 “sin datos de flebitis”.

Escala de Bristol clasifica la forma y dureza de las heces en siete grupos los cuales son: tipo 1 trozos duros y separados, tipo 2 como una salchicha, compuesta de fragmento, tipo 3 como una salchicha, con grietas en la superficie, tipo 4 como una salchicha o serpiente, lisa y blanca, tipo 5 trozos de masa pastosa, con bordes bien definidos, tipo 6 fragmentos blandos y esponjosos

con bordes irregulares y tipo 7 acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. En la primera valoración se encontró con una escala en puntuación 7.

2.1.7 Valoración céfalo-podal

Cabeza: normocefálica, con buena implantación de cabello; ojos con pupilas anisocóricas, diámetro pupilar menor de 3 mm y protección ocular presente; orejas bien implantadas; fosas nasales permeables, con secreciones amarillas; mucosa oral semi-hidratada, ligera cianosis peribucal, abundante sialorrea y presencia de tubo endotraqueal.

Cuello: simétrico, sin adenopatías.

Tórax: simétrico, expandible; a la auscultación, campos pulmonares ventilados; ruidos cardiacos normales.

Abdomen: blando y depresible, sin dolor a la palpación, sin datos de distensión abdominal.

Genitales: íntegros, fenotípicamente masculinos, con presencia de sonda vesical de 5 Fr a derivación.

Extremidades superiores e inferiores: íntegros, con movimientos normales; llenado capilar distal inmediato de 2 segundos; edema periférico presente; acceso venoso central mediante catéter PICC de 2 Fr y 2 lúmenes, sin datos de infección.

Piel: palidez generalizada, reticular.

2.1.8 Resultados de Auxiliares Diagnósticos

Laboratorio	Resultado
Gasometría arterial (18/10/2024)	pH: 7.45 PCO ₂ : 39 mmHg HCO ₃ : 27.1 mmol/L.
USD Transfontanelar	Datos sugestivos a edema cerebral leve, sin hallazgos de hemorragia en las estructuras intracraneales.
Grupo sanguíneo	Rho (anti D) "O" positivo

Patrones alterados

1. Patrón percepción/manejo de la salud
2. Patrón nutrición/metabólico
3. Patrón eliminación
4. Patrón actividad/ejercicio

2.2 Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 4. Actividad/reposo

Clase: 4. Respuesta cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 1: Patrón respiratorio ineficaz (00032) r/c enfermedades cardiacas (cardiopatía congénita) m/p cianosis, taquipnea, hipoxemia y fase respiratoria prolongada (VM).

Dominio: 4. Actividad/reposo

Clase: 4. Respuesta cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de Enfermería 2: Disminución del gasto cardiaco (00029) r/c alteración del ritmo cardiaco m/p taquicardia

Dominio: 3. Eliminación e intercambio

Clase: 2. Función gastrointestinal

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) r/c recién nacido prematuro.

2.3 Plan de Cuidados de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>			
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>	
Dominio: 4. Actividad/reposo Clase: 4. Respuesta cardiovascular/pulmonares Pág. NANDA: 315 Patrón respiratoria ineficaz (00032) R/C enfermedades cardíacas (cardiopatía congénita) E/P cianosis, taquipnea, hipoxemia, disnea, usos de los músculos respiratorios accesorios (diafragma, esternón y costillas) acumulación de secreciones y fase respiratoria prolongada (VM).	Dominio: II. Salud fisiológica. Clase: E. Cardiopulmonar Código NOC: 0415 Pág. NOC: 519 Mejorar la Función Respiratoria	(041510) Uso de los músculos accesorios (2) (3) (041513) Cianosis (1) (3) (041520) Acumulación de secreciones (2) (3) (041536) Disnea (2) (3)	Dominios: 2. Fisiológico: Complejo Clase: K. Manejo respiratorio Código: 3140 Pág. NIC: 326 Intervención: Manejo de la vía aérea <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó monitorización de los signos vitales. Se auscultaron campos pulmonares, observando áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de ruidos adventicios. Se monitorizo los parámetros del respirador mecánico y los cambios ajustados por médico, registrados en la hoja de enfermería. Se aseguró que las alarman del respirador estén conectadas. Se proporcionó cuidados de alivio (posición, sedación y analgesia). Se utilizó aspiración de secreciones orotraqueales. Se administró con broncodilatadores (budesonida). <p>GPC-IMSS-137-21 “Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido prematuro”</p> <p>R= Investigar si se le administraron correctamente los corticosteroides prenatales a la madre ante la inminencia del nacimiento prematuro. R= Realizar la vigilancia del patrón respiratorio del RNP después de la estabilización e identificar los signos del SDR. R= Ministran primera dosis de surfactante pulmonar, ante la sospecha de un SDR. R= Se debe de monitorizar en todo momento la SpO2 >80%, frecuencia cardíaca >100 lpm, en los primeros 5 minutos después del nacimiento. R= Valorar la aspiración gentil de secreciones. R= Cuidados de la ventilación mecánica invasiva.</p>	
	Puntuación Basal			
	2 Sustancial	Escala (s)		
	Puntuación Diana	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno		
	3 Moderado			
Puntuación Post-intervención				
+1				

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 4. Actividad/reposo Clase: 4. Respuesta cardiovascular/pulmonares Pág. NANDA: 317 Disminución del gasto cardíaco (00029) R/C alteración de la poscarga y precarga (comunicación interventricular) m/p cianosis, fatiga, sudoración, taquicardia, soplo cardíaco, llenado capilar prolongado.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código NOC: 0414 Pág. NOC: 507 Función cardiopulmonar	(041417) Cianosis (2) (4) (041426) Fatiga (2) (4) (041431) Diaforesis (3)(4) (041438) Ritmo Cardíaco (2) (4)	Dominios: 2. Fisiológico: complejo Clase: N. Manejo de la perfusión tisular Código: 4040 Pág. NIC: 130 Intervención: Cuidados cardíacos <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó una valoración de la circulación periférica (pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades). Se monitorizaron los signos vitales. Se monitorizo la existencia de arritmias cardíacas. Se monitorizo el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca. Se monitorizo la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea. Se monitorizo el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario). Se evaluaron alteraciones en la presión arterial. Se valoró de los resultados sanguíneos (niveles electrolitos).
	Puntuación Basal		
	2 Sustancial	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1. Grave	
	4 Leve	2. Sustancial	
	3. Moderado		
	4. Leve		
	5. Ninguna		
Puntuación Post-intervención			
+2			

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 2. Función gastrointestinal Pág. NANDA: 289 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) R/C recién nacido prematuro (intolerancia alimentaria).	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: K. Digestión y nutrición Código NOC: 1015 Pág. NOC: 509 Función gastrointestinal	(101513) Dolor abdominal (1) (2) (101514) Distensión abdominal (1) (2) (101515) Dolor abdominal a la palpación (2) (3) (101517) Aumento del peristaltismo (1) (2) (101530) Vaciado gástrico (1) (2)	Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1874 Pág. NIC: 155 Intervención: Cuidados del drenaje: gastrointestinal <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se monitorizo la correcta colocación de la sonda orogástrica, probando si hay residuo al aspirar. • Se monitorizo la radiografía toracoabdominal para ubicar. • Se observó si hay nauseas o vómito. • Se monitorizaron los ruidos intestinales. • Se monitorizo si hay signos de dificultad respiratoria. • Se monitorizo la cantidad, color, y consistencia del contenido nasogástrico. • Se documentó la colocación de la sonda, calibre, fecha y nombre de quien la coloco.
	Puntuación Basal		
	1 Grave		Escala (s)
	Puntuación Diana		1. Grave
	2 Sustancial		2. Sustancial
		3. Moderado	
		4. Leve	
		5. Ninguna	
Puntuación Post-intervención			
+1			

2.4 Segunda valoración continúa (02/11/2024)

1. Patrón percepción/manejo de la salud

Recién nacido en su 18 DVEU en cuna de calor térmica, monitorización continua y sensor de temperatura, continua con apoyo ventilatorio en fase III en modalidad CMV, FIO₂ 45%, PEEP 6 cmHg, ciclados de 55 x', sin mejorar a la disminución del FIO₂, presentando desaturación entre 89 a 83%, se tomó nueva gasometrías de control reportando Acidosis respiratoria pH 7.34, PCO₂ 53 mmHg y HCO₂ 26.1 mmHg. Se inició apoyo de aminas con dobutamina a 0.6 ml/hr manteniendo frecuencia cardiaca de 167 lpm, sedoanalgesia fentanilo 0.4 ml/hr, al tratamiento por cardiología se agregó sildenafil 0.5 mg/kg/dosis y manejo antimicrobiano con cefotaxima y amikacina por probable Sepsis Neonatal Tardía.

2. Patrón nutrición/metabólico

Recién nacido prematuro con peso 1020 grs, talla 35 cm, continua en ayuno con SOG 8 fr fija en 13 cm a derivación con gasto biliar en pozos de café, abdomen distendido con PA 25 cm por turno, peristalsis disminuida; hallazgo radiológico compatible con enterocolitis necrotizante. Aporte nutricio parenteral por catéter percutáneo a 4.8 ml/hr en su día 7, glucometria una hora posterior a inicio de NPT de 126 mg/dL.

3. Patrón eliminación

Recién nacido continua con sonda vesical de 5 fr con uresis clara de 3.4 ml/kg/hora, evacuaciones ausentes en las últimas 24 horas. A la auscultación de campos pulmonares con presencia de estertores, se aspiran secreciones endotraqueales abundantes, espesas y amarillas, por boca se reportan moderas hialinas a valoración de enfermería por 24 horas,

con apoyo de micronebulizaciones budesonida cada 12 horas y combivent cada 8 horas, con aspiración gentil de secreciones.

4. Patrón actividad/ejercicio

Recién nacido tuvo un mejoramiento ya que inicio con el tratamiento por parte de cardiología, se estuvo monitorizando y registrando signos vitales horarios en la hoja de enfermería. Se llevó un control estricto de líquidos. Sin embargo, estará en revisiones continuas para vigilar el cierre del conducto interventricular.

Patrones alterados

1. Patrón percepción de la salud
2. Patrón nutrición/metabólico
3. Patrón Eliminación

2.5 Registros de diagnósticos de enfermería

Dominio: 3. Eliminación e intercambio

Clase: 4. Función respiratoria

Diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases (00030) r/enfermedad cardiaca y acidosis respiratoria m/p disminución de la saturación de oxígeno 89%, taquicardia, color anormal de la piel, pH 7.34, PCO2 53 mmHg, ventilación mecánica invasiva.

Dominio: 3. Eliminación e intercambio.

Clase: 2. Función gastrointestinal.

Diagnóstico de Enfermería 3: Motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) r/c recién nacido prematuro m/p residuo gástrico (hemático, biliar y pozos en café), peristalsis disminuida, abdomen distendido, dificultad para defecar.

Dominio: 11. Seguridad/protección

Clase: 2. Lesión física

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C recién nacidos con cardiopatía congénita m/p eliminación ineficaz de las secreciones abundantes, sonidos respiratorios (estertores).

2.6 Plan de Cuidados de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	Resultado Esperado NOC	Indicadores	Intervenciones (NIC y GPC)
Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 4. Función respiratoria Pág. NANDA: 290 Deterioro del intercambio de gases (00030) R/C enfermedad cardíaca y acidosis respiratoria M/P disminución de la saturación de oxígeno menor al 89%, taquicardia, color anormal de la piel, pH 7.34, PCO2 53 mmHg, ventilación mecánica invasiva.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código NOC: 0402 Pág. NOC: 521 Función respiratoria: intercambio de gases	(040208) Presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PO2) (1) (2) (040209) Presión parcial de dióxido de carbono en la sangre arterial (PCO2) (1) (2) (040210) pH arterial (1) (2) (040211) Saturación de oxígeno 89 a 83% (2) (3)	Dominios: 2. Fisiológico: complejo Clase: K. Manejo respiratorio Código: 1913 Pág. NIC: 345 Intervención: Manejo del equilibrio ácido-base: acidosis respiratoria <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se mantuvo la vía aérea permeable. • Se mantuvo la vía aérea limpia (aspiración de secreciones y fisioterapia respiratoria). • Se monitorizo el patrón respiratorio. • Se mantuvo un acceso venoso periférico corto y central permeables. • Se administró antibiótico y broncodilatadores. • Se monitorizo los niveles de gasometría arterial. • Se observó el funcionamiento y distensión del aparato digestivo para evitar la disminución de los movimientos diafragmáticos.
	Puntuación Basal		
	1 Desviación grave del rango normal	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderado del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	
	2 Desviación sustancial del rango normal		
Puntuación Post-intervención			
+1			

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 3. Eliminación e intercambio Clase: 2. Función gastrointestinal Pág. NANDA: 289 Motilidad gastrointestinal disfuncional (00197) R/C recién nacido prematuro /P residuo gástrico (hemático, biliar y pozos en café), peristalsis disminuida, abdomen distendido, dificultad para defecar.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: K. Digestión y nutrición Código NOC: 1015 Pág. NOC: 509 Función gastrointestinal	(101513) Dolor abdominal (2) (3) (101514) Distensión abdominal (2) (3) (101515) Dolor abdominal a la palpación (2) (3) (101517) Aumento del peristaltismo visible (2) (3) (101530) Vaciado gástrico (2) (3) (101537) Pérdida de peso (2) (3)	Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1200 Pág. NIC: 80 Intervención: Administración de alimentación parenteral total (NPT) <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se aseguró que la NPT sea infundida por un catéter central. • Se monitorizo la presencia de infecciones o complicaciones metabólicas. • Se corroboró la NPT que sea la correcta. • Se realizaron cuidados asépticos a la hora de colocar la NPT en el catéter central. • Se monitorizaron los signos vitales. • Se pesó diariamente al paciente.
	Puntuación Basal	Escala (s)	Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1120 Pág. NIC: 476 Intervención: Terapia nutricional
	2 Sustancial	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	<i>Actividades:</i>
	Puntuación Diana		Se revisó la información sobre el estado nutricional del paciente.
	3 Moderado		<ul style="list-style-type: none"> • Se midió el peso, talla y longitud. • Se inició con apoyo nutricional lo antes posible. • Se evaluó la necesidad de líquidos intravenosos. • Se manejó la alimentación enteral por sonda y parenteral. • Se midió la glucemia capilar tras el inicio de la alimentación enteral o parenteral. • Se monitorizó los resultados de laboratorio como los electrolitos. • Se registró el perímetro pre y post abdominal.
Puntuación Post-intervención			
+1			

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 11. Seguridad/protección Clase: 2. Lesión física Pág. NANDA: 490 Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C recién nacidos con cardiopatía congénita m/p eliminación ineficaz de la secreciones, sonidos respiratorios (estertores),	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código NOC: 0410 Pág. NOC: 522 Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias	(041028) Secreciones en las vías respiratorias. (2) (3)	Dominios: 1. Fisiológico: complejo Clase: K. Manejo respiratorio Código: 3160 Pág. NIC: 103 Intervención: Aspiración de la vía aérea. <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó lavado de manos y precauciones universales. Se ausculto los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Se hiperoxigeno al paciente al 100% durante unos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual. Se utilizó aspirador en sistema cerrado. Se seleccionó la sonda de aspiración adecuada. Se monitorizo el estado de oxigenación del paciente. Se observó el color, cantidad y consistencia de las secreciones.
	Puntuación Basal		
	2 Sustancial	<i>Escala (s)</i>	
	Puntuación Diana	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	
	3 Moderado		
Puntuación Post-intervención			
+1			

2.7 Tercera valoración continua (05/11/2024)

1. Patrón percepción/manejo de la salud

Recién nacido corrigiendo 31.1 SDG en su día 21 DVEU en incubadora térmica, continua en fase III de la ventilación, reportando el intento al destete a fase II no invasiva CPAP con puntas nasales, sin éxito presentando un Silverman de 7 puntos (quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea y aleteo nasal) en una valoración de 40 minutos, frecuencia respiratorio mayor a los 85 lpm y una frecuencia cardiaca de 95 lpm, inicio de aminergico a razón por dopamina a 0.4 ml/hr.

2. Patrón nutrición/metabólico

Recién nacido con un peso actual de 1035 grs, talla 35 cm, temperatura corporal que se mantiene en 37°C, con apoyo de alimentación parenteral e inicia la alimentación enteral con leche materna 4 ml tolerando con abdomen depresible a la palpación, sin dolor. Colocando a derivación la sonda orogástrica 15 minutos previo a toma con gasto hialino y escaso pozos en café en trayecto de sonda no cuantificables; aumento significativo del perímetro abdominal pre-postprandial 26 cm/28 cm. El paciente presenta evacuación espontanea amarilla y pastosa (Escala de Bristol 5) y micciona de manera esporádica, sin datos de deshidratación.

3. Patrón eliminación

El recién nacido a la auscultación de campos pulmonares se mantienen ventilados, con reporte de secreciones endotraqueales ya moderadas, continúa con manejo de broncodilatadores.

4. Patrón actividad ejercicio

Recién nacido actualmente presento aumento de la tensión arterial 98/58 mmHg, con una media de 71 mmHg, al destete de la ventilación mecánica de fase III a fase II. Frecuencia respiratoria de 59 lpm, frecuencia cardíaca 162 lpm, saturación de oxígeno 96%, glucometría capilar 127 mg/dL. El recién nacido sin sedación, se muestra las primeras 2 horas de la mañana irritable con llanto no audible, relacionándolo a la falta de cambios posturales y acumulación de secreciones. Posterior el resto del día se mantiene tranquilo bajo sueño fisiológico.

8. Patrón rol/relaciones

Los padres refieren ansiedad y estrés por la estancia prolongada de hospitalización de su hijo prematuro, por su estado de salud que aún sigue siendo grave y reservado. La madre llorando menciona sentirse angustiada y desesperada por el tiempo que llevan, ya que tuvieron que rentar un lugar cerca del hospital para estar al pendiente y sus ingresos económicos están disminuidos. El padre menciona que no ha podido trabajar continuamente ya que debe de estar viajando con frecuencia a la ciudad para estar al pendiente de su familia. Sin embargo, aunque han acudido al servicio de psicología no se han sentido bien al pensar en todas las complicaciones de salud de su bebé y los cuidados específicos que llegue a necesitar. Sin embargo, se fomenta el contacto de piel con piel con ambos padres y el recién nacido para ayudar a regular la temperatura corporal, frecuencia cardíaca y respiratoria, reduciendo la irritabilidad y promoviendo la lactancia materna.

9. Patrón sexualidad

Debido al inicio de la alimentación enteral con leche materna como parte del proceso y vínculo postnatal, se le hace mención a la mamá la importancia de la extracción de la leche materna cada 3 horas y la buena técnica para evitar lesiones de los senos. Sin embargo, la madre refiere escasa producción debido a que no lleva los horarios adecuados de extracción. Se ofreció por parte de enfermería capacitación y acompañamiento para la extracción de leche materna.

Patrones alterados

1. Percepción/manejo de la salud
2. Nutricional/metabólico
3. Actividad/ejercicio
4. Rol/relaciones
5. Sexualidad

2.8 Registros de diagnósticos de enfermería

Dominio: 4. Actividad/reposo

Clase: 4. Respuesta cardiovasculares/pulmonares.

Diagnóstico de enfermería: Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034)

R/C recién nacido prematuro con cardiopatía congénita m/p color anormal de la piel (palidez), incremento de la presión arterial, Silverman alterado en 7 puntos.

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 1. Ingestión

Pág. NANDA: 231

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) R/C recién nacido prematuro (estado de salud actual) m/p dolor abdominal, peso corporal, inicio de ingesta de alimentos LM.

Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2. Respuesta de afrontamiento.

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento familiar comprometido (00079) R/C situación estado de salud hijo (hospitalización prolongada por prematuridad), carga emocional y economía m/p llanto, expresa angustia, ansiedad en los cambios, inseguridad, nerviosismo.

2.9 Plan de Cuidados de Enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 4. Actividad/reposo Clase: 4. Respuesta cardiovasculares/pulmonares. Pág. NANDA: 332 Respuesta ventilatoria disfuncional al destete (00034) R/C recién nacido prematuro con cardiopatía congénita M/P color anormal de la piel (palidez), incremento de la presión arterial, Silverman alterado en 7 puntos.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar Código NOC: 0414 Pág. NOC: 507 Función cardiopulmonar	(041416) Palidez (2) (3) (041420) Retracción torácica (2) (3) (041424) Disnea (2) (3) (041426) Uso de los músculos accesorios (2) (3)	Dominios: 1. Fisiológico: complejo Clase: K. Manejo respiratorio Código: 3310 Pág. NIC: 182 Intervención: Destete de la ventilación mecánica <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinó la preparación del paciente para el destete (estabilidad hemodinámica). • Se monitorizo el estado hidroelectrolítico. • Se aspiró la vía aérea. • Se administró fisioterapia pulmonar. • Se vigiló el patrón respiratorio, si se nota fatigado después de vigilar 30 a 30 minutos, volver a la VM invasiva. • Se administró medicamentos que favorezcan la permeabilidad de la vía aérea.
	Puntuación Basal 3 A veces demostrado	Escala (s) 1 Grave 2 Sustancial 3 Moderado 4 Levemente 5 Ninguno	
	Puntuación Diana 4 Frecuentemente demostrado		
	Puntuación Post-intervención +1		

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 2. Nutrición Clase: 1. Ingestión Pág. NANDA: 231 Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades (00002) R/C recién nacido prematuro (estado de salud actual) M/P peso corporal, inicio de ingesta de alimentos con LM.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: K. Digestión y nutrición Código NOC: 1004 Pág. NOC: 499 Estado nutricional	(100402) Ingesta de alimento (LM) (2) (3) (100405) Relación con peso/talla (2) (3)	Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1020 Pág. NIC: 226 Intervención: Etapas en la dieta <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinó el estado nutricional del paciente. • Se auscultaron sonidos intestinales. • Se pinzo la sonda orogástrica. • Se observó que no exista presencia de reflejo nauseoso. • Se observó y vigilo la tolerancia de la dieta. Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1056 Pág. NIC: 84 Intervención: Alimentación enteral por sonda.
	Puntuación Basal 3 A veces demostrado	Escala (s) 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	<i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una valoración abdominal antes de iniciar la alimentación (ruidos intestinales, distensión, dolor a la palpación). • Se vigiló la correcta colocación de la sonda orogástrica. • Se comprobó si existe residuo gástrico, 15 minutos previo a la toma dejar la sonda orogástrica a derivación. • Se elevó el cabero de la cuna de 30 a 45° durante la alimentación. • Se monitorizo los signos y síntomas de dificultad respiratoria durante la alimentación. • Se administró alimentación con técnica aséptica (uso de guantes). • Se observó si existía sensación nauseosa o vómito y reportar. • Se mantuvo la leche materna en buen estado y en las condiciones de temperatura adecuadas. • Se monitorizo las entradas y salidas de líquidos.
	Puntuación Diana 4 Frecuentemente demostrado0		
	Puntuación Post-intervención +1		

Plan de cuidados de enfermería

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 2. Nutrición Clase: 1. Ingestión Pág. NANDA: 231 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) R/C recién nacido prematuro (estado de salud actual) M/P peso corporal, inicio de ingesta de alimentos con LM.	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: K. Digestión y nutrición Código NOC: 1004 Pág. NOC: 499 Estado nutricional	(100402) Ingesta de alimento (LM) (2) (3) (100405) Relación con peso/talla (2) (3)	Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1020 Pág. NIC: 226 Intervención: Etapas en la dieta <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se determinó el estado nutricional del paciente. Se auscultaron sonidos intestinales. Se pinzo la sonda orogástrica. Se observó que no exista presencia de reflejo nauseoso. Se observó y vigilo la tolerancia de la dieta.
	Puntuación Basal		Dominios: 1. Fisiológico: básico Clase: D. Apoyo nutricional Código: 1056 Pág. NIC: 84 Intervención: Alimentación enteral por sonda. <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó una valoración abdominal antes de iniciar la alimentación (ruidos intestinales, distensión, dolor a la palpación). Se vigiló la correcta colocación de la sonda orogástrica. Se comprobó si existe residuo gástrico, 15 minutos previo a la toma dejar la sonda orogástrica a derivación. Se elevó el cabero de la cuna de 30 a 45° durante la alimentación. Se monitorizo los signos y síntomas de dificultad respiratoria durante la alimentación. Se administró alimentación con técnica aséptica (uso de guantes). Se observó si existía sensación nauseosa o vómito y reportar. Se mantuvo la leche materna en buen estado y en las condiciones de temperatura adecuadas. Se monitorizo las entradas y salidas de líquidos.
	3 A veces demostrado	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	
	Puntuación Post-intervención		
+1			

Análisis de los Datos Diagnóstico de Enfermería-NANDA <i>¿Qué sugieren los datos?</i>	Plan de Cuidados Resultados NOC, Intervenciones NIC y Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (EBE) <i>¿Qué debo hacer y qué puedo hacer?</i>		
	<i>Resultado Esperado NOC</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intervenciones (NIC y GPC)</i>
Dominio: 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase: 2. Respuesta de afrontamiento. Pág. NANDA: 433 Afrontamiento familiar comprometido (00079) R/C situación estado de salud hijo (hospitalización prolongada por prematuridad), carga emocional y economía M/P llanto, expresa angustia, ansiedad en los cambios, inseguridad, nerviosismo	Dominio: III. Salud psicosocial Clase: N. Adaptación psicosocial Código NOC: 1211 Pág. NOC: 92 Adaptación de los padres a la hospitalización del niño pequeño	(121101) Interacción con el personal sanitario (3) (4) (121104) Proporciona el historial médicos del niño (4) (5) (121109) Afronta el estrés de la hospitalización de su hijo (3) (4) (121131) Expresa satisfacción con los cuidados de enfermería (4) (5) (121110) Mantiene el vínculo con su hijo hospitalizado (3) (4)	Dominios: 3. Conductual Clase: R. Ayuda para el afrontamiento Código: 5270 Pág. NIC: 88 Intervención: Apoyo emocional <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se transmitió calidez e interés. • Se garantizó confiabilidad • Se presentó y aseguro que los padres se sientan cómodos. • Se realizaron preguntas abiertas. • Se escuchó atentamente las preocupaciones, los pensamientos y sentimientos. • Se realizó afirmaciones de empatía o de apoyo. • Se proporcionó orientación al departamento de psicología. • Se motivó en la toma de terapia y asesoramiento. • Se favoreció la conversación o el llanto como medio de expresar y liberar la respuesta emocional.
	Puntuación Basal		
	3 A veces demostrado	Escala (s)	
	Puntuación Diana	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	
	4 Frecuentemente demostrado0		
Puntuación Post-intervención			
+1		Dominios: 6. Sistema sanitario Clase: Y. Medición del sistema sanitario Código: 7310 Pág. NIC: 135 Intervención: Cuidados de enfermería al ingreso <i>Actividades:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Se presentó ante los padres y su función en los cuidados. • Se dirigió con un lenguaje claro. • Se orientó sobre las expectativas de los cuidados, incluyendo las políticas y os procedimientos relevantes del servicio nacional de salud. • Se orientó en las instalaciones del centro. • Se realizó la historia clínica del paciente y antecedentes de la madre. • Se observó las conductas verbales y no verbales del familiar. • Se determinó la percepción de la enfermedad, la salud, las necesidades de cuidados y el conocimiento de los problemas de salud. • Se realizaron los registros necesarios en las hojas de enfermería. • Se mantuvo de manera confidencial la información. 	

2.10 Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios

Plan de Alta y/o Continuidad de Cuidados Intrahospitalarios	
Intervenciones de Enfermería	
<p>a) Datos de riesgo (signos y síntomas) Coloración azulada, dificultad respiratoria, letargia, capacitación en aspiración de secreciones (si procede).</p>	<p>Intervención: <i>Oxigenoterapia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se capacito a la mamá a monitorizar la saturación de oxígeno con un oxímetro de dedal, vigilando que los parámetros se encuentren entre 89-94%. • Se les hizo mención a los padres que lleven el seguimiento por cardiología pediátrica y neumología, con citas de control por consulta externa de su unidad de afiliación IMSS. • Se les recomendó a los padres, ya en su hogar, evitar un ambiente libre de humo, polvo y alérgenos. • Se capacito a la mamá en el posicionamiento adecuado que debe de tener su hijo para facilitar a expansión pulmonar. • Se indicó como manejar dispositivos de oxígeno suplementario en casa (tanque de oxígeno, cánula nasal). • Se capacito a la mamá en la UCIN en la aspiración de secreciones por técnica abierta (narinas y boca), ya que el paciente por su estado de salud (displasia pulmonar) presentaba aun secreciones que hacían que se fatigara. • Se brindó educación los padres en la vigilancia del sueño, estado de alerta, actividad, reactividad de movimientos y estado de conciencia de su hijo. • Se les informo sobre los datos de alerta dificultad respiratoria, coloración azulada o palidez generalizada, para que acudan al servicio de urgencias de su clínica más cercana para recibir atención inmediata. • Se les recomendó asistir a sus consultas con cardiología mensualmente para vigilar su cardiopatía congénita y la dosis del tratamiento farmacológico.

<p>b) Tipo de Dieta/Nutrición Alimentación asistida, tolerancia a la vía enteral.</p>	<p>Intervención: <i>Alimentación enteral por sonda.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En el alta se les menciona a los padres sobre el aporte nutricional adecuado para promover el crecimiento y desarrollo, previniendo complicaciones gastrointestinales y metabólicas. Así como la importancia de alimentarlo cada 3 horas. • Se capacito a la mamá en el uso de la sonda orogástrica y limpieza al finalizar cada alimentación. • Se enseñó la administración adecuada de la leche materna (volumen con jeringa a vacío, tiempo aproximado, así como la temperatura que debe de tener la leche, esta debe de ser calentada a baño maría). • Se le menciona no aumentar la toma, la alimentación está calculada al peso del paciente de acuerdo a cada consulta médica. • Se instruyó sobre los signos de alarma (vómito, distensión abdominal, letargo, rechazo del alimento, diarrea, estreñimiento por más de 24 horas, fiebre, llanto imparable). • Se fomentó el contacto piel con piel, ya que, estimular la producción de leche materna mediante extracción frecuente.
<p>c) Apoyo comunal (servicios de salud, familia, etc. de la persona) Ansiedad, temor, inseguridad y nerviosismo.</p>	<p>Intervención: <i>Apoyo emocional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se escuchó de manera efectiva y empática las preocupaciones de los padres, se estableció una relación de confianza para que se sintieran acompañados en el proceso. • Se canalizo a los padres con el grupo de psicología del hospital, para trabajar en sus emociones. • Se les comento acudir a los talleres de psicología del hospital, para fortalecer su estado de ánimo. • Se educó sobre las condiciones de salud del recién nacido de forma comprensible, resolviendo dudas de los padres con el apoyo médico. • Se involucró a los padres en el proceso del cuidado (baño en cuna, la asistencia para alimentación, terapia por parte de médicos de rehabilitación para la estimulación temprana, cambio de pañal, colocación de medicamentos y aspiración de secreciones), identificación de recursos y dispositivos de ayuda. • Se promovió información sobre los signos de alerta y cuidados especiales en casa, coordinar las visitas médicas, capacitación sobre la toma de medicamentos. • Se observó una mayor vinculación efectiva con el neonato y el inicio con el proceso de adaptación al rol parenteral.

Capítulo III

3.1 Discusión

El cuidado de enfermería en pacientes neonatales y pediátricos con cardiopatías congénitas, particularmente en aquellos sometidos a cirugía correctiva como el cierre de comunicación interventricular (CIV), ha sido ampliamente documentado en la literatura. Diversos estudios coinciden en la necesidad de implementar un proceso sistematizado de atención basado en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, ya que estas permiten estandarizar el cuidado y garantizar una atención integral centrada en el paciente.

En relación con la valoración realizada bajo los Patrones Funcionales de Virginia Henderson, se identificó como diagnóstico principal la cardiopatía congénita, debido a que el recién nacido estudiado no fue sometido a intervención quirúrgica y recibió un manejo conservador. Este hallazgo contrasta con lo reportado por Orellana, U. (2019), quien evidenció la importancia de estandarizar el cuidado postquirúrgico en pacientes pediátricos con cierre de CIV mediante la aplicación de un plan estructurado. Dicho enfoque, de carácter cuali-cuantitativo, permitió demostrar la efectividad de estas intervenciones, demostró mejoras significativas en la función de la bomba cardíaca, lo que resulta concordante con los principios del cuidado centrado en el paciente.

Por otra parte, Suárez, et al. (2020) abordó el proceso enfermero en adolescentes con cardiopatía congénita, identificando el diagnóstico de Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, aunque no coincide por las edades de los pacientes. Este diagnóstico se ve alterado con lo observado en la tercera valoración del recién nacido, asociado a complicaciones derivadas de la prematurez y al inicio tardío de la alimentación enteral con leche materna, instaurada hasta el día 21 de vida.

Lo anterior pone de manifiesto la relevancia de contemplar las necesidades metabólicas y nutricionales en pacientes con cardiopatías, aspecto respaldado también por Peña, et al. (2021), quienes señalaron alteraciones en el patrón nutricional/metabólico y en la eliminación dentro de la valoración integral de neonatos con cardiopatía congénita. En consecuencia, las intervenciones descritas en ambos estudios estuvieron encaminadas a la estabilización del estado nutricional, condición indispensable tanto para la recuperación postquirúrgica como para el tratamiento conservador.

Asimismo, Hernández, Z. (2020) destacan la utilidad de las taxonomías NANDA, NIC y NOC como instrumentos que permiten garantizar una atención de calidad desde la perspectiva familiar. Estos autores enfatizan que el conocimiento del personal de enfermería constituye un factor determinante para brindar un cuidado efectivo y capacitación a los padres para favorecer el confort y apoyo familiar. Dicho planteamiento guarda relación con lo señalado por Peña, et al. (2021), quienes resaltan la importancia de la participación activa de los padres durante la estancia en la UCI, así como de la valoración emocional en la evolución de los neonatos.

En lo que respecta al patrón 1 (percepción/manejo de la salud), se observó alteración en las tres valoraciones, atribuida al diagnóstico principal de cardiopatía congénita y a la condición de prematuridad, lo cual comprometió de forma constante el patrón respiratorio. Estos resultados son concordantes con lo reportado por Barbero, R. (2021), quien identificó el deterioro en el intercambio de gases como diagnóstico NANDA frecuente en pacientes con cardiopatías congénitas.

De igual forma, Peña, et al. (2021) documentaron hallazgos clínicos similares en neonatos, tales como desaturación, dificultad respiratoria y necesidad de apoyo ventilatorio

invasivo, lo cual refuerza la consistencia de los resultados encontrados en la presente investigación.

Finalmente, la valoración integral del recién nacido con cardiopatía congénita, realizada según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y descrita por Peña y Corona, permite un análisis exhaustivo del estado clínico, emocional, familiar y espiritual del paciente. Estos hallazgos subrayan la importancia de aplicar un proceso de atención de enfermería basado en taxonomías estandarizadas, que no solo considere la dimensión fisiológica de la enfermedad, sino también los aspectos psicosociales y espirituales, asegurando así un cuidado verdaderamente holístico.

3.2 Conclusión

Las cardiopatías congénitas son muy comunes y complejas en los recién nacidos, sumando otras enfermedades que complican su salud como la trisomía XXI. Por ello, se realizó este caso clínico de enfermería para este grupo de pacientes que cursan esta patología. Retomando el objetivo general que se planteó de realizar un enfoque multidisciplinario de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, utilizando los 11 patrones funcionales de Mayjori Gordon, con el fin de mejorar la vida y promover un bienestar físico y emocional durante toda su elaboración.

Asimismo, la necesidad de promover la capacitación continua y la actualización profesional del personal de enfermería, fortalecerá las competencias en el uso de herramientas de diagnóstico y atención estandarizada. Como profesional de salud debemos de contar con el conocimiento para abordar estas patologías complejas, para poder entender su desarrollo y aplicar nuestros cuidados de intervenciones estandarizadas para buscar un bienestar positivo de nuestro paciente.

La evidencia que se obtuvo en los estudios respalda firmemente la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC en la elaboración de planes de cuidados a través de la valoración que se le realizó a este paciente neonatal, particularmente en el manejo de patologías cardíacas. La estandarización de la práctica clínica, la sistematización de diagnósticos y la elaboración de intervenciones medibles, permite mejorar la calidad de la atención y promover resultados terapéuticos satisfactorios.

Por último, este trabajo ayuda a continuar investigando y refinando los procesos de atención, lo que a su vez puede contribuir a la consolidación de un modelo de cuidado de

enfermería más integral, efectivo y centrado en las verdaderas necesidades del paciente y su familia.

Referencias

- Abad López, L. (2021). *Valoración de enfermería pediátrica: basada en la filosofía de Marjory Gordon* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco]. Repositorio Institucional UAM-Xochimilco.
<https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26030/1/cbs1973815.pdf>
- Barbero Ruiz, L. (2021). *Proceso de atención de enfermería (PAE) en un paciente con cardiopatía congénita* [Trabajo de fin de grado, Universidad Alfonso X el Sabio]. Repositorio Institucional de la Universidad Alfonso X el Sabio.
<https://repositorio.uax.es/bitstream/handle/20.500.12080/28656/20202021-TFGGEN-NIA645479-NPR127448.pdf>
- Beerman, L. B. (2023). *Comunicación interventricular (CIV)*. En *Manual MSD versión para profesionales*.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cardiovasculares-cong%C3%A9nitas/comunicaci%C3%B3n-interventricular-civ>
- Bucarano Lliteras, I., & Gutiérrez Martínez, A. (2023). Principales causas de las malformaciones congénitas. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, 54, 30–36.
<https://doi.org/10.24875/acm.200000391>
- Calderón-Colmenero, J. (2019). *La regionalización de la atención de cardiopatías congénitas: una meta pendiente*. *Archivos de Cardiología de México*, 89(2), 150–159. Epub 09 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.24875/acm.m19000031>
- Campus Vygon. (2021). *Evaluación del dolor en el RN: escalas de valoración*. Recuperado de [https://campusvygon.com/es/escalas-dolor-rn/#:~:text=PREMATURE%20INFANT%20PAIN%20PROFILE%20\(PIPP,tanto%20de%20t%C3%A9rmino%20como%20pret%C3%A9rmino](https://campusvygon.com/es/escalas-dolor-rn/#:~:text=PREMATURE%20INFANT%20PAIN%20PROFILE%20(PIPP,tanto%20de%20t%C3%A9rmino%20como%20pret%C3%A9rmino)

- Cordovil, D. C. R. de S., Nascimento, B. M., Lucena, G. S. M., Pena, L. D., Alves, J. B. L., Igarashi, Á. T., Mendes, N. N. A., Ribeiro, T. P., Lisboa, W. de A. M., Duarte, M. C. B., Silva, B. C., Oliveira, G. J. C., Fernandes, J. C., Nascimento, A. P. R., Ugolini, E. C., Quaresma, M. C., Pereira-Silva, J. W., & Costa, N. C. P. (2024). *Cardiopatía congénita: Revisión abarcadora de la etiología, diagnóstico, tratamiento y desafíos clínicos. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(9), 3627–3640. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p3627-3640>
- Ferraz-Torres, M., Corcuera-Maali Centeno, I., Martínez-Ortega, M. C., & Suárez-Mier, M. B. (2021). Estudio experimental aleatorizado para la evaluación de la efectividad del proyecto Flebitis Zero en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(3), 417–426. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0975>
- Domínguez, E. R. (2019). *Cardiopatías congénitas en el recién nacido*. Revista Fundasamin. <https://www.revista.fundasamin.org.ar/cardiopatias-congenitas-en-el-recien-nacido/>
- García-Molina, P., & León Mangado, J. A. (2015). *Escala e-NSRAS: Evaluación del riesgo de úlceras por presión en neonatos*. Enfermería Creativa. Recuperado de https://enfermeriacreativa.com/wp-content/uploads/2019/10/e_NSRAS.pdf
- Gutiérrez-Román, C. I. (2023). *Desarrollo del dolor fetal y neonatal*. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 46(4), 251–260. <https://doi.org/10.35366/112295>
- Ilarraza-Lomelí, H., & Rius-Suárez, M. D. (2021). *Complexus cordis*. *Archivos de Cardiología de México*, 91(3), 327–336. Epub el 13 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/acm.200000391>

- Hernández Zambrano, Y. C. (2020). Aplicación de los diagnósticos NANDA-NIC-NOC en niños con malformaciones congénitas. *Conrado*, 16(76), 438–442.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000500438
- Kliegman, R., & Stanton, B. (2023). *Congenital Heart Disease*. En StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK615354/>
- Lledó Carballo, A., Congost Coll, A., Ordóñez Fernández, M., Antich Acedo, I., Pla Jordá, M., Martín Fernández, M. T., et al. (2024). *Plan de cuidados para el paciente con Síndrome de Down y cardiopatía congénita* [1ª ed. digital]. Palmito Books.
<https://palmitobooks.com/wp-content/uploads/2024/05/pcppsdcc-1.pdf>
- Mahle, W. T., Newburger, J. W., Matherne, G. P., Smith, F. C., Hoke, T. R., Koppel, R., Gidding, S. S., Beekman, R. H., & Martin, G. R. (2009). *Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease: A scientific statement from the American Heart Association and American Academy of Pediatrics*. *The Journal of Pediatrics*, 124(2), 823–836. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24980275/>
- Martín Castrillo, A. B., Rico Salamanqués, I. M., & Peral Hermida, M. (2021). *Escala Maddox: valoración visual de la flebitis* [Póster]. I Congreso de Cuidados: la enfermería más allá del COVID-19. <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2021/08/i-congreso-de-cuidadoscovid-2/poster-i-congreso-de-cuidadoscovid-2/escalamaddoxposter-1.pdf>
- Orellana Uguña, J. J. (2020). *Plan de cuidados de enfermería postquirúrgicos a pacientes con colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tehuacán* [Trabajo de titulación, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. Repositorio Institucional de la Universidad Regional Autónoma de los Andes.

<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11709/1/TUAEXCOMMEQ003-2020.pdf>

- Peña-Juárez, R. A., Corona-Villalobos, C., Medina-Andrade, M., Garrido-García, L., Gutiérrez-Torpey, C., & Mier-Martínez, M. (2021). *Presentación y manejo de las cardiopatías congénitas en el primer año de edad*. *Archivos de Cardiología de México*, 91(3), 337–346. <https://doi.org/10.24875/acm.20000113>
- Sarik, D. A., Hill-Rodriguez, D., Gattamorta, K. A., Gonzalez, J. L., Esteves, J., Zamora, K., & Cordo, J. (2022). The revised *Humpty Dumpty Fall Scale: An update to improve tool performance and predictive validity*. *Journal of Pediatric Nursing*, 67, 34–37. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.07.023>
- Suárez Suárez, D. I. (26 de noviembre de 2020). *Aplicación de proceso enfermero en adolescente con cardiopatía congénita: Centro de Salud Anconcito, Santa Elena* [Tesis de Enfermería, Universidad Estatal Península de Santa Elena]. Repositorio Institucional UPSE. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5559>
- The Manual’s Editorial Staff. (2022). *Conducto arterial persistente*. En *Manual MSD versión para público general*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/defectos-card%C3%ADacos-cong%C3%A9nitos/conducto-arterial-persistente>
- Valentín Rodríguez, A. (2018). *Cardiopatías congénitas en edad pediátrica, aspectos clínicos y epidemiológicos*. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1083–1099. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400015&lng=es

Velasco, S. (2021). Valoración del patrón respiratorio del recién nacido: la escala de Silverman. *Campus Vygon*. Recuperado de <https://campusvygon.com/es/escala-silverman/>

Apéndices A “Carta de consentimiento informado”

Puebla Pue. a 27 de Octubre de 2024

Carta de consentimiento informado

Declaro en forma libre y voluntaria, sin ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que se me han proporcionado del propósito que conlleva mi participación en el estudio “proceso de enfermería” que lleva como título “Caso clínico a un paciente recién nacido con cardiopatía congénita” el cual es llevado a cabo por el Licenciado en enfermería Cruz Munguía Andrea Estefanía, estudiante de la especialidad en enfermería de Pediatría con matrícula 224650610.

Además, declaro que se me informó previamente sobre el objetivo de mi participación, el procedimiento y tiempo en que se realizará, resolviendo todas y cada una de mis dudas.

Se me ha comentado que tengo el derecho de no continuar con el Proceso de Enfermería si así lo deseo en el momento que yo decida, sin ninguna repercusión de algún tipo. Se me ha informado que mi participación es sin fines de lucro y con fines académicos; es de manera voluntaria sin alguna remuneración económica para alguna de las partes; además, de que la información obtenida y proporcionada de mi persona solo se usará con fines de investigación y educación. Asimismo, estoy de acuerdo en conservar mi anonimato durante todo el estudio.

En caso de que yo requiera más información respecto al uso de la información o el estudio se me dijo que puedo comunicarme a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con dirección en la 25 Poniente No. 1304 Col. Volcanes Puebla, Pue. Tel. (01-222) 229-55-00 Ext. 6521 y 5618 o bien con el director de tesina DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez con numero de celular 222449 46 49

Maria A. Meneses Tirado
[Redacted Signature]

Nombre y firma del participante

Mamá del recién nacido M. P. RN

[Redacted Signature]
[Redacted Name]

Nombre y firma del testigo 1

[Redacted Signature]
[Redacted Name]

Nombre y firma del testigo 2

Coordina: Coordinación de Especialidades de Enfermería (2023)
Última revisión y actualización, agosto 2023: MCE. Rocío Bolaños Ruiz; DCE. Francisco Javier Báez Hernández; ME. Denisse Cuervo Reyes; DCE. María de los Angeles Meneses Tirado; DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez; MCE. Rosa María Galicia Aguilar; MCE. Verónica Pérez Badillo; ME. Miguel Angel Zenteno López

Apéndice B “Valoración de Enfermería”



Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.

Facultad de Enfermería.

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.

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: Interrogadas y negadas

II. Valoración de datos básico

A.-PATRON DE PERCEPCION 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 qué 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?

B.- PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

- g) ¿Cómo es el apetito del niño?
- h) Describa un día típico para su hijo, en términos de lo que consume y bebe en las comidas y como aperitivos:
- i)
 - 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 alimentaría 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?

- 1.¿Qué comidas en especial le gustan y disgustan al niño?
- 2.¿Con que frecuencia va el niño a restaurantes de-comida rápida? ¿Qué pide normalmente?
- 3.¿Cuántos caramelos, otros dulces, aperitivos preparados y gaseosas toma el niño?
- 4.¿Tiene alguna preocupación sobre el apetito de su hijo, su conducta alimentaría o dieta?

C.- PATRON DE ELIMINACION

1. Intestino:

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

2. Vejiga:

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

3. Piel:

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

D.-PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

1. Capacidades motoras groseras.

- a) ¿Cuándo empezó su hijo a rodar sobre sí 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.)
 b) ¿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.

- a) ¿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?
 b) ¿Qué entretenimientos tiene su hijo?
 c) ¿Tiene alguna preocupación sobre la capacidad del niño para utilizar las manos?

3. Capacidades o actividades de auto cuidado.

- a) ¿Qué independencia tiene su hijo para alimentarse? Describa la ayuda que necesita, si la necesita.
 b) ¿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?
 c) ¿Cuánta ayuda necesita el niño para vestirse (botones, lazos, zapatillas, etc.)?
 d) ¿Cuánta ayuda necesita el niño con las prácticas higiénicas (bañarse, lavarse los dientes, etc.)? ¿Prefiere el baño o la ducha?

E.- PATRONES DE REPOSO-SUEÑO

1. ¿Cuántas horas duerme el niño de cada 24 horas?

- a) Por la noche.
 b) Siestas.

2. ¿Cuál es la rutina del sueño normal del niño?

- a) A la hora de acostarse.
 b) A la hora de la siesta.
 c) Rituales (cuentos, bebidas, etc.)
 d) Objetos que le den seguridad.

3. ¿Tiene algún problema en relación con el sueño?

- a) Pesadillas
 b) Dificultad para dormirse
 c) Rehusa acostarse
 d) Se despierta durante la noche.

F.- PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

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

G.- PATRON DE AUTO-PERCEPCION

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

H.- PATRON DE ROL-RELACION

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, más jóvenes?
- ¿Tiene el niño compañeros de juego imaginario?
- ¿Tiene alguna preocupación sobre las relaciones de su hijo con los demás?

I.- PATRON DE SEXUALIDAD-FUNCION 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.- PATRON DE CONTROL DE ESTRÉS-ADAPTACION

- 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 sus hospitalización?
 (dieta, libro, ritual)

L.- VALORACION FISICA

- 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

Apéndice C “Escala de Valoración”


Escala del Silverman

TEST DE SILVERMAN

0 puntos: No hay dificultad respiratoria
 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA	ALETEO NASAL	QUEJIDO RESPIRATORIO
expansión coordinada 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS	ausente 0 PUNTOS
retraso en la inspiración 1 PUNTO	débil 1 PUNTO	poco visible 1 PUNTO	mínimo 1 PUNTO	audible con fonendoscopio 1 PUNTO
expansión descoordinada 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	marcado 2 PUNTOS	audible 3 PUNTOS

Escala de valoración de la aparición de úlceras por presión en neonatos



























www.uppediatria.org
@UPPpediatria

e-NSRAS

Neonatal Skin Risk Assessment Scale

@Creative_Nurse

 @Creative_Nurse
 uppediatria
 uppediatriaofficial
 uppediatria

	CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
1	EDAD GESTACIONAL ≤28 semanas	COMPLETAMENTE LIMITADO  NO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLORICOS	COMPLETAMENTE INMÓVIL  NO REALIZA NI REQUIERA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	COMPLETAMENTE ENCAMADO/A  EN CURA TÉCNICA EN UCI	MUY DEFICIENTE  EN AYUNO Y/O LÍQUIDOS INTRAVENOSOS NP O STP	PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA  PIEL INCLUIDA HÚMEDA CADA VEZ QUE SE NUEVA O SIBA
2	>28 ≤33 semanas	MUY LIMITADO  RESPONDE SOLO A ESTÍMULOS DOLORICOS	MUY LIMITADA  OCASIONALMENTE REALIZA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	ENCAMADO/A  EN INCUBADORA DE DOBLE PARED EN UCI	INADECUADA  CANTIDAD DE LA ÓPTIMA LECHE MATERNA Y/O ARTIFICIAL ≠ NP O STP	PIEL HÚMEDA  PIEL HÚMEDA CON FRECUENCIA PERO NO SIEMPRE (CAMBIO SABANAS 3 VECES (24h))
3	>33 ≤38 semanas	LIGERAMENTE LIMITADO  LETÁRGICO	LIGERAMENTE LIMITADA  FRECUENTEMENTE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN	LIGERAMENTE LIMITADA  EN INCUBADORA DE PARED SIMPLE O SOBRE EL CUIDADOR INTERMEDIOS	ADECUADA  ALIMENTACIÓN ENTERAL	PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA  PIEL HÚMEDA OCASIONALMENTE (CAMBIO SABANAS 1 VEZ/DÍA)
4	>38 hasta posttérmino semanas	SIN LIMITACIONES  ALERTA Y ACTIVO	SIN LIMITACIONES  REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN IMPORTANTES CON FRECUENCIA Y EN AYUNO	SIN LIMITACIONES  EN CURA ABIERTA	EXCELENTE  LACTANCIA MATERNA O ARTIFICIAL	PIEL RARA VEZ HÚMEDA  PIEL HABITUALMENTE SECA (CAMBIO SABANAS SOLO CADA 24 HORAS)

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles

Neonato CON riesgo de UPP ≤17 puntos	Neonato con riesgo ALTO de UPP <13 puntos
Neonato SIN riesgo de UPP >17 puntos	Neonato con riesgo MODERADO de UPP 13-17 puntos
	Neonato con riesgo BAJO de UPP >17 puntos

Escala e-NSRAS. Autor: Dr Pablo García-Molina P. 2016. Adaptado de la original. Huffines & Logsdon, 1997

Escala de perfil de dolor del lactante-prematuro

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

Escala de valoración de flebitis

ESCALA DE MADDUX
Escala de Valoración de Flebitis

0 Sin dolor, enrojecimiento o eritema en el sitio de inserción. NO signos de flebitis, observe punto de inserción.

1 Dolor, sin enrojecimiento o eritema en el sitio de inserción. Posible riesgo de flebitis, considere cambio de cateter.

2 Dolor, con eritema, cierto grado de hinchazon, sin cordón palpable en el sitio de inserción. Inicio de flebitis, RETIRE el cateter.

3 Dolor, eritema, hinchazon, endurecimiento o cordón venoso palpable <6 cm por encima del sitio de inserción. Etapa media de flebitis, RETIRE el cateter y valore el tratamiento/cambio de sitio.

4 Dolor, eritema, hinchazon, endurecimiento o cordón venoso palpable >6 cm por encima del sitio de inserción y /o secreción purulenta. Etapa avanzada de flebitis, RETIRE el cateter y valore el tratamiento/cambio de sitio.

5 Trombosis venosa comprometida, con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión. TROMBOFLEBITIS, RETIRE el cateter e inicie un tratamiento.

@unaenfermerailustrando

Escala de riesgo de caídas


RIESGO DE CAIDAS
 Escala Humpty Dumpty- Paciente hospitalizado

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3- 7 años	3
	De 7-13 años	2
	Más de 13 años	1
Genero	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnostico	Problemas neurológicos	4
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo	3
	Trastornos psicicos o de conducta	2
	Otro diagnostico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Paciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Dentro de 48 horas	2
	Más de 48 horas /ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) Hipnóticos, Barbitúricos Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	ninguno	1
Total		



Riesgo de caídas
 < 7 puntos sin riesgo
 7-11 puntos riesgo bajo
 > 12 puntos riesgo alto

Deborah Hill-Rodriguez, Patricia R. Messmer, Phoebe D. Williams, Richard A. Zeller, Arthur R. Williams, Maria Wood, and Marianne Henry: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study JSPN Vol. 14, No. 1, January 2009