



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

***“Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con
Sepsis Neonatal Temprana”***

Presenta:
LE. Marisela Conde Cuapio

Tesina presentada para obtener el grado de:
Especialidad de Enfermería con opción terminal en Pediatría

Mayo, 2021.

Tesina: Proceso de Enfermería en un “**Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana**”
Número de registro académico: SIEP/EEP/016/21

Jurado de Examen de Grado

MCE. María del Rosario Amador Gómez
Presidente

ME. Verónica Pérez Badillo
Secretaria

ME. Brenda Reséndiz Maldonado
Vocal

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Vocal

MCE. María del Rosario Amador Gómez
Director de tesis

MCE. Erika Pérez Noriega

Directora de la Facultad de Enfermería:

Benemérita Universidad Autónoma de

Puebla

DCE. Francisco Javier Báez Hernández

Secretaría de Investigación y Estudios

de Posgrado

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en: Pediatria.
Fecha de Graduación	Enero 2021
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	“Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana”
Número de páginas	82
LGAC	Cuidado Basado en Evidencia

Introducción: La sepsis neonatal temprana (SNT) se define como una enfermedad producida por microorganismos que circulan en el torrente circulatorio sanguíneo del recién nacido (RN). Se clasifica de inicio temprano dentro de las primeras 72 horas de vida. Tiene una baja incidencia, pero elevada morbimortalidad a nivel mundial del 2.6 millones en neonatos, existe una mayor prevalencia en países en vías de desarrollo y complicaciones severas. Se presenta comúnmente en RN prematuros o de muy bajo peso, los expuestos a infecciones maternas o con disrupción de la membrana amniótica por más de 18 horas y con antecedentes de corioamnionitis. La causa más frecuente es de origen bacteriano, mientras, que hongos y virus representan menos del 1% de los casos. El diagnóstico se debe realizar con una buena historia clínica y exploración física, también se apoya con estudios de laboratorio y hemocultivos positivos al germen patógeno.

Marco Conceptual: Se utilizó el proceso enfermero con sus cinco etapas, valoración, diagnóstico, planeación ejecución y evaluación. Como herramienta metodológica la clasificación taxonómica de la NANDA, NOC, y NIC, así como la utilización de la enfermería basada en la evidencia, con las guías de práctica clínica.

Objetivo: Otorgar cuidados de enfermería a través de un proceso en donde se implementen los 11 patrones funcionales de Margory Gordon para obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en un paciente Recién Nacido RN con Sepsis Neonatal Temprana SNT. Disminuir complicaciones para proporcionar una mejor calidad de vida a los RN.

Metodología: Se realizó un caso clínico a un RN de con SNT, como marco de referencia se utilizaron los patrones funcionales de Margory Gordon. Se identificaron siete diagnósticos de enfermería siendo el más prioritario el de Patrón respiratorio ineficaz, para el cual se dieron intervenciones de enfermería para ayudar a mejorar su problema de salud.

Palabras Clave: Sepsis Neonatal Temprana, Recién Nacido Prematuro, Procesos de Enfermería, Cuidados de Enfermería, Intervenciones de enfermería, Patrón respiratorio ineficaz, Ruptura prematura de membranas, corioamnionitis.

Tabla de Contenido

	pág.
Introducción	01
1.1 Planteamiento del Problema	05
1.2 Marco Referencial	07
1.3 Objetivo General	09
Capítulo II	
2.1 Diseño de Caso Clínico	10
2.2 Valoración de Enfermería	12
2.3 Valoración por Patrones Funcionales	20
2.4 Valoración continua	23
2.5 Diagnósticos de Enfermería	27
2.6 Plan de Cuidados de Enfermería	30
2.7 Plan de Alta	64
Capítulo III	
3.1 Discusión	66
3.2 Conclusión	68
3.3 Recomendaciones	69
Referencias	70
Lista de apéndices	
Apéndice A. Consentimiento Informado	72
Apéndice B. Valoración de enfermería del Niño	73
Apéndice C. Escala de Comfort	79

Apéndice D. Escala de Braden	80
Apéndice E. Escala de valoración de la piel del recién nacido	81
Apéndice F. Escala de succión y deglución	82

Capítulo 1

1.1 Introducción.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2016 definió la sepsis neonatal (SN) como una “enfermedad producida por microorganismos que circulan en el torrente circulatorio sanguíneo del recién nacido (RN). Se clasifica de inicio temprano (SNT) dentro de las primeras 72 horas de vida.” Está estrechamente relacionada con la inflamación sistémica que se ocasiona por una disfunción de las células T, por la colonización de bacterias en mujeres embarazadas o por la ruptura prematura de membranas (RPM) asociada a la corioamnionitis.

La SNT es una causa de muerte importante en pacientes neonatales, tiene una morbimortalidad a nivel mundial del 2.6 millones en neonatos, el 25% es de origen infeccioso, existe una mayor prevalencia en países en vías de desarrollo.

De acuerdo con González, B. et. al. (2020), la SNT en los países desarrollados varía de 1 a 8 por 1000 nacidos vivos (NV). Con una mortalidad de 2 a 8.6 por cada 1000 NV. Mientras que en los países en vías de desarrollo oscila entre 3 a 12 por cada 1000 NV. Reportando una mortalidad del 60%. En América Latina la incidencia se encuentra entre 3.5 a 8.8 por cada 1000 NV.

En México ocupa el segundo lugar en muertes neonatales, la incidencia es de 4 a 15.4 casos por cada 1000 NV, con cifras similares a la mortalidad de los países en vías de desarrollo. (Ramírez, F. A. 2017)

La causa más frecuente es de origen bacteriano, mientras, que hongos y virus representan menos del 1% de los casos. Las bacterias que se asocian a la SNT son gramnegativas: Escherichia Coli, Pseudomona aeruginosa y Salmonella. Sin embargo, las bacterias grampositivas como Streptococcus del grupo B (SGB), Staphylococcus aureus y Listeria Monocytogenes son comúnmente aisladas en los hemocultivos.

La SN se clasifica de acuerdo con la edad del neonato, cuando aparece dentro de las 72 horas de vida extrauterina (VDE) se denomina SNT, mientras que la sepsis neonatal tardía se manifiesta después de las 72 horas VDE por microorganismos adquiridos en la comunidad o en el hospital. (Romero, S., Ortega, M & Galván, R. 2013)

Las manifestaciones pueden ser inespecíficas y agruparse por los síntomas que presentan:

- Neurológico: irritabilidad, somnolencia y convulsiones
- Respiratorio: signos de dificultad respiratoria, desaturaciones, apnea o cianosis
- Gastrointestinal: intolerancia en la vía oral, vómito o poca aceptación
- Cardiovascular: taquicardia
- Alteraciones de termorregulación: hipotermia o hipertermia.
- Metabólicos: hipoglicemia e hiperglicemia.

Suelen presentarse en las primeras 24 horas, representando un desafío para realizar el diagnóstico. (Fajardo, E. et al. 2017)

De acuerdo con la OMS sus manifestaciones más comunes son dificultad respiratoria, hipoactividad y polipnea. Además, puede presentar alteraciones de flujo sanguíneo periférico, llenado capilar lento mayor a 3 segundos y trastorno de la regulación de la temperatura.

La evolución de la SNT suele presentarse de forma aguda con un fallo multiorgánico, o bien, una respuesta inflamatoria sistémica. En el que predomina el compromiso pulmonar, prolongando la estancia hospitalaria del RN, quien se expone a una serie de procedimientos invasivos que se relaciona con la debilidad neuromuscular por el tiempo prolongado de inmovilización además del uso de fármacos o sedación. (Plunkett, A. & Tong, J. 2015)

El diagnóstico se debe realizar con una buena historia clínica y exploración física, también se apoya con estudios de laboratorio, hemocultivos positivos al germen patógeno y gasometrías.

Los exámenes de laboratorio revelan:

1. Biometría hemática con leucocitosis superior a 10000/mm³ o leucopenia menor de 5000/mm³.
2. Neutrófilos absolutos menores de 1 750/mm³.
3. Plaquetopenia menor de 100 000/mm³.
4. Proteína C reactiva mayor de 1.0 mg/dl.
5. Procalcitonina mayor de 0.5 mg/ml.

El hemocultivo es un determinante para el diagnóstico que se apoya con una radiografía de tórax para detectar neumonía, derrames y atelectasia. (CAM, Curso de actualización médica)

La elección antibiótica empírica cuando el manejo de la enfermedad es infeccioso se dará tratamiento con ampicilina con una dosis de 50 mg/kg cada 12 horas y gentamicina de 1 – 1.7 mg/kg IV cada 8 horas. Se le brinda tratamiento de soporte de acuerdo como se manifieste la enfermedad. (Fernández, B. et al.)

Estudios relacionados que han abordado el cuidado en esta condición de salud

Conde, A. (2019) realizó un estudio de un caso clínico de un RN a término macrosómico en donde los datos fueron recopilados mediante la observación, el examen físico y la revisión de la historia clínica del paciente. Mismos, que sirvieron para la aplicación del proceso de atención de enfermería identificando previamente los diagnósticos enfermeros, (NANDA), los resultados (NOC) e intervenciones (NIC) ocupando el modelo de Virginia Henderson para planificar los cuidados de enfermería priorizando los diagnósticos reales y de riesgo como el patrón respiratorio ineficaz, deterioro de la eliminación urinaria, riesgo de aspiración, deterioro de la integridad cutánea, riesgo de shock y duelo. En situaciones extremas donde se produce la pérdida, el personal de enfermería debe de ser empático para brindar el apoyo emocional y espiritual a los progenitores.

Cruz, M.E (2017) llevo a cabo una revisión sobre SNT, recopilando información de diversas revistas científicas, con el objetivo de realizar un plan de cuidados de enfermería dirigido a pacientes hospitalizados en el cual resalta la importancia de ejecutar una adecuada valoración y un plan de atención ante un recién nacido con riesgo de sepsis. Entre los diagnósticos principales aborda hipotermia relacionada con la estabilidad de los mecanismos de control de temperatura y el estrés de la infección: con la finalidad de proporcionar medidas para conservar la temperatura dentro de límites normales.

De Sausa, A.P. et al (2016) realizaron un estudio transversal y cuantitativo con el objetivo de identificar los diagnósticos enfermeros que predominan en RN con SN; basándose con la taxonomía NANDA 2012-2014. Se encontraron en todos los pacientes estudiados 5 diagnósticos alterados: riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, riesgo de choque, ictericia neonatal, intercambio de gases y motilidad gastrointestinal disfuncional. Los autores resaltan que su estudio contribuye a que el personal de enfermería desarrolle un juicio clínico en la práctica de cuidados del RN con SN.

López, H. et al (2016) revisaron diversas literaturas sobre la aspiración de secreciones por técnica abierta y cerrada para mostrar los beneficios de la técnica cerrada en los RN intubados que requieren mantener una ventilación adecuada y disminuir complicaciones de inestabilidad fisiológica, evitar infecciones nosocomiales y neumonías asociadas al procedimiento. Concluyeron que técnica la técnica cerrada ahorra tiempo al profesional, le proporciona mayor comodidad, seguridad y manipulación, además, favorece en la recuperación rápida del RN hospitalizado, minimizando daños secundarios.

Betancourt, C., Conde, S., & Senaida, S. (2016) realizaron un estudio en un RN prematuro moderado de 32.2 semanas utilizando la valoración de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon para priorizar los siguientes diagnósticos de la taxonomía NANDA: patrón respiratorio ineficaz, patrón de la alimentación ineficaz del lactante, hipotermia, riesgo de infección, motilidad gastrointestinal disfuncional los cuales fueron dirigidos en el paciente lo que ayudo a evolucionar favorablemente al paciente para su crecimiento y desarrollo.

La importancia del P.E en la SNT es el priorizar la atención en los pacientes para disminuir el riesgo de complicaciones que se puedan presentar por la prolongada estancia hospitalaria y por los procedimientos invasivos a los que se someten.

Por ello, el profesional de enfermería debe hacer un juicio crítico y racional para tomar decisiones relacionadas al cuidado del paciente y su entorno; basado en la evidencia científica que lo oriente a mejorar la calidad de atención hospitalaria.

Este P.E se ha enfocado a un RN prematuro con SNT con dificultad respiratoria, como consecuencia de una enfermedad infecciosa materna no tratada; de acuerdo con esta información, los cuidados de enfermería son enfocados para proporcionar una atención individualizada con el propósito de disminuir complicaciones y estancias prolongadas. Además, se pretende que el P.E presentado sirva como un apoyo en los hospitales del segundo nivel de atención.

1.2 Marco Referencial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 definió el Proceso Enfermero (PE) como “un sistema de intervenciones propias de enfermería...” que funciona como una atención individualizada, cubriendo las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El P.E consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera por ser un método sistemático y organizado, que proporciona el cuidado individualizado del paciente. Es un proceso que consiste en cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Valoración: consiste en la recolección de datos importantes del estado de salud del neonato a partir de la observación, desde el primer contacto, la entrevista y la exploración física, basada en métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación; de acuerdo con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, que surgen de una evaluación entre el cliente y el entorno, que evalúan el estado: cognitivo-perceptual, actividad y ejercicio, nutrición-metabólico, eliminación, manejo de la salud, reproductivo-sexual, tolerancia y manejo del estrés, relaciones del rol, autopercepción-autoconcepto, creencias-valores y descanso-sueño. Son valorados, de manera individual con la recolección de la información de un formato específico y vaciada la valoración de enfermería que permite identificar patrones alterados para trabajar en ellos.

Diagnóstico: consiste en identificar los problemas de salud basados en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluyen diagnósticos reales o potenciales. Con la finalidad de prevenir o mejorar los cuidados de enfermería e identificar los riesgos y complicaciones de la sepsis neonatal.

Planeación: en esta fase se establecen intervenciones o actividades con el paciente para la recuperación del RN durante la estancia hospitalaria. Se debe priorizar las necesidades basándose en la observación y los riesgos del entorno a los que se encuentra expuesto para determinar los resultados esperados, realizando intervenciones dependientes e interdependientes.

Ejecución: se aplica el plan de cuidados que consiste en 3 fases: preparación, ejecución y documentación donde interviene según la planeación el paciente, enfermera y el personal especializado que se encuentra al cuidado del paciente de acuerdo con su conocimiento científico y los protocolos establecidos para realización de los procedimientos invasivos.

Evaluación: es la que mide los resultados obtenidos de acuerdo con la efectividad de los cuidados enfermería con sus respectivos indicadores para mejorar la calidad de vida y reducir el tiempo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

El P.E se fundamenta en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, porque son un apoyo para la toma de decisiones relacionadas al cuidado del paciente, entre los profesionales de enfermería, puesto que son una estandarización que permiten evaluar las intervenciones realizadas con el fin de valorar el estado del paciente antes y después de ellas.

1.3 Objetivo general

Aplicar el P.E en pacientes con SNT en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Bicentenario General Zona Norte, brindando una atención individualizada de acuerdo con la información obtenida de la valoración basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, priorizando diagnósticos de enfermería.

1.3.1 Objetivos específicos

- 1.** Valorar al RN con SNT en forma cefalocaudal y a través del formato de valoración de los 11 patrones funcionales de Margory Gordon e identificar los alterados.
- 2.** Elaborar diagnósticos de enfermería que conduzcan a planear intervenciones especializadas y personalizadas de un RN con SNT.
- 3.** Realizar un plan de cuidados individualizado y evaluar el estado del paciente antes de realizar las intervenciones.
- 4.** Describir los resultados obtenidos a través del Proceso de Enfermería en un RN con SNT.
- 5.** Ejecutar las intervenciones.
- 6.** Evaluar el estado del paciente después de las intervenciones.

CAPÍTULO II

2.1 Diseño de caso clínico

Se elaboró un caso clínico descriptivo, prospectivo y longitudinal en un RN prematuro con diagnóstico médico de sepsis neonatal temprana (SNT) y neumotórax derecho remitido. El paciente se encuentra en el servicio de la UCIN en un Hospital de Segundo Nivel de Atención, actualmente.

Con el P.E es posible detectar diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud con el apoyo de métodos como la historia clínica y revisión del expediente, observación directa y pruebas diagnósticas. Además de una valoración inicial cefalocaudal, en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon los cuales tiene como finalidad realizar un análisis crítico de la obtención de datos objetivos y subjetivos para elaborar diagnósticos de enfermería prioritarios.

De acuerdo con los diagnósticos detectados, se hizo uso del PLACE, sin embargo, los dos catálogos existentes de la Secretaría de Salud no son específicos, es decir, generalizan las afectaciones del RN, mientras que en el caso presente la alteración respiratoria del RN es específica ya que es dirigido a un paciente prematuro con SNT, por ello el plan de cuidados se efectuó de acuerdo con los diagnósticos identificados. Se idearon los resultados esperados con base a la clasificación NOC, posteriormente se desarrollaron las intervenciones de enfermería con el objetivo de mejorar la atención de salud del paciente.

También, se abordó la evaluación de las intervenciones del personal de enfermería aplicadas, dado que, se pretendió valorar la utilidad del P.E, con la finalidad de ser modificadas en caso de no observar mejoría en la evolución de la enfermedad.

La revisión bibliográfica fue realizada de la siguiente base de datos: Scielo, Obstetricia Williams, CAM Cursos de Actualización Médica, Revista de Perinatología y Reproducción

Humana, Guía Nacional para el examen de Residencias Médicas, Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revisad Guidelines from CDC, 2010, Diagnóstico y tratamiento pediátricos, Sepsis neonatal: epidemiología. Se seleccionaron artículos asociados a la Sepsis Neonatal Temprana de la plataforma PubMed.

Se elabora un plan de Atención de Enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC Y EBE con Guías de Práctica Clínica de la Comisión Permanente de Enfermería.

2.2 Valoración inicial de enfermería

Nombre del paciente: J.G

Hijo de J.G.J

Datos biográficos e institucionales: Hospital Bicentenario General Zona Norte

Fecha de ingreso: 31 de mayo, 2020 UCIN

Peso de ingreso: 2.905kg

Peso actual: 3.300kg

Fecha de nacimiento: 29 de mayo, 2020 Clínica particular.

Edad: 2 días de vida extrauterina

Sexo: masculino

Lugar de residencia: Puebla, Pue

Religión: católica

Diagnóstico médico: Sepsis Neonatal Temprana y neumotórax derecho.

2.2.1 Datos ambientales

Neonato que se encuentra hospitalizado en el segundo nivel de atención médica en el servicio de urgencias para ser asistido y posteriormente recibe atención en la UCIN.

El servicio cuenta con una cuna radiante y un colchón de esponja cubierto con plástico, con una toma de oxígeno y una de aire para la succión de forma vertical y tomas de corrientes en la parte inferior de la cuna radiante cuenta con una cajonera para colocar sus artículos personales. un ventanal el cual no cuenta con cortinas, pero el cristal se encuentra polarizado, una mesa mayo, un tripié, un monitor con sus respectivos aditamentos y un ventilador mecánico, contenedor de agujas y otro para el material de desechos de hemoderivados y una puerta de madera para tener el área completamente aislada de los otros neonatos.

Además, tiene la capacidad para atender a 18 neonatos cuenta con dos cubículos aislados y 6 torres verticales en las que se encuentran adaptadas las tomas de oxígeno, aire y tomas de corriente; 3 cunas de calor radiante y una de traslado 4 incubadoras cerradas y 3 de burbuja o

cúpula; 4 mesas Pasteur, una mesa riñón, 6 mesas mayo, 3 lavamanos, una tarja y un cubículo para preparación de medicamentos y un refrigerador. El área cuenta con una buena iluminación. No se cuenta con control de temperatura.

El personal de enfermería tiene a su cargo a 3 pacientes como máximo de acuerdo con los indicadores.

La madre es originaria de Puebla habita en casa propia construida: los muros son del material perdurable y el techo es de lámina. Cuenta con los servicios de urbanización; 2 cuartos y un baño rústico, el piso es de cemento. Tiene un perro el cual se encuentra en la parte del patio, los hábitos de higiene son de baño diario al igual que el cambio de ropa, cepillado dental dos veces al día y realiza 3 comidas adecuadas en cantidad aparente: huevo: 7/7 Frijoles: 7/7, Pescado 1/7, verduras 7/7 y cereales 3/7. Esquema de vacunación completo con antecedentes de la vacuna de la influenza y toxoide tetánico (Td)

2.2.2 Antecedentes heredofamiliares:

- Madre de 28 años. Estado civil: casada. Escolaridad: secundaria. Ocupación: trabajadora doméstica. Estado actual: sano aparente. Hemotipo: desconocido. Toxicomanías negadas.
- Padre: 35 años. Escolaridad: primaria. Hemotipo: desconocido. Toxicomanías: alcoholismo y tabaquismo
- Abuela materna: 50 años. Escolaridad: primaria. Toxicomanía: negada. Aparentemente sana.
- Abuela paterna: 58 años. Escolaridad: primaria. Toxicomanías negadas. Aparentemente sana.

- Abuelo paterno: 54 años. Escolaridad: primaria. Toxicomanía: alcoholismo. Estado actual: diabético e hipertenso.

2.2.3 Antecedentes perinatales

Producto de la gesta III madre de 28 años: con antecedentes de dos abortos previos, presentado en la última gesta control médico en el primer trimestre con un total de 6 consultas con ingesta de multivitamínicos y ácido fólico. Se realizó la prueba de VDRL y VIH con resultado no reactivo. Ultrasonido en el segundo trimestre por presencia de sangrado intrauterino, no especificó tratamiento recibido.

Por cumplir 40 SDG por ultrasonido se induce el trabajo de parto y la paciente permanece con ruptura prematura de membranas por 10 horas; por no progresar se desea interrumpir el embarazo por vía abdominal. Se obtiene producto único vivo (PUVI) del sexo masculino el cual no presenta llanto al momento que nace. Valorado con un APGAR 6/9. Silverman: 2/2. Capurro 37 SDG. Presenta cianosis central y apnea primaria ameritando un ciclo de presión positiva intermitente (PPI). Se mantiene en incubadora con oxígeno suplementario 5 lt/min saturación al 90%, posteriormente inicia con quejido respiratorio y retracción xifoidea, por lo tanto, se coloca CPAP nasal, sonda orogástrica a derivación, esquema de soluciones y gluconato de calcio a 100mEq/kg/día por vía periférica. Posteriormente, se coloca onfaloclis y se inicia esquema antimicrobiano con ampicilina y amikacina. Deciden colocar tubo endotraqueal por presentar deterioro neurológico.

2.2.4 Antecedentes de padecimientos previos:

Sepsis Neonatal Temprana (SNT)

2.2.5 Datos históricos

Refiere el padre que inicia padecimiento 29/05/2020 al nacer; presentando dificultad respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica, el 30/05/2020 presenta cianosis central y desaturación hasta el 60%, deciden colocar tubo endotraqueal por presentar deterioro neurológico; por lo cual es remitido el 31/05/2020 al Hospital Bicentenario General Zona Norte, se recibe en el servicio de urgencias con catéter umbilical funcional y extubado con saturaciones menores al 70%, se inicia tratamiento antimicrobiano de primera línea con ampicilina y amikacina, mientras se esperan resultado de hemocultivo se realiza la reintubación, se solicita radiografía de tórax; se observa hiperinsuflación pulmonar y de acuerdo con la valoración coloca mini sello pleural e inmediatamente se descomprime neumotórax obteniendo un total 45cc de aire. Se toma control gasométrico; pH: 7.06, PCO₂: 78, PO₂: 49, HCO₃:22.1 (véase Apéndice B) y saturación 65%. Posteriormente se coloca sonda pleural sin complicaciones y con mejoría evidente. Hay control radiográfico adecuado, expansión pulmonar, sedación con midazolam y vecuronio, estado hemodinámico con apoyo de aminos. Signos vitales FC:155, TA:55/21, TAM:31MM, Temperatura:36°C, GLICEMIA 226. URESIS 3.51ML/KG/H.

El 31/05/2020 a las 22:00 horas se recibe neonato en el área de la UCIN, en cubículo aislado en cuna radiante y ventilación en Fase III A/C, con parámetros ventilatorios: PIP 18, presión al final de la espiración (PPEP) 4, ciclos 40 por minuto. FO₂ 80% con catéter umbilical y apoyo de aminos, se mantiene bajo sedación con midazolam y vecuronio con sonda orogástrica a derivación y sonda vesical. A las 23:00 horas nuevamente se toma control gasométrico reportando una mejoría en los parámetros. Posteriormente se tomó glicemia capilar con presencia de hiperglicemia: 226 mg/dl. Los signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales, se vigila y mantiene eutermia.

El 01/06/2020 a las 2:30hrs continua bajo sedación en grado 1 con fentanyl, presenta pupilas mióticas farmacológicas, con bolos por razón necesaria (PRN). (Apéndice C) Fontanela normotensa sin presencia de movimientos anormales, llenado capilar de 3 segundos, parámetros altos de ventilación, última gasometría en acidosis metabólica hiperlactatémica e hiperoxémica con glicemia capilar de 228mg/dl. Continua en ayuno con sonda a derivación gastando contenido gástrico con pozos de café, continua con catéter umbilical funcional sin datos de infección, se inicia la nutrición parenteral con registro de peso para cubrir requerimientos nutricionales adecuados. Además, continuó tratamiento farmacológico de primera línea.

El 4/06/2020 a las 10:00 horas se pinza la sonda pleural, se encuentra remitido el neumotórax, se solicita una placa de tórax. Es retirada la sonda pleural por el cirujano, se disminuyen parámetros ventilatorios y modalidad de Ventilación Obligatoria Sincronizada Intermitente (SIMV), se suspende midazolam y vecuronio además del retiro de sonda vesical. Se inicia estimulación enteral con leche materna exclusiva con vigilancia de perímetro abdominal pre y postprandial. Por indicación médica se aplica buprenorfina en caso de dolor. (Apéndice C), se realizan cambios posturales de manera frecuente para evitar úlceras por presión (Apéndice D) durante cada cambio se valora la condición de la piel. (Apéndice E)

El 5/06/2020 a las 13:00. Se retira catéter umbilical y colocación de catéter percutáneo. Se proporcionan tres sesiones de micronebulizaciones con combivent y una con adrenalina posteriormente se procede a la extubar paciente y a las 23:00hrs se progresa con CPAP, se continua la estimulación enteral.

El 06/06/2020 se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 8 días de vida extrauterina en fase II ventilatoria con CPAP nasal con presencia de estertores precipitantes diseminados bilaterales en campos pulmonares sin sonda pleural con datos de cicatrización sin indicadores

infecciosos en el sitio de lesión; la piel se encuentra limpia e íntegra (Apéndice E). Presenta una oximetría del 90%. Control gasométrico pendiente. Continúa tolerando la estimulación enteral presentando abdomen blando no doloroso, se registra una evacuación. Presenta glicemia capilar de 103 mg/dl y catéter percutáneo funcional para alimentación parenteral. Uresis horaria de 4.1 ml/kg/h. Aspiración de secreción por razón necesaria.

El 07/06/2020 se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 9 días vida extrauterina en fase II ventilatoria con CPAP nasal con presencia de estertores precipitantes diseminados bilaterales en campos pulmonares ventilados. Con datos de cicatrización sin indicadores infecciosos en el sitio de lesión. Presenta una oximetría del 95%. Presenta abdomen blando depresible no doloroso con peristalsis con leche materna exclusiva de 140mL/kg/día. Glicemia capilar de 106mg/dl.

El 08/06/2020 RN con 10 días vida extrauterina continúa tolerando la vía enteral con un perímetro abdominal de 32/ 32 cm sin datos de distensión abdominal. Presenta Glicemia capilar de 88 mg/dl.

El 13/06/2020 se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 16 días vida extrauterina en fase I ventilatoria con puritan tibio y FO2 al 35% en campana cefálica. Campos pulmonares con presencia de estertores y una oximetría de pulso del 95%. Reflejo de succión débil, continúa con alimentación enteral con leche materna exclusiva. Glicemia capilar de 90mg/dl con apoyo de soluciones para mantenimiento en funcionalidad del catéter percutáneo. Abdomen blando depresible con presencia de una evacuación pastosa y micciones espontáneas.

El 14/06/2020 el RN prematuro con 18 días vida extrauterina se encuentra con una mejoría progresiva y oxígeno indirecto. Estertores disminuidos y aspiración de secreciones por razón

necesaria y terapia respiratoria. Presenta reflejo de succión débil, por tanto, se realizan ejercicios para mejorar el reflejo. La piel esta íntegra. (Apéndice E)

2.2.6 Datos actuales

Signos vitales: Frecuencia cardiaca: 158 latidos por minutos, frecuencia respiratoria: 58 por minuto, temperatura axilar: 36°C, tensión arterial: 110/62, saturación de oxígeno: 95%, peso: 3.300kg, talla: 53cm.

14/06/2020 Paciente masculino que se encuentra actualmente en cuna de calor radiante en fase I de ventilación con puritan tibio y FiO2 35% oxígeno directo. Sin sonda pleural, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, con presencia de estertores disminuidos, aspiración de secreción por razón necesaria.

Continua con la alimentación enteral progresiva con leche materna, abdomen blando y depresible con presencia de peristalsis. Perímetro abdominal 32-32cm. Se realiza ultrasonido transfontanelar. Refiere exploración ecográfica sin evidencia de patología.

2.2.7 Estudios de laboratorio

- 31/05/2020 con leucocitos de 20.81, neutrófilos 62.1, linfocitos 18.4, monocitos 12.30, procalcitonina 8.82 (positiva para 48 horas de vida).
- BHC 14/06/2020: Hb 13.5 Hto 37.7 Plts 516 Leucos 17.01 N 56.3 L 28.5 M 11.3
VSG - PCR - PC 0.38

2.2.8 Exploración física “cefalocaudal”

Recién nacido prematuro del sexo masculino con 2 días de vida extrauterina y 37 SDG con un peso de 2.905kg y una talla de 48 cm. Se ingresa al área de la UCIN el 31/05/2020 a las 22:00hrs con diagnóstico médico de SNT. Se recibe en cuna de calor radiante en fase III ventilatoria con

parámetros altos de ventilación bajo sedación y sello pleural funcional. Presenta catéter umbilical permeable, sonda orogástrica a derivación y sonda vesical con buen gasto urinario.

- Piel: tegumentos con datos de palidez, bien hidratado con presencia de equimosis en sitios de punción de gasometría.
- Cabeza: normo cefálica, fontanelas normotensas y buena implantación de pelo con pabellones auriculares bien implantados.
- Ojos: se observan simétricos, pupilas isocóricas y normo reflectivas con párpados edematosos.
- Nariz: fosas nasales permeables. No se observa obstrucción.
- Boca: paladar blando y duro íntegro.
- Cuello: cilíndrico, pulsos carotídeos presentes, no se palpan adenopatías.
- Tórax: asimétrico por presencia de sonda pleural con apoyo ventilatorio y bajo sedación
- Aparato respiratorio/exploración de tórax: campos pulmonares bien ventilados, tórax en forma cilíndrica y con presencia de cicatriz en línea axilar anterior entre el 5 espacio intercostal por colocación de sello pleural. Tetillas de 1cm de diámetro.
- Aparato cardiovascular: precordial normodinámico y presión arterial dentro de rangos normales.
- Abdomen: a la palpación blando depresible con presencia de peristalsis disminuida.
- Ombligo: sin datos de infección con presencia de catéter umbilical funcional.
- Aparato genitourinario: genitales de acuerdo con su edad.
- Ano y recto: perforado.
- Ganglios linfáticos: palpables.
- Extremidades: simétricas, cuadriléjicas, llenado capilar de 3 segundos.

2.3 Valoración por patrones funcionales

2.3.1 Patrón I Percepción de la salud – Control de la salud

Especificar: la madre refiere haber acudido a la primera consulta prenatal por haber presentado sangrado transvaginal en el primer trimestre. Posteriormente acude a 2 consultas más.

El día 29/05/2020 se induce el trabajo de parto por 10 horas; por no progresar se desea interrumpir el embarazo por vía abdominal.

Refiere el padre que la salud del neonato fue crítica desde que nació 29/05/2020 por lo que se hace el traslado de la clínica donde nació a un hospital de segundo nivel el día 31/05/2020 con 2 días de vida extrauterina. Ingresa al Hospital Bicentenario Zona Norte y se estabiliza en el área de urgencias, posteriormente pasa al área de la UCIN en fase III ventilatoria con catéter umbilical funcional, sello pleural, sonda orogástrica y vesical, con el manejo adecuado.

Continua con tratamiento antimicrobiano y bajo sedación, apoyo de aminos.

2.3.2 Patrón II Nutricional – Metabólico

Peso: 2.905kg Talla: 48 cm

Perímetro torácico: 32cm

Glucemia: 226 mg/dl

Presenta palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, cabello escaso, uñas cortas y limpias. Faringe rosada sin datos de hiperemia. Muñón umbilical en proceso de cicatrización sin datos de infección (catéter umbilical).

Paciente con sonda orogástrica a derivación por encontrarse en fase III ventilatoria con residuos gástricos achocolatados. Tiene aporte de soluciones parenterales.

2.3.3 Patrón III Eliminación

Presencia de sonda vesical con un gasto urinario de 3.1ml/h de color ámbar sin sedimentos.

Se retira sonda vesical el día 5/06/20 presentando micciones espontaneas.

Presencia de peristalsis y abdomen blando depresible.

Actualmente, se encuentra tolerando la vía enteral, presenta una evacuación meconial el día 6/06/2020.

2.3.4 Patrón IV Actividad – Ejercicio

Disminuyo la dificultad respiratoria por el apoyo de fase III ventilatoria, por tanto, la fuerza muscular no se pudo valorar por estar bajo sedación.

2.3.5 Patrón V Reposo – Sueño

Conservado bajo sedación con Fentanyl en infusión y Midazolam en bolos cada 4 horas; por fase III ventilatoria. Actualmente tiene periodos de sueño fisiológico.

2.3.6 Patrón VI Cognitivo – Perceptual

Anisocoria por medicamentos, no hay presencia de movimiento anormales. Fontanelas normotensas y buen tono muscular.

No se evalúan reflejos en el recién nacido por estar bajo sedación. Actualmente responde a estímulos.

2.3.7 Patrón VII Autoconcepto

No aplica para el recién nacido, pero sí para los padres.

Cuando ingresa el neonato al hospital de segundo nivel, la familia se encuentra preocupada por el estado de su hijo y el mayor temor que presentan es la muerte.

2.3.8 Patrón VIII Rol relaciones

Los padres se encuentran en unión libre, tienen problemas económicos ya que el padre no se encuentra trabajando y le solicitan material y medicamentos para el tratamiento de su hijo. Dependencia a través del comportamiento y respuesta del recién nacido frente a diferentes estímulos, el cual se pretende disminuir el estrés.

2.3.9 Patrón IX Sexualidad – Reproducción

Genitales sin alteración, adecuado para su edad

2.3.10 Patrón X Afrontamiento y tolerancia al estrés

No aplica para el recién nacido, pero sí para los padres ya que se encuentran preocupados por no poder ver a su hijo y únicamente reciben informes una vez al día por el personal médico.

2.3.11 Patrón XI Valores y creencias

Los padres refieren ser católicos solicitan que se permite el ingreso del Padre para que lo bauticé por el estado delicado en el que se encuentra su hijo.

2.4 Valoración continua

Día 1 de junio de 2020 20:00 horas

Patrón 1 Percepción de la salud – Control de la salud. Continua bajo sedación con fentanyl, pupilas mióticas farmacológicas (Apéndice C), con bolos por razón necesaria (PRN). Fontanela normotensa sin presencia de movimientos anormales, llenado capilar de 3 segundos, parámetros altos de ventilación en fase III ventilatoria por lo que se realiza aspiración de secreciones 4 veces por turno con técnica abierta no se observa facies de dolor ya que se encuentra bajo sedación. Se mantiene en cuna térmica valorando la temperatura y saturación de oxígeno.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Continua en ayuno y sonda orogástrica a derivación por presentar gasto con pozos de café y peristalsis disminuida. Se registra el peso diariamente sin mostrar alteraciones nutricionales significativas.

Patrón 3 Eliminación continua con sonda vesical sin datos de infección de vías urinarias, sin presencia de evacuaciones.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio. Se observa enrojecimiento de la piel (Apéndice E) en prominencias óseas a pesar de estar realizando los cambios posturales ya que la piel es muy delicada, (Apéndice D) con riesgo de úlceras por presión.

Patrón 5 Reposo-Sueño. Se encuentra bajo sedación por el problema de salud que presenta.

Día 6 de junio de 2020 20:00 horas

Patrón 1 Percepción de la salud – Control de la salud. Se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 8 días de vida extrauterina en fase II ventilatoria con CPAP nasal con presencia de estertores precipitantes diseminados bilaterales en campos pulmonares sin sonda pleural con datos de cicatrización sin indicadores infecciosos en el sitio de lesión. Las secreciones han disminuido y la aspiración se realiza por razón necesaria y se observa una mejoría en los signos vitales.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Abdomen a la exploración blando sin datos de dolor, presencia de peristalsis continua la alimentación enteral con un aporte de divididas en 8 tomas cada una en horarios de 9, 12, 15, 18, 21, 24, 3, 6 para pasar a gravedad.

Continúa con catéter percutáneo funcional para alimentación parenteral.

Patrón 3 Eliminación. Abdomen blando no doloroso, se registran evacuación las tres primeras meconiales

Se recibe sin sonda vesical micciones espontáneas.

Uresis horaria de 4.1 ml/kg/h.

Patrón IV Actividad – Ejercicio. Se encuentra activo reactivo a estímulos externos, se realizan ejercicios de succión ya que por el momento es débil. Se observa una mejoría en la piel se encuentra integra se continua con los cambios de posición.

Día 7 de junio de 2020 20:00 horas

Patrón I Percepción de la salud – Control de la salud. Se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 10 días vida extrauterina permanece en fase II ventilatoria con CPAP nasal con presencia de estertores precipitantes diseminados bilaterales en campos pulmonares con datos de cicatrización sin indicadores infecciosos en el sitio de lesión. Hay mejora de signo vitales.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Se continua la alimentación enteral con leche materna exclusiva de 140mL/kg/día.

Continua con nutrición parenteral.

Glicemia capilar de 106mg/dl.

Patrón 3 Eliminación. Presenta abdomen blando depresible no doloroso con peristalsis

Evacuación pastosa amarilla no fétida y micciones espontáneas con peso de pañal para control de líquidos.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio. Se encuentra con irritabilidad a estímulos externos ya que se observa que se queda con hambre y el reflejo de succión y deglución mejora con los ejercicios realizados (Apéndice F), se continúan los cambios posturales y no hay presencia de una lesión en la piel. (Apéndice E)

Día 13 de junio de 2020 20:00 horas

Patrón 1 Percepción de la salud – Control de la salud. Se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 16 días vida extrauterina en fase I ventilatoria. Se han disminuido considerablemente las secreciones presentando campos pulmonares ventilados se realizan aspiración de secreciones solo por razón necesaria.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Continúa tolerando alimentación enteral con leche materna exclusiva, peristalsis presente con ocho tomas divididas en veinticuatro horas.

Glicemia capilar de 90mg/dl con apoyo de soluciones para mantenimiento en funcionalidad del catéter percutáneo.

Patrón 3 Eliminación. Presenta micciones espontáneas y las evacuaciones continúan pastosas amarillas no fétidas de tres a cuatro veces al día.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio. Reflejo de succión mejorando considerablemente con los ejercicios de succión, las úlceras por presión son un riesgo bajo se continua con los cambios posturales cada 2-3 horas, respectivamente.

Día 14 de junio de 2020 20:00 horas

Patrón 1 Percepción de la salud – Control de la salud. Se recibe en el turno nocturno RN prematuro con 17 días vida extrauterina y continúa en fase I ventilatoria. Campos pulmonares con adecuada salida y entrada de aire y presencia de estertores disminuidos. Aspiración de secreciones únicamente por razón necesaria.

Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Continúa con alimentación enteral y apoyo de soluciones parenterales de acuerdo con requerimientos. Presencia de peristalsis.

Patrón 3 Eliminación. Abdomen blando depresible con presencia de una evacuación pastosa y micciones espontáneas.

Patrón 4 Actividad – Ejercicio. Continúa en fase I ventilatoria con puritan tibio y con oxígeno indirecto; se observa una buena expansión pulmonar y con un llenado capilar 2/2.

El reflejo succión-deglución mejora y las tomas son aceptadas cada tres horas por succión.

Patrón 5 Reposo-Sueño. Se encuentra menos irritable y sus periodos de sueño fisiológico son más prolongados, estimulación mínima para evitar las interrupciones constantes por el personal de enfermería.

2.5 Diagnósticos de enfermería

Dominio 04: Actividad/reposo

Clase 04: respuestas cardiovasculares/pulmonares

Diagnóstico de enfermería 1: 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de los músculos respiratorios E/P Disminución de la presión espiratoria e inspiratoria.

Dominio 11: seguridad/protección

Clase 02: lesión física

Diagnóstico de enfermería 2: 00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea R/C deterioro neuromuscular y vía aérea artificial E/P alteración del patrón respiratorio, sonidos respiratorios adventicios.

Dominio 02: nutrición

Clase 01: ingestión

Diagnóstico de enfermería 3: 00002 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para ingerir alimentos E/P debilidad de los músculos para la deglución, palidez de mucosas.

Dominio 02: Nutrición

Clase 04: Metabolismo

Diagnóstico de enfermería 4: 00204 perfusión tisular periférica ineficaz R/C deterioro de la circulación E/P llenado capilar retardado y cambios de la coloración de la piel (pálida).

Dominio 03: eliminación intercambio

Clase 02: función gastrointestinal

Diagnóstico de enfermería 5: 00196 motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad y prematuridad E/P cambio en los ruidos intestinales.

Dominio 02: nutrición

Clase 01: ingestión

Diagnóstico de enfermería 6: 00107 patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C deterioro neurológico E/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración.

Dominio 11: seguridad/protección

Clase 06: termorregulación

Diagnóstico de enfermería 7: 00008 termorregulación ineficaz R/C enfermedad y temperatura ambiental fluctuante E/P palidez moderada.

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 04 actividad/reposo	Clase: 04 respuestas cardiovasculares
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de los músculos respiratorios E/P disminución de la presión espiratoria e inspiratoria.	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase E: cardiopulmonar				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0403 estado respiratorio: ventilación	-Frecuencia respiratoria	(1) Desviación grave	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2
	-Ritmo respiratoria	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Profundidad de la respiración	(3) Desviación moderada		
	-Utilización de músculos accesorios	(4) Desviación leve		
	-Retracción torácica	(5) Sin desviación		

Intervenciones de enfermería NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas	Intervenciones de enfermería NIC 2620 Monitorización neurológica
<p>Campo 2: Fisiológico Clase K: Control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración • Usar precauciones universales • Híper oxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes y después. • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración. • Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal. • Monitorizar el estado de oxígeno del paciente. • Aspirar orofaringe después de terminar la aspiración traqueal. • Controlar y observar el color, cantidad y constancia de secreciones. • Realizar el lavado de manos. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo Clase I: control neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. • Monitorización de los signos vitales: temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones. • Comprobar el estado respiratorio: gasometría arterial, pulso oximetría, profundidad, patrón, frecuencia y esfuerzo. • Monitorización de los parámetros invasivos según corresponda. • Observar si hay temblor. • Observar la respuesta a los medicamentos. • Notificar los cambios en el estado del paciente.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Usar el equipo de protección personal (guantes, gafas y mascarilla) que sea adecuado. | |
|---|--|

Intervenciones de enfermería NIC 3350 Monitorización respiratoria	Intervenciones de enfermería NIC 3304 Manejo de la ventilación mecánica: prevención de la neumonía
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación. • Anotar la ubicación de la tráquea. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación en las vías aéreas principales. • Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos antes y después de los cuidados del paciente, sobre todo después de vaciar los líquidos del circuito del ventilador. • Usar guantes y equipo/ropa de protección para el cuidado bucal y cambiar los guantes para evitar la contaminación cruzada durante la higiene bucal. • Mantener las cintas del tubo endotraqueal limpias y secas. Mantener la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicosocial del paciente. • Vigilar todas las conexiones del ventilador con regularidad. • Monitorizar y documentar la saturación de oxígeno.

- Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1 y FVC).
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratoria en volumen corriente, si procede.
- Anotar los cambios de SaO₂ y CO₂, corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o que la empeoren.
- Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

Intervenciones de enfermería NIC 1872 Cuidados del drenaje torácico	Intervenciones de enfermería NIC 3180 Manejo de las vías artificiales
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar signos y síntomas de neumotórax. • Mantener el recipiente del drenaje por debajo de nivel del pecho. • Proporcionar un tubo lo suficientemente largo para permitir la libertad de movimientos según corresponda. • Fijar el tubo firmemente. • Monitorizar la posición del tubo mediante estudios radiológicos. • Documentar la oscilación del sello de agua del tubo del tórax, el drenaje recogido y las fugas de aire. • Documentar el burbujeo de la cámara de aspiración del sistema del drenaje del tubo torácico y la del agua. • Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleurales. • Observar y registrar el volumen, tono, olor y la consistencia del drenaje del pulmón. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emplear precauciones universales. • Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante administración oral o vía intravenosa de líquido. • Realizar la aspiración endotraqueal. • Cambiar las cintas y sujeción del tubo endotraqueal cada 24 horas. • Inspeccionar la piel y la mucosa bucal, mover el tubo al otro lado de la boca. • Ayudar en la exploración radiológica del tórax si es necesario, para controlar la posición del tubo. • Realizar cuidados orales (lavado de dientes, gasas húmedas, humectante bucal y labial) según corresponda

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Observar si hay signos de infección.• Mantener una higiene adecuada de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del tubo del tórax. | |
|---|--|

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Fatiga de los músculos respiratorios E/P disminución de la presión espiratoria e inspiratoria

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>3140 manejo de las vías aéreas</p> <p>-Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.</p> <p>-Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal.</p> <p>-Administrar tratamientos con nebulizador</p> <p>-Administrar aire u oxígeno humidificados</p> <p>-Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio hídrico</p> <p>- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación.</p>	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mejorar el estado respiratorio</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria (2-4) • Ritmo respiratorio (2-4) • Profundidad de la respiración (2-4) • Utilización de músculos accesorios (2-5) • Retracción torácica (2-5) <p>Evaluación cualitativa:</p> <p>Después de 3 días mejora la ventilación</p>

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 02 lesión física
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C deterioro neuromuscular y vía aérea artificial E/P alteración del patrón respiratorio, sonidos respiratorios adventicios	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase E: cardiopulmonar				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0415 estado respiratorio	-Frecuencia respiratoria	(1) Desviación grave	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2
	-Ritmo respiratorio	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Profundidad de la respiración	(3) Desviación moderada		
	-Ruidos respiratorios auscultables	(4) Desviación leve		
	-Saturación de oxígeno	(5) Sin desviación		
-Acumulación de esputo				
-Vía aérea permeable				

Intervenciones de enfermería NIC 3350 Monitorización respiratoria	Intervenciones de enfermería NIC 3610: Aspiración de las Vías Aéreas
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Monitorizar los niveles de saturación de oxígeno continuamente en pacientes sedados. • Aplicar sensores de oxígenos continuos no invasivos, con sistema de alarma, apropiados en el paciente. • Determinar las necesidades de aspiración auscultando para ver si hay crepitación en las vías aéreas principales. • Monitorizar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos de presión inspiratoria y la disminución del volumen corriente. • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. • Realizar seguimientos de informes radiológicos. • Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador) 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase K: control respiratorio</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar necesidades de la aspiración oral/traqueal • Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración • Proporcionar sedación según corresponda • Usar precauciones universales • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal • Seleccionar una sonda de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal • Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración • Si se utiliza un sistema de aspiración cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno utilizar la mínima cantidad de aspiración para extraer las secreciones

	<ul style="list-style-type: none">• Colocar y observar color cantidad y consistencia de secreciones
--	---

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C deterioro neuromuscular y vía aérea artificial E/P alteración del patrón respiratorio, sonidos respiratorios adventicios

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>3300 o de la ventilación mecánica: invasiva</p> <p>-Controlar las condiciones que indica la necesidad de soporte ventilatorio.</p> <p>-Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente</p> <p>-Observar una evaluación del, estado corporal basal del paciente, al inicio y con cada cambio.</p> <p>-Asegurar las alarmas del ventilador estén conectadas</p> <p>-Comprobar la forma rutinaria de los ajustes del ventilador incluida la temperatura y modificación del aire</p>	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mantener vía aérea permeable</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Frecuencia respiratoria (2-4)</p> <p>Ritmo respiratorio (2-4)</p> <p>Profundidad de la respiración (2-5)</p> <p>Ruidos respiratorios auscultables (2-4)</p> <p>Saturación de oxígeno (2-5)</p> <p>Acumulación de esputo (3-5)</p> <p>Vía aérea permeable (2-4)</p> <p>Evaluación cualitativa: se mantiene vía aérea permeable.</p>

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 02 nutrición	Clase: 01 ingestión
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
<p>00002 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para ingerir alimentos E/P debilidad de los músculos para la deglución, palidez de mucosas</p>	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase E: cardiopulmonar				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
1020 estado nutricional del lactante	-Relación peso-talla	(1) Desviación grave	(3) Desviación sustancial	Mantener a 3
	-Hidratación	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Crecimiento	(3) Desviación moderada		
	-Glicemia	(4) Desviación leve		
	-Hemoglobina	(5) Sin desviación		

Intervenciones de enfermería NIC 4120 Manejo de Líquidos	Intervenciones de enfermería NIC 6680: Monitorización de signos vitales
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase N: control de perfusión tisular</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario y controlar la evolución. • Contar o pesar los pañales. • Registro de entradas y salidas. • Realizar sondaje vesical. • Vigilar estado de hidratación. • Monitorizar el estado hemodinámico. • Administrar terapia IV según prescripción. • Administrar líquidos IV a temperatura ambiente. 	<p>Campo 04: seguridad</p> <p>Clase V: control de riesgo</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la temperatura y el estado respiratorio. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca. • Monitorizar los ruidos de los pulmones. • Monitorizar pulso oximetría. • Monitorizar periódicamente, la temperatura y la humedad de la piel.

Intervenciones de enfermería NIC 1160 Monitorización nutricional	Intervenciones de enfermería NIC 1200: Administración de la nutrición parenteral total (NPT)
<p>Campo 01: fisiológico básico</p> <p>Clase D: apoyo nutricional</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente. • Monitorizar el crecimiento y desarrollo. • Evaluar la turgencia y movilidad cutánea. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase G: control de electrolitos y ácido básico</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la colocación de la vía intravenosa adecuada en la relación con la duración de la infusión de nutrientes. • Mantener la permeabilidad y el apósito de vía central según protocolos del centro. • Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas. • Comprobar la solución de NPT para asegurar de lo que se ha incluido los nutrientes correctos. • Mantener una técnica estéril al preparar y colocar las soluciones de NPT. • Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones de NPT. • Mantener un flujo constante de la NPT. • Controlar entradas y salidas.

	<ul style="list-style-type: none">• Realizar cuidados asépticos y meticulosos con regularidad del catéter venoso central para evitar complicaciones.• Fomentar una transición gradual desde la alimentación parenteral a la enteral.
--	---

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00002 desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para ingerir alimentos E/P debilidad de los músculos para la deglución, palidez de mucosas

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>2120 manejo de la hiperglicemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la glicemia. -Observar signos y síntomas de hiperglicemia. -Realizar balance hídrico. -Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. -Administrar insulina según prescripción. 	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mejorar el aporte nutricional y estabilizar glicemia.</p> <p>Puntuación basal: Desviación grave 1</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +3</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Relación peso-talla (2-4)</p> <p>Hidratación (3-4)</p> <p>Crecimiento (2-4)</p> <p>Glicemia (1-4)</p> <p>Hemoglobina (2-4)</p> <p>Administración de líquidos IV (2-4)</p> <p>Administración parenteral de líquidos (2-4)</p> <p>Evaluación cualitativa: se corrigen las gasometrías</p>

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 02 nutrición	Clase: 01 ingestión
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00204 perfusión tisular periférica ineficaz R/C deterioro de la circulación E/P llenado capilar retardado y cambios de la coloración de la piel (pálida)	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase E: cardiopulmonar				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0407 perfusión tisular periférica	-Temperatura de extremidades	(1) Desviación grave	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2
	-Llenado capilar	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Presión sanguínea sistólica	(3) Desviación moderada		
	-Palidez	(4) Desviación leve		
		(5) Sin desviación		

Intervenciones de enfermería NIC 3590 Vigilancia de la piel	Intervenciones de enfermería NIC 1920 Monitorización del equilibrio ácido básico
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase L: control de la piel</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o edema. • Vigilar el color y temperatura de la piel. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad de la piel. • Documentar cambios de piel y las mucosas. • Instaurar medidas para evitar el mayor deterioro de la piel y horario de cambios posturales. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase G: control de electrolitos y ácido básico</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener muestras para análisis de laboratorio de equilibrio ácido básico • Analizar las tendencias del pH sérico en los pacientes que tengan afecciones que incrementan el pH. • Observar de la PaCO₂ indica acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria o normalidad. • Identificar las posibles etiologías antes de tratar el equilibrio ácido básico, pues es más eficaz tratar la etiología que el equilibrio. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de déficit HCO₃ y de acidosis metabólica.

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00204 perfusión tisular periférica ineficaz R/C deterioro de la circulación E/P llenado capilar retardado y cambios de la coloración de la piel (pálida)

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>4200 terapia intravenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> -Verificar las ordenes de la terapia intravenosa. -Realizar una técnica aséptica estricta. -Comprobar las 5 reglas de administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos. -Vigilar el flujo intravenoso y el sitio de punción IV durante la infusión. -Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. -Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV. -Sustituir el sistema IV, los aparatos o las soluciones de infusión cada 48-72 horas, según protocolo del entro. 	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mejorar la perfusión periférica tisular y mantener el adecuado manejo de las fusiones intravenosas.</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Temperatura de extremidades (2-4)</p> <p>Llenado capilar (2-5)</p> <p>Presión sanguínea sistólica (2-4)</p> <p>Palidez (2-4)</p>

<ul style="list-style-type: none">-Lavar la vía IV entre la administración de soluciones incompatible.-Observar si presenta signos y síntomas asociados a la flebitis e infección locales.-Mantener precauciones universales	<p>Evaluación cualitativa:</p> <p>Con las intervenciones realizadas el llenado capilar tiene menor retraso y la turgencia de la piel mejora.</p>
--	---

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 03 eliminación intercambio	Clase: 02 función gastrointestinal
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00196 motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad y prematuridad E/P cambio en los ruidos intestinales	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase E: cardiopulmonar				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0501 eliminación intestinal	-Patrón de eliminación.	(1) Desviación grave	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2
	-Control de movimientos intestinales.	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Color de las heces.	(3) Desviación moderada		
	-Heces blandas y formadas.	(4) Desviación leve		
	-Ruidos abdominales.	(5) Sin desviación		

Intervenciones de enfermería NIC 0430 Control intestinal	Intervenciones de enfermería NIC 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal
<p>Campo 01: fisiológico básico</p> <p>Clase B: control de eliminación</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. • Monitorizar los sonidos intestinales. • Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. 	<p>Campo 01: fisiológico básico</p> <p>Clase D: apoyo nutricional</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar periódicamente los ruidos intestinales. • Observar correctamente la colocación de la sonda. • Monitorizar la cantidad, color y consistencia del contenido nasogástrico drenado. • Proporcionar los cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda. • Verificar la colocación mediante una radiografía. • Vigilar periódicamente el estatus hidroelectrolítico.

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00196 motilidad gastrointestinal disfuncional R/C inmovilidad y prematuridad E/P cambio en los ruidos intestinales

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>1080 sondaje gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seleccionar el tipo y tamaño de sonda orogástrica. -Insertar la sonda según protocolo del centro. -Administrar medicación para el aumento de peristaltismo si está indicado. -Comprobar la correcta colocación de la sonda, observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal. -Verificar la inserción con una radiografía. 	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Evitar la distensión abdominal provocada por el aire que ocasiona el apoyo ventilatorio.</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Patrón de eliminación (2-5)</p> <p>Control de movimientos intestinales (2-4)</p> <p>Color de las heces (2-5)</p> <p>Heces blandas y formadas (2-5)</p> <p>Ruidos abdominales (2-4)</p> <p>Evaluación cualitativa:</p> <p>Con las intervenciones realizadas se disminuye la distensión abdominal secundaria a la ventilación mecánica</p>

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 02 nutrición	Clase: 01 ingestión
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00107 patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C deterioro neurológico E/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase G: líquidos y electrolitos				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0602 hidratación	-Turgencia cutánea	(1) Desviación grave	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2
	-Membrana de mucosas húmedas	(2) Desviación sustancial		Aumentar a 4
	-Diuresis	(3) Desviación moderada		
	-Perfusión tisular	(4) Desviación leve		
		(5) Sin desviación		

Intervenciones de enfermería NIC 1056 Alimentación enteral por sonda	Intervenciones de enfermería NIC 1875 Cuidados del catéter umbilical
<p>Campo 01: fisiológico básico</p> <p>Clase D: apoyo nutricional</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo. • Observar si la colocación de la sonda es correcta, comprobando si hay residuo gástrico o escuchando durante la inserción y extracción de aire. • Marca del tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta. • Confirmar la colocación de la sonda mediante rayos X. • Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas. • Consultar con otros miembros del equipo de cuidado acerca de la selección de tipo y concentración de alimentación enteral. 	<p>Campo 05: familia</p> <p>Clase W: cuidados de un nuevo bebé</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la posición del catéter durante examen radiológico. • Infundir la medicación y nutrición, según órdenes. • Aplicar medicación antiséptica al muñón umbilical. • Cambiar la llave de tres pasos diariamente y cuando sea necesario. • Fijar las conexiones con esparadrapo, si es necesario. • Limpiar la superficie exterior con alcohol si es necesario. • Colocar la lactante de espaldas. • Registrar el aspecto de sonda umbilical y los cuidados aplicados. • Observar si hay signos que requieran la retirada de catéter. • Dejar el ombligo al descubierto y observar si hay hemorragia.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Irrigar la sonda cada 4 horas durante la alimentación continua y después de cada alimentación intermitente.• Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo.• Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o frecuencia de bombeo cada hora.• Observar si hay sensación de plenitud, náuseas o vómito. | |
|--|--|

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00107 patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C deterioro neurológico E/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>3200 precauciones para evitar la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar el nivel de conciencia. -Mantener una vía aérea. -Controlar el estado pulmonar. -Monitorizar las necesidades de cuidados intestinales. -Mantener el equipo de aspiración disponible. -Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades. -Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos. -Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes. -Proporcionar cuidados orales. 	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mejorar los requerimientos nutricionales.</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Turgencia cutánea (2-4)</p> <p>Membrana de mucosas húmedas (2-5)</p> <p>Diuresis (2-4)</p> <p>Perfusión tisular (2-4)</p> <p>Evaluación cualitativa:</p> <p>Con las intervenciones que realicé se mejoró el estado nutricional para el óptimo crecimiento y desarrollo.</p>

2.6 Plan de Cuidado de Enfermería

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 06 termorregulación
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
<u>Etiqueta (problema) (P)</u>	
00008 termorregulación ineficaz R/C enfermedad y temperatura ambiental fluctuante E/P palidez moderada	

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)				
Dominio: salud fisiológica				
Clase I: regulación metabólica				
RESULTADO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN DIANA
0800 termorregulación	-Temperatura cutánea -Cambios de coloración -Sudoración con calor -Frecuencia respiratoria -Deshidratación	(1) Desviación grave (2) Desviación sustancial (3) Desviación moderada (4) Desviación leve (5) Sin desviación	(2) Desviación sustancial	Mantener a 2 Aumentar a 4

Intervenciones de enfermería NIC 3900 Regulación de la temperatura	Intervenciones de enfermería NIC 4150 Regulación hemodinámica
<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase M: termorregulación</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura cada dos horas. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Favorecer una ingesta nutricional de líquidos adecuados. • Poner un gorro o malla para evitar perder la pérdida de calor en el recién nacido. • Precalentar los objetos situados cerca del lactante en la incubadora. • Ajustar temperaturas ambientales a las necesidades del paciente. 	<p>Campo 02: fisiológico complejo</p> <p>Clase N: control de la perfusión tisular</p> <p>Intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado de perfusión si el paciente esta frio, tibio o caliente. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de problemas de perfusión, hipotensión, frialdad de la extremidad y presión diferencial reducida y presión del pulso proporcional del 25 o menor. • Auscultar sonidos pulmonares para ver si hay precipitantes o sonidos adventicios. • Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y ritmo cardiaco. • Observar pulsos periféricos, relleno capilar, temperatura y color de las extremidades. • Monitorizar los niveles de electrolitos.

2.6 Ejecución y evaluación del cuidado

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
00008 termorregulación ineficaz R/C enfermedad y temperatura ambiental fluctuante E/P palidez moderada

Nombre: J.G

Edad: 3 días de vida extrauterina Servicio: UCIN

Fecha: 29/05/20

Hora: 22:00

Intervenciones realizadas	Evaluación del cuidado
<p>4220 cuidados de catéter central de inserción periférica (PICC)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar el uso previsto del catéter para determinar el tipo necesario. -Obtener el consentimiento para el procedimiento de inserción. -Seleccionar un tipo y tamaño adecuado de catéter que cumpla con las necesidades del paciente. -Seleccionar la vena anti cubital disponible más accesible y menos utilizada. -Determinar la colocación de la punta del catéter deseado (vena cava superior o vena braquiocefálica y axilar o subclavia) -Fijar el catéter y aplicar el apósito aséptico transparente. -Poner fecha y hora en el apósito. 	<p>Evaluación cuantitativa</p> <p>Resultado esperado: Mantener una buena termorregulación y evitar complicaciones en el manejo de catéter venoso central.</p> <p>Puntuación basal: Desviación sustancial 2</p> <p>Puntuación pos-intervención: Desviación leve</p> <p>Puntuación cambio: +2</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <p>Temperatura cutánea (2-4)</p> <p>Cambios de coloración (2-4)</p> <p>Sudoración con calor (2-4)</p> <p>Frecuencia respiratoria (2-4)</p> <p>Deshidratación (2-4)</p>

<ul style="list-style-type: none">-Verificar la colocación de la punta del catéter mediante una radiografía.-Observar si no hay signos de flebitis.-Mantener las precauciones universales.	<p>Evaluación cualitativa:</p> <p>Con las intervenciones se mantiene la normotermia y no hay infecciones asociadas con el manejo del catéter venoso central</p>
--	--

2.7 Plan de Alta.

Nombre de la Persona: J.G Edad: - Fecha de Ingreso: 31/05/20

Servicio: UCIN Diagnóstico Médico: Sepsis Neonatal Temprana

- Capacitar a los padres y/o cuidador del RN sobre los datos de alarma que pueda presentar como dificultad respiratoria y coloración de tegumentos, somnolencia, rechazo al alimento, distensión abdominal y cambios en las características de las evacuaciones.
- Indicar como proporcionar los medicamentos prescritos en dosis y horario.
- Antes de tocar o cargar al bebé lavar las manos con agua y jabón.
- Evite llevar a su bebé a lugares concurridos.
- Evitar el contacto de su bebé con adultos y niños enfermos.
- Involucrar a los padres a proporcionar actividades sensoriales auditivas y táctiles para favorecer el desarrollo y el movimiento del recién nacido durante los primeros meses de vida.
- Si presenta vómito, fiebres frecuentes, tiene evacuaciones líquidas o no quiere comer acuda inmediatamente a su centro de salud más cercano
- Baño de la madre para alimentar al niño.
- Enseñar a la madre como alimentar al niño con lactancia materna y/o con jeringa para complementar la alimentación e indicarles que es a libre demanda alternando por 15 minutos en cada seno, cada 3 horas, si indican sucedáneo proporcionarlos tibio al niño.
- Hacerlo eructar (repetir o sacar el aire), después de cada toma de leche.

- No dar té de cualquier tipo, así como agua o atole, no agregar azúcar ni miel a la leche.
- No dar gotas para cólicos, ni cualquier medicamento que no haya sido indicado por su pediatra.
- Continuar con su esquema de vacunación.
- Comprobar que se le haya tomado a su bebé la prueba del tamiz neonatal y recoger el resultado pasado un mes.
- Baño diario con jabón neutro.
- Usar aceite de almendras dulce para lubricar la piel, evitando otro tipo de aceites, talcos, lociones, etc.
- Lavar la ropa del lactante con jabón de pasta, evitando detergentes y suavizantes.
- Usar ropa de algodón.
- Cortar las uñas frecuentemente.
- Mantenerlo en una habitación limpia y cálida evitando corrientes de aire.
- Cuidado de la piel limpia y seca.
- Colocar pañales de acuerdo con su edad.
- Evitar tener animales dentro de la habitación.

Capítulo III

3.1 Discusión

El PE es una herramienta que brinda al profesional de enfermería elementos para proporcionar un cuidado especializado tal como se refleja en un RN prematuro con SNT en donde se implementan cada una de sus etapas para obtener diagnósticos e intervenciones reportadas de otros autores sobre este problema de salud.

Se describen los diagnósticos de enfermería identificados durante este proceso en orden de prioridad: patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de las vías aéreas, desequilibrio nutricional, motilidad gastrointestinal disfuncional, patrón de alimentación ineficaz del lactante y termorregulación ineficaz.

De los diagnósticos abordados en este proceso enfermero, el patrón respiratorio ineficaz se prioriza ya que de acuerdo con Conde (2019) es necesario mantener una vía aérea permeable para conservar concentraciones adecuadas de oxígeno con el propósito de mejorar el estado de salud del RN que se menciona en este caso clínico con el diagnóstico de SNT y reducir la morbimortalidad.

Por otro lado, el diagnóstico de limpieza ineficaz de las vías aéreas De Souza. et al. (2014) sugieren realizar técnicas de aspiración asépticas para disminuir complicaciones, asimismo, López. et al. (2016) aborda la técnica cerrada de aspiración en neonatos donde evidencia que es la mejor técnica, a pesar de generar un alto costo para su adquisición, sin embargo, el empleo favorece la recuperación rápida; minimizando daños secundarios y beneficiando el mantenimiento estable del volumen pulmonar. En efecto, la técnica mencionada por los autores; se ejecutó en este proceso al RN con SNT, quien reflejó una mejora en su oxigenación además de presentar un estado general ideal en el momento de su alta.

En relación con el diagnóstico de desequilibrio nutricional Betancourt., Conde. & Senaida. (2016) recomiendan pesar diariamente al RN para llevar un control de su evolución, y de esta manera cuantificar los requerimientos nutricionales necesarios. Cruz (2017) y De Souza. et al. (2014) mencionan priorizar un plan de cuidados de enfermería orientado a la nutrición del paciente con SNT ya que se puede presentar un desequilibrio de volumen en los recién nacidos infectados al llevar un aumento de la osmolaridad; con el riesgo de una hemorragia cerebral. Cuestión aplicada al presente PE ya que el RN con este problema de salud se pesó de forma diaria para considerar sus requerimientos nutricionales adecuados; con ello se obtuvo resultados favorables observados en el ultrasonido transfontanelar; sin evidencia patológica.

Con respecto a la identificación de motilidad gastrointestinal disfuncional, De Souza. et al (2014) identificaron que este diagnóstico se encuentra entre los más frecuentes en los RN prematuros con SNT, por lo que se hace necesario tomar perímetro abdominal pre y posprandial una vez que se empezó con la estimulación enteral, así como la auscultación de la presencia de peristalsis, evitando el riesgo de isquemia tisular y enterocolitis necrosante.

De Souza. et al (2014) y Betancourt., Conde. & Senaida. (2016) reconocen que el patrón de alimentación ineficaz del lactante es un diagnóstico real que consiste en realizar actividades específicas e individualizadas con el propósito de cubrir la demanda nutricional del RN para su crecimiento y desarrollo, las cuales fueron implementadas a partir de identificar una mejora en la succión y deglución.

Cabe señalar que en el diagnóstico de termorregulación ineficaz que es mencionado en el estudio realizado por Cruz. et al (2017) y Betancourt., Conde. & Senaida. (2016) no fue aplicado en su totalidad en el presente caso ya que el RN no presentó distermias a pesar del problema de salud. Sin embargo, es fundamental mantener a los pacientes en incubadora debido a que son

termolábiles a la temperatura ambiente aunado la característica pretérmino; por el proceso de adaptación hipotalámica.

3.2 Conclusiones

El PE es una herramienta que los profesionales de enfermería utilizan para priorizar el cuidado, por tanto, en el caso clínico presentado se realizó un plan de cuidados en un RN con SNT para realizar las intervenciones en forma oportuna y disminuir complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria prolongada.

Durante el proceso de investigación para la realización del presente trabajo se encontraron diversos artículos enfermeros que abordan el tema de SNT; por ser un problema de salud pública con un alto índice de morbimortalidad en neonatos pretérmino, cabe resaltar, que los factores de riesgo son la prematuridad y el bajo peso, aunque no se debe descartar en pacientes macrosómicos. Además, se relacionaron los costes-beneficios que implican los cuidados del RN con este problema de salud, y por ello se recomienda implementar programas que garanticen controles prenatales para el diagnóstico temprano. La actuación del personal de enfermería consiste en identificar los factores de riesgo de la mujer embarazada para realizar intervenciones profilácticas y de esta manera disminuir la incidencia de la SNT con el fin de que se reduzcan los ingresos asociados a infecciones neonatales tempranas en el área de la UCIN. Por otro lado, se debe mencionar la importancia de tener personal capacitado para proporcionar una atención oportuna y disminuir las complicaciones que se pueden presentar.

El paciente del caso clínico presentado logro recuperarse y fue dado de alta 15 días después de su ingreso, sin complicaciones. No sin antes, informar y capacitar a la madre para el cuidado que requiere el RN como atención continua para su crecimiento y desarrollo óptimo.

3.3 Recomendaciones

1. Concientizar a las mujeres embarazadas para que asistan a sus consultas prenatales e identificar factores de riesgo.
2. Monitorizar a la mujer embarazada desde el inicio del trabajo del parto.
3. Realizar una valoración focalizada en el RN en el nacimiento y posterior al mismo para identificar diagnósticos reales y de riesgo.
4. Implementar cuidados de enfermería especializados en el RN con SNT para disminuir complicaciones que amplían la estancia hospitalaria.
5. Registrar los casos asociados con la SNT para contar con un registro epidemiológico en el Hospital General Zona Norte de Puebla e implementar acciones que disminuyan los casos de este problema de salud.
6. Capacitar al profesional de salud para identificar datos de prematuridad y cuidado especializado que se brindará a los RN con SNT.
7. Involucrar a la familia en el cuidado del RN prematuro con SNT durante su estancia hospitalaria, en el momento de su alta y en su domicilio para instruir sobre los datos de alarma que puede presentar para que inmediatamente acudan a una unidad hospitalaria.

Referencias

1. Anaya-Prado R, Valero-Padilla C, Sarralde-Delgado A, Sánchez-González JM, Montes-Velázquez L, Gil-Villarreal F. Sepsis neonatal temprana y factores asociados. *Rev. Med Inst Mex Seg Soc* 2017;55(3):317-323.
2. Barreto González, O. J., Baloa Tovar, D. C., & García León, M. M. (2020). Sepsis neonatal: epidemiología. *Revista Digital de Postgrado*, 9(1), 3-10.
<https://doi.org/10.37910/rdp.2020.9.1.e192>
3. Castro López, Frank W, González Hernández, Gretel, & Alfonso Manzanet, José Enrique. (2005). Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(2), 1. Recuperado en 11 de diciembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200004&lng=es&tlng=es.
4. Enfermería, M. R. Y. (2020, 1 mayo). *Proceso de atención de Enfermería en recién nacido a término con sepsis neonatal*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica.
<https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-sepsis-neonatal/?amp=1>
5. Fernando alberto ramírez bucio. (2017, agosto). *Determinantes sociales de la salud relacionados con la sepsis neonatal en el hospital obregón de la ciudad de México, 2015*. Instituto nacional de salud pública escuela de salud pública de México.
<https://catalogoinsp.mx/files/tes/55513.pdf>
6. Hospital infantil de México “Federico Gómez”. (2011). *Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada*. Guías Clínicas del departamento de Neonatología.

<http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>

7. Gómez, J. A. L. (2018, 29 octubre). *Asociación de factores obstétricos y neonatales con casos de sepsis neonatal temprana*. Cartagena, Colombia | Lorduy Gómez | *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Infomed.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2401>
8. Imbaquingo, J. E., & Morales Medina, M. L. (2017). Sepsis neonatal temprana y ruptura prematura de membranas como factor de riesgo en las UCI neonatales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 42(1), 75-82.
https://doi.org/10.29166/ciencias_medicas.v42i1.1521
9. Prevención Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico en el Recién Nacido en el Segundo y Tercer Nivel de Atención, México, Secretaría de Salud, noviembre 2012
10. Plunkett, A., & Tong, J. (2015, 13 Julio). *Sepsis en pediatría*. Artículo - IntraMed.
<https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=87221>
11. Romero, S., Ortega, M., & Galván, R. (2013). Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis. Estudio de casos y controles. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(4), 1-4. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134c.pdf>
12. G. (2017, 9 septiembre). *Sepsis neonatal. Plan de actuación de Enfermería*. Revista Electrónica de Portales Medicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sepsis-neonatal-plan-actuacion-enfermeria/>

Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla

Facultad de Enfermería.

Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.

Apéndice A.

Consentimiento informado

Fecha: _____

A quien corresponda:

Acepto de conformidad participar de manera voluntaria en la aplicación de un proceso enfermero a través de patrones funcionales de M. Gordón a mi hijo, el cual tiene el propósito de identificar los factores de riesgo reales y potenciales que ponen en riesgo su salud. Se me ha informado que se me realizara una entrevista y a mi hijo un examen físico. También se me aseguro de que se respetará nuestra privacidad, nuestros derechos como seres humanos y que la información que proporcione será confidencial, así mismo de retirarme en el momento que lo crea pertinente.

Conociendo lo anterior doy mi consentimiento y autorización para que se me realicen las preguntas y la valoración necesaria a mi hija.

Firma del Tutor

Firma Del Profesional de Salud

Firma del



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.
Facultad de Enfermería.
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

Apéndice B

Valoración de Enfermería del Niño, a Través de los “Patrones Funcionales De Marjory Gordon”.

I. Información de Identificación

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

II. Valoración de datos básico

A.-PATRON DE PERCEPCION DE LA SALUD-CONTROL DE LA SALUD

1. Para los padres:

- a) ¿Cómo fue su salud durante el embarazo?
- b) ¿Cómo fue la salud de su hijo al nacer?
- c) ¿Cuántas consultas prenatales tuvo?
- d) ¿Qué medidas tomó durante su embarazo?
- Nutrición
- Cuidado sanitario profesional
- Vacunación
- ¿Algún medicamento habitual o suplemento vitamínico? ¿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 hospitalizada antes o durante su embarazo? ¿Por qué razón? ¿Cómo fue para usted?
- 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 durante el nacimiento?

B.- PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

1. Para el personal de salud que esta al cuidado del RN

- a) ¿Cuál fue su peso al ingresar y el actual?
- b) ¿Qué tipo de alimentación se le esta proporcionando?
- c) ¿Por qué vía se pasa el alimento?
- d) Alimentación parenteral:
 - ¿Con que frecuencia?
 - ¿Cuánto tiempo en cada toma?
 - ¿Algún problema?
 - Planes para continuar o destetarlo
- e) Alimentación enteral:
 - Con qué frecuencia le solicitan la leche materna
 - ¿Con qué frecuencia?
 - ¿Cuánto tiempo en cada toma?
 - ¿Refiere algún rechazo?
 - Planes para continuar o abandonar
- f) General:
 - ¿Con qué frecuencia están alimentando al RN?
 - ¿Qué vitamina y/o suplementos toma el RN?

2. ¿Hay presencia de deglución?

C.- PATRON DE ELIMINACION

1. Intestino:

- a) ¿Cómo es la peristalsis del RN?
- b) ¿Cuántas deposiciones hace el RN al día?
- c) ¿De qué color, cantidad y consistencia?
- d) ¿Con qué frecuencia se realiza el cambio del pañal?

2. Vejiga:

- a) ¿Tiene RN algún problema con la micción?
 - Micciones espontáneas
 - Cantidad.
 - Características de la orina.
- b) ¿Se utiliza algún sistema de ayuda?
 - Sondaje intermitente.
 - Sonda vesical.
 - Estoma para el drenaje urinario – describa los cuidados rutinarios.

b) Piel:

- a) ¿Presenta alguna alteración cutánea el RN?
Descríbalo.

D.-PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO

1. ¿Existe la presencia de reflejos?

E.- PATRONES DE REPOSO-SUEÑO

1. ¿Cuántas horas duerme el RN?
2. ¿Cuál es la rutina del sueño normal del RN?
 - a) Cuando se disminuyen los estímulos visuales y auditivos
 - b) Después de comer
3. ¿Tiene algún problema en relación con el sueño?
 - a) Dificultad para dormirse
 - b) Irritabilidad

F.- PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

3. ¿Tiene el niño alguna deficiencia en la percepción sensorial (audición, olfato, vista, tacto)?
Descríbalo.

G.- PATRON DE AUTO-PERCEPCION

4. ¿Cómo le ha hecho sentirse la enfermedad de su hijo? ¿Qué es lo que más le preocupa?

H.- PATRON DE ROL-RELACION

1. Comunicación.

- ¿Cómo describiría su relación con familiares y amigos?
- ¿Se considera una persona sociable?
- ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo?

- a) ¿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)

I.- PATRON DE SEXUALIDAD-FUNCION SEXUAL

- 1.- ¿presenta órganos sexuales de acuerdo con su edad?

J.- PATRON DE CONTROL DE ESTRÉS-ADAPTACION

No plica

K.- SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS

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

L.- 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, muleta)



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.
Facultad de Enfermería.
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

**Apéndice C.
Escala de Comfort**

COMFORT

ESCALA

		EN NIÑOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA	EN NIÑOS CON RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA			VYCON Value 11	
	ALERTA	AGITACIÓN	RESPUESTA RESPIRATORIA	LLANTO	MOVIMIENTOS FÍSICOS	TONO MUSCULAR	TENSIÓN FACIAL
1							
	Profundamente dormido	Calmado	No respiración espontánea	Lucha con el respirador	No movimientos	Músculos relajados	Totalmente relajados
2							
	Ligeramente dormido	Ligeramente ansioso	Respiración espontánea	Tranquilo, no llanto	Ocasionales	Tono muscular reducido	Tono facial normal
3							
	Somnoliento	Ansioso	Resistencia al respirar	Llanto ocasional	Frecuentes y suaves	Tono muscular normal	Aumento de tono evidenciable en algunos grupos musculares
4							
	Despierto y alerta	Muy ansioso	Resistencia al respirar, tos regular	Quejido monótono	Vigorosos limitados a extremidades	Aumento del tono muscular	Tono aumentado e muchos grupos musculares
5							
	Despierto y alerta (exagera la respuesta al estímulo)	Pánico		Llanto	Vigorosos incluyen cabeza y tronco	Tono muscular, extremadamente aumentado	Músculos faciales muy contraídos
				Grito			



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.
Facultad de Enfermería.
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

Apéndice D.

Escala de Braden

	<u>1 PUNTO</u>	<u>2 PUNTOS</u>	<u>3 PUNTOS</u>	<u>4 PUNTOS</u>
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	



**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.
Facultad de Enfermería.
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

Apéndice E.

Escala de valoración de la piel del recién nacido



ESCALA DE VALORACIÓN DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO
NEONATAL SKIN CONDITION SCALE

HIDRATACIÓN DE LA PIEL

- 1 NORMAL**
No hay signos de deshidratación
- 2 PIEL SECA**
Visiblemente irritada
- 3 PIEL MUY SECA**
Grietas y fisuras visibles

ERITEMA

- 1 NO HAY PRESENCIA**
de eritemas
- 2 ERITEMA VISIBLES**
< 50% de la superficie corporal
- 3 ERITEMA VISIBLES**
> 50% de la superficie corporal

LESIÓN

- 1 NINGUNA**
- 2 ÁREAS PEQUEÑAS**
localizadas
- 3 ÁREAS EXTENSAS**

La Neonatal Skin Condition Scale (NSCS) mide tres ítems: **hidratación, eritemas y lesiones**. La puntuación del paciente es el resultado de la suma de las respuestas de los tres ítems. El cociente varía entre **3 y 9**, siendo **3** la mejor condición y **9** la peor que un recién nacido puede tener.





**Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla.
Facultad de Enfermería.
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado.**

**Apéndice F.
Escala de succión y deglución**

Ítems	Observaciones			
1. Forma y mantiene un sello con los labios sobre la tetilla	Nunca (1)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (2)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (3)	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (4)
2. Mantiene el movimiento de succión, labio y mandíbula durante la alimentación	Nunca (1)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (2)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (3)	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (4)
3. Escupe o rechaza la tetilla o mamila del biberón	Siempre (o en más del 90 % del tiempo) (1)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
4. Saca leche o vómito por las comisuras labiales	Siempre (o en todos los movimientos de succión) (1)	Frecuentemente (o más de 3 veces sin ser todo el tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
5. Presenta eventos de tos	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (1)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
6. Muestra datos de atragantamiento, arqueo o náuseas	Siempre (o en cada succión) (1)	Frecuentemente (o más de 3 veces sin ser todo el tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
7. Muestra fatiga (pausas mayores de quince segundos)	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (1)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
8. Saca la leche por una o ambas narinas*	Siempre (1)	Frecuentemente (o más de 3 veces sin ser todo el tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos de tres veces) (3)	Nunca (4)
9. Llora*	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (1)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)
10. Presenta cianosis*	Siempre (o más del 90 % del tiempo) (1)	Frecuentemente (del 50 al 90 % del tiempo) (2)	Ocasionalmente (menos del 50 % del tiempo) (3)	Nunca (4)

*Ítems eliminados por baja respuesta

