

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría
Especialidad de Enfermería en neonatología

Título del proyecto

Trabajo Práctico de:

Proceso de Enfermería en Neonato Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz

Trabajo practico para obtener el grado de la especialidad de enfermería en
Neonatología.

Presenta

LEP.Gabriela Díaz Jiménez



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría
Especialidad de Enfermería en neonatología

Título del proyecto

Tesina

Trabajo Práctico de:

Proceso de Enfermería en Neonato Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz

Trabajo practico para obtener el grado de la especialidad de enfermería en
Neonatología.

Presenta

LEP. Gabriela Díaz Jiménez

Créditos

Elaboró:

LEP. Gabriela Díaz Jiménez.

Director de Tesina:

LEEP. Diana María López García

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional:

Presidente: MCE. Florentina Salazar Mendoza.

Secretario: MCE. Elsa Guadalupe Jiménez Lara.

Vocal: LEEP. Diana María López García

Tesina

Proceso de Enfermería en Neonato Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz

Comisión Revisora de Tesina para su Aprobación:

LEEP.Diana María López García

Director de Tesina

MCE. Florentina Salazar Mendoza

Presidente

MCE. Elsa Guadalupe Jiménez Lara.

Secretario

LEEP.Diana María López García

Vocal

Agradecimiento

Gracias Dios por permitirme estar aquí, por darme la energía y salud para luchar por mis ideales, pero principalmente gracias por bendecirme con una familia, pareja, amigos que a lo largo del camino he conocido y que han dejado huella en mí.

Gracias a mis padres, hermanos, por ser hoy y siempre mi inspiración para salir adelante.

Luis Gustavo y Mauricio, los quiero por todo el esfuerzo que siempre han realizado para apoyar lo que hago.

Gracias a mi esposo Gustavo, por el apoyo incondicional que me brindaste. Por tu amor, paciencia, atención, tolerancia, respeto, comprensión y motivación que hicieron más placentera esta inolvidable aventura del conocimiento. Gracias amor por atreverte junto conmigo a iniciar este reto y trabajar por él haciéndolo tuyo. Juntos lo hemos alcanzado.

A la Licenciada LEEP. Diana María López García por compartir su sabiduría y paciencia para concluir con éxito este trabajo, además por la confianza y motivación que contribuyó en la conclusión de mi meta.

A la LEOP. María Guadalupe Nava Matías por ser una de mis compañeras de trabajo, amiga e incondicional además por su esmero, paciencia y comprensión.

Contenido

	Página
Introducción.	1
Justificación.	3
Objetivo General.	3
Objetivos específicos.	3
Marco de referencia Proceso de Enfermería.	4
Fisiopatología del Recién Nacido Pretérmino con Síndrome de Dificultad Respiratoria	14
Proceso de Enfermería.	18
Exploración Física del Neonato.	23
Resumen Clínico.	24
Registros de Diagnósticos.	25
Plan de cuidados de enfermería	28
Conclusión.	68
Referencias.	69
Apéndices.	70
A. Mapa mental.	71
B. Consentimiento informado.	72

Introducción

El proceso de atención de enfermería (PAE) se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (American Nurses Association (ANA), 1995). Su procedimiento incluye cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, la perspectiva histórica del PAE es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermero, este permite al profesional de enfermería brindar cuidados en una forma holística.

El plan de cuidados de enfermería (PLACE) es el ordenamiento lógico de las actividades que realiza el profesional de enfermería, para proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad. Sus etapas son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, las cuales deben ser flexibles, adaptables y aplicables en todas las situaciones, para promover bienestar, contribuir a la mejor calidad de vida y a la máxima satisfacción de las necesidades del neonato, es importante aclarar que las etapas del plan de cuidados de enfermería están estrechamente relacionadas entre sí, y una conlleva a la otra, o que está implícita en la otra.

A nivel mundial se denomina neonato pretérmino a todo niño que nace antes de las 37 semanas de gestación independientemente de su peso, uno de los problemas más graves que puede presentar un recién nacido pretérmino que sus órganos no están completamente desarrollados.

El neonato necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Esto puede tomar de semanas a meses, un neonato pretérmino tendrá un peso al nacer más bajo que un neonato a término.

Los signos físicos comunes de prematuridad abarcan, vello corporal (lanugo), patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea), clítoris agrandado (en las niñas), problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros (síndrome de dificultad respiratoria neonatal) o neumonía, tono muscular bajo y menor actividad

que los bebés a término, problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración, menos grasa corporal, escroto pequeño, liso sin pliegues y testículos sin descender (en los niños), cartílago del oído suave y flexible piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel), no todos los bebés prematuros tendrán estas características (Ricarte 2009).

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) la incidencia varía inversamente con la edad gestacional, siendo aproximadamente de > 80% a las 24 SDG, 70% a las 28 SDG, 25% A LAS 32 SDG y 3-5% a las 36 SDG con un discreto predominio en el sexo masculino.

La mortalidad por enfermedad de membrana hialina ha disminuido en forma importante debido al conocimiento de la patología, su fisiopatología es la deficiencia de surfactante, lo cual conduce a altas tensiones superficiales en el alveolo, interfiriendo con el intercambio de gases, el incremento en la tensión superficial requiere de grandes presiones de distensión para inflar el alveolo. (Salinas 2009:251).

La valoración de Margory Gordón está integrada por 11 patrones funcionales como son: percepción – manejo de la salud, nutricional metabólico, eliminación, actividad – ejercicio, sueño – descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción – autoconcepto, rol I- relaciones, sexualidad - reproducción, adaptación – tolerancia al estrés y valores y creencias.

Es una guía en la cual ayuda al profesional de enfermería como herramienta útil y práctica en la valoración, mediante la exposición de preguntas pertinentes y focos de atención relacionados con cada uno de ellos, toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del neonato y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esta situación.

La finalidad del plan de cuidados de enfermería es reconocer el estado de salud del neonato y los problemas o las necesidades reales, riesgo y de bienestar, organizar planes para

satisfacer las necesidades detectadas a través de la valoración, y llevar acabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades.

Justificación

Se ha referido en la literatura mundial por diversos autores que el SDR constituye un 2.8% a un 15%, los motivos de ingresos más importantes en neonatos prematuros en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatal , situación similar al Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Villahermosa, Tabasco; como profesionales de enfermería hemos de poseer los conocimientos necesarios sobre las diferentes etapas del proceso enfermero aplicándolo al neonato, debido a la gran diversidad en los sistemas de trabajo de enfermería, es necesario el establecimiento de líneas metodológicas que permiten la elaboración de planes de cuidados de enfermería con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del neonato en estado crítico, que servirá de guía para la implantación del cuidado del neonato, familia y comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, este método permite al profesional de enfermería brindar cuidados en una forma holística.

Objetivo General.

Describir la fisiopatología de recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria y aplicar el proceso enfermero, a través de la valoración de los patrones funcionales de salud Margory Gordon en una forma holística y realizar un plan de atención de enfermería, en que se ofrece intervenciones y actividades del profesional de enfermería que nos permite la mejora o mantenimiento de las necesidades específicas del neonato.

Objetivos específicos.

Valorar al neonato por medio de la aplicación de diferentes métodos y técnicas de recolección de datos.

Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los patrones de salud alterados.

Planificar las intervenciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas detectados.

Ejecutar las acciones de enfermería planificadas.

Evaluar los resultados de intervenciones y actividades de enfermería aplicadas al neonato.

Marco De Referencia Proceso De Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) los siguientes incluyeron cinco etapas.

El proceso enfermero es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de promociona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. (Iyer, 1999:9).

Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces., también impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorar.

El proceso enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (American Nurses Association (ANA), 1995). Su procedimiento incluye cinco etapas, valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación, su objetivo favorece el cuidado individualizado, permite a la enfermera organizar y

presentar cuidados enfermeros para responder al cliente con calidad, calidez y profesionalismo en el cuidado, mejora o mantenimiento de su salud.

Valoración.

Es la más importante, porque nos permite la identificación de problemas reales o de riesgo y de evidencias existentes para emitir juicios de valor, la valoración se integra por tres subprocesos, recolección de la información, validación de la información y registro de la información.

Recolección de la información se obtienen de dos fuentes, a directas primarias (el usuario y su familia) y directas secundarias (los amigos y otros profesionales del área de la salud), indirectas (expediente clínico e índice bibliográfico).

La recolección de los datos puede ser general y específica (focalizada), los datos pueden ser subjetivos, objetivos, históricos y actuales (Iyer, 1887: 36), los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual, (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia.).

Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de la piel y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema.)

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: hipertensión, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo y la ansiedad), toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden presentar en forma simultánea, se inicia desde el primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, (Alfaro 1999:30)

Validación de la información evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas (Alfaro, 1998:53).

Para la validación de datos es necesario que al inicio de la entrevista, se encuentre un observador para que en un momento dado pueda consultar al usuario, familia y a otros integrantes del equipo de salud en caso necesario y así poder realizar comparaciones., registro de la información, consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico, los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería (Iyer 1999:81).

Patrones funcionales de salud Margory Gordon

La palabra patrón para Gordon significa “una secuencia de comportamientos”, (Kozier 1999: 107) por consiguiente la enfermera recolecta datos “sobre comportamientos que funcionan bien y los que funcionan mal” (Kozier 1999; 107), los patrones funcionales de salud de los clientes, se aplican a individuos, familias o comunidades, surgen de la interacción cliente entorno, cada patrón es una expresión de la integración biopsicosocial, ninguno puede entenderse sin el conocimiento de los otros patrones, los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, de desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

Los patrones disfuncionales de salud (descritos por diagnósticos enfermeros) pueden darse con la enfermedad; o también pueden conducir a la enfermedad.

Patrones físicos.

Patrón percepción en salud- manejo de salud, describe el patrón percibido por el cliente de salud y bienestar y como maneja la salud, incluye la percepción del estado de salud del individuo

y su relevancia para las actividades actuales y planes a futuro, también está incluida la prevención de riesgos para la salud por parte del individuo y el comportamiento general de salud como la adherencia a actividades de promoción de salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y seguimientos de cuidados.

Patrón nutricional-metabólico, describe el patrón de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los indicadores de aportes de nutrientes. Incluye los patrones del individuo de consumo de alimento y líquidos: horas habituales de comida, tipos y cantidad de alimentos, líquidos consumidos, preferencias de los alimentos concretos y el uso de suplementos o vitaminas, describe la alimentación materna y los patrones de alimentación del lactante, incluye referencias de cualquier lesión en la piel y en la capacidad general de cicatrización, e incluyen el estado de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas, dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

Patrón eliminación, describe los patrones de la función excretora (intestinal, vesical y piel). Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso de rutinas o laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el patrón horario, forma de excreción, calidad o cantidad, también se incluye cualquier ayuda empleada para controlar la excreción.

Patrón actividad ejercicio, describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreo. Incluye las actividades de la vida diaria que requieren gasto de energía, como la higiene, cocinado, compra, comida, trabajo y el mantenimiento del hogar, también están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio, incluidos los deportes, lo cual describe el patrón típico del individuo, están incluidos los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (como los déficit neuromusculares, compensaciones, disnea, angina, o restricciones o esfuerzos musculares y, si procede, clasificación cardiopulmonar), también están incluidos los patrones de ocio y describe las actividades de recreo realizadas por el individuo tanto en grupo como de forma

individual. Se hace hincapié en las actividades de elevada importancia o significación para el individuo.

Patrón sueño descanso, describe los patrones de sueño descanso y relax. Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso relax durante las veinticuatro horas del día. Incluye la percepción del individuo de la calidad y cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía, también se incluyen las ayudas para dormir como medicación o rutinas para irse a dormir que emplea el individuo.

Patrón cognitivo perceptual, describe el patrón sensorio perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de las formas sensoriales, como visión, audición, gusto, tacto y olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones, también se incluyen, cuando procede, las referencias de la percepción de dolor y cómo se trata éste, asimismo se incluyen las capacidades funcionales cognitivas, como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

Patrones Emocionales.

Patrón autopercepción- autoconcepto, describe el patrón autoconcepto de percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional, se incluye el patrón de postura corporal y movimiento, contacto ocular, voz y patrón de conversación.

Patrón rol relaciones, describe el patrón de compromisos del rol y relaciones. Incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en la actual situación de vida. Se incluyen la satisfacción o alteraciones en la familia, o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

Patrón de sexualidad reproducción, describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el

individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluyen el estado reproductivo de la mujer, pre o pos menopausia y cualquier problema percibido.

Patrón adaptación tolerancia al estrés, describe el patrón general de adaptación y efectividad de éste en términos de tolerancia al estrés, incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón valores creencias, describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluidas las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo percibido como lo importante en la vida, calidad de vida y cualquier percepción de conflictos en los valores, las creencias o las expectativas que estén relacionados con la salud.

Diagnóstico Enfermero.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual y compleja, (Iyer 1999:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Es un “juicio clínico sobre la respuesta”, (Alfaro 1998:81) humana “de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales” (Luis 1998:6) y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de predicción prevención u tratamiento en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud; el diagnóstico real, describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados, el diagnóstico de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad

vulnerables”, (Luis 1998:7) no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).

El diagnóstico de salud, “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor” (Luis 1998:8), el proceso diagnóstico en enfermería difiere del proceso diagnóstico en medicina en que, siempre que sea posible, la persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicados como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico.

También se asume que las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones, las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos, las intervenciones enfermeras para los diagnósticos de las respuestas humanas ofrecen formas adicionales, junto al tratamiento de los problemas médicos, de promover, proteger y restaurar la salud de las personas, hay dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas

El diagnóstico en enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal, técnico y el diagnóstico en enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales. (Lunney, 2008).

Planeación.

Es la tercera etapa del proceso que inicia después de haber formulado los diagnósticos y problemas interdependientes, y consiste en “la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (Iyer 1999:157).

Posterior a la evaluación y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la

identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Durante la priorización, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish, se emplea el pensamiento crítico para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “usted mide el éxito de un plan determinado” (Alfaro 2008) al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” (Alfaro 1998: 121) al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

Las intervenciones de enfermería son estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, (Iyer 1999:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados de riesgo del problemas de salud, señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente, en la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamiento que conducen a la selección de acciones de enfermería específicas.

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contiene: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo(s), acciones de Enfermería y evaluación, existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes, para diagnósticos enfermeros y para problemas independientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente) y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidado, la individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específico, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería. La documentación del plan de cuidados es el registro que la enfermera realiza de los componentes del plan que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (Iyer 1999: 224), los pasos de la ejecución son, preparación, intervención y documentación.

La etapa de preparación, consiste en una serie de actividades, cada una de las cuales exige el uso de razonamiento crítico, revisión de las intervenciones de enfermería para asegurarse de que son compatibles con el plan de cuidados establecidos.

Análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades innecesarias, es el reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a actividades de enfermería concretas.

Proporcionar los recursos necesarios, preparación de un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.

La etapa de intervención, es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñados para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente, son abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes, generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a seis categorías:

Refuerzo de las cualidades, que ayuda en las actividades de diarias, supervisión de trabajo de otros miembros del equipo de enfermería y comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.

La educación es la prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

La etapa de documentación, consiste en seguir una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería.

Existen cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente, existen 1) las gráficas narrativas, 2) gráficas orientadas hacia el problema (SOAP), 3) las gráficas Focus, 4) las gráficas por excepción, y 5) los registros computarizados

Evaluación

La evaluación en el proceso enfermero es útil: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado” (Alfaro 1999: 182), por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución del objetivos, cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria la enfermera debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas, para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o la falta de progreso hacia la realización de sus metas” (Leddy 1989: 263) en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó a través del método de Margory Gordon, que consiste en la identificación de patrones funcionales de salud.

Este método está dividido en once patrones funcionales de salud que a su vez se encuentran agrupados en físicos y emocionales.

Fisiopatología

Neonato pretérmino, se denomina a todo al recién nacido o niño que nace antes de las 37 semanas de gestación independientemente de su peso. Unos de los problemas más graves que puede presentar un recién nacido pretérmino que sus órganos no están completamente desarrollados. El neonato necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Esto puede tomar de semanas a meses., un bebé pretérmino tendrá un peso al nacer más bajo que un bebé a término, los signos físicos comunes de prematuridad abarcan, vello corporal (lanugo), patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea), clítoris agrandado (en las niñas), problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros (síndrome de dificultad respiratoria neonatal) o neumonía, tono muscular bajo y menor actividad que los bebés a término, problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración, menos grasa corporal, escroto pequeño, liso sin pliegues y testículos sin descender (en los niños), cartílago del oído suave y flexible piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel) No todos los bebés prematuros tendrán estas características (Ricarte 2009).

Signos y exámenes, el bebé puede tener dificultad para respirar y conservar la temperatura corporal, entre los exámenes que más comúnmente se realizan en los bebés prematuros se encuentran, gasometría arterial, exámenes de sangre para verificar los niveles de glucosa, calcio y bilirrubina, radiografía del tórax, monitoreo cardiorrespiratorio continuo (monitoreo de la respiración y la frecuencia cardíaca)

Tratamiento, cuando se presenta el parto prematuro y no se puede detener, el equipo médico se preparará para un nacimiento de alto riesgo, la madre se puede llevar a un centro médico que atienda específicamente bebés prematuros, por ejemplo, en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

Al nacer, se lleva al bebé a una sala de recién nacidos para casos de alto riesgo. Se lo coloca bajo un calentador o en una caja transparente y con calefacción, llamada incubadora, que controla la temperatura del aire, las máquinas de monitoreo rastrean la respiración, la frecuencia cardíaca y el nivel de oxígeno en la sangre del bebé, los bebés usualmente son incapaces de coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación; por lo tanto, se les puede colocar una sonda de alimentación a través de la nariz o la boca hasta el estómago, en los bebés muy pretérminos o enfermos, la alimentación se puede realizar a través de una vena hasta que el bebé esté lo suficientemente estable como para recibir toda la nutrición en el estómago. (ver aumento de peso y nutrición neonatal).

Si el neonato tiene problemas respiratorios: Se le puede colocar una sonda en la tráquea y una máquina llamada respirador le ayudará a respirar, algunos bebés cuyos problemas respiratorios son menos severos reciben presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) con pequeños tubos en la nariz en lugar de la tráquea, o pueden recibir únicamente oxígeno extra, el oxígeno se puede suministrar por medio de un respirador, CPAP, gafas nasales o una campana de oxígeno sobre la cabeza del bebé.

Los cuidados de enfermería son necesarios hasta cuando el bebé sea capaz de respirar sin soporte extra, alimentarse por la boca y mantener la temperatura corporal y un peso corporal estable o en aumento, en los bebés muy pequeños, otros problemas pueden complicar el tratamiento y se puede necesitar una hospitalización más prolongada, existen muchos grupos de apoyo para los padres de bebés pretérminos y se debe preguntar al trabajador social en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Expectativas (pronóstico), la prematuridad solía ser una causa importante de muertes infantiles, pero el mejoramiento de las técnicas médicas y de asistencia a recién nacidos ha aumentado la supervivencia de bebés prematuros, en cuanto más prolongado sea el embarazo,

mayor será la probabilidad de sobrevivir, de los bebés que nacen en la semana 28, aproximadamente el 90% sobrevive.

La prematuridad puede tener efectos a largo plazo, muchos bebés pretérminos tienen problemas médicos, de desarrollo o de comportamiento que continúan hasta la niñez o son permanentes, cuanto más pretérmino sea el bebé y más bajo sea su peso al nacer, mayor será el riesgo de complicaciones, sin embargo, es imposible predecir el desenlace clínico a largo plazo de un bebé con base en la edad gestacional o el peso al nacer.

Las complicaciones que pueden ocurrir estando en el hospital son, entre otras, anemia, sangrado intracerebral (hemorragia intraventricular en neonatos) o daño a la sustancia blanca del cerebro (leucomalacia periventricular), infección o neonatal, azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia), síndrome de dificultad respiratoria neonatal, aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar), sangrado en los pulmones (hemorragia pulmonar), nacido, conducto e inflamación intestinal severa (enterocolitis necrosante), las posibles complicaciones a largo plazo abarcan, displasia bronco pulmonar (DBP), retraso en crecimiento y desarrollo, retraso o discapacidad mental o física y retinopatía de la prematuridad, pérdida de la visión o ceguera (Ricarte 2009).

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) O Enfermedad de Membrana Hialina

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) la incidencia varía inversamente con la edad gestacional, siendo aproximadamente de > 80% a las 24 SDG, 70% a las 28 SDG, 25% a las 32 SDG y 3-5% a las 36 SDG con un discreto predominio en el sexo masculino, la mortalidad por enfermedad membrana hialina ha disminuido en forma importante debido al conocimiento de la patología, su fisiopatología es la deficiencia de surfactante, lo cual conduce a altas tensiones superficiales en el alveolo, interfiriendo con el

intercambio gases, el incremento en la tensión superficial requiere de grandes presiones de distensión para inflar el alveolo (Salinas 2009:251).

Grados de Dificultad Respiratoria.

La dificultad respiratoria es leve cuando consiste en un aumento de la frecuencia respiratoria sin necesidad de oxígeno suplementario y sin signos ni signos mínimos de dificultad tales como, retracciones, quejido o aleteo nasales moderada cuando el neonato está cianótico al aire ambiente y tiene otros signos de dificultad respiratoria, incluyendo gases sanguíneos anormales; y severa, cuando el neonato tiene cianosis central, está esforzándose por respirar y tiene unos gases sanguíneos anormales. Los neonatos pueden pasar rápidamente de dificultad respiratoria leve, a moderada y a severa, es por ello que se requiere un constante monitoreo para determinar el nivel de soporte que debe ser administrado de manera inmediata. Síndrome de dificultad respiratoria, inmadurez anatómica y fisiológica de los pulmones e insuficiente surfactante, más común en neonatos prematuros y se desarrolla al nacimiento o un período muy corto luego del nacimiento.

Neumotórax, un neumotórax ocurre cuando hay escape de aire de los alvéolos hacia el espacio pleural, esto puede causar compresión a los pulmones, restricción en la ventilación y en casos severos una repercusión en el gasto cardíaco, un neumotórax puede ocurrir espontáneamente en neonatos no intubados sin historia de ventilación asistida, o como una complicación de la ventilación mecánica, los signos del neumotórax.

Signos de neumotórax, deterioro respiratorio cardiovascular, incremento en la dificultad respiratoria (taquipnea, quejido, aleteo nasal, retracciones), cianosis, inicio de bradicardia (atribuido al desplazamiento del corazón en el neumotórax a tensión), irritabilidad e inquietud, los gases sanguíneos pueden revelar acidosis, metabólica y o respiratoria e hipoxemia, evalúe la transiluminación de tórax positiva, asimetría torácica, desplazamiento del punto de máximo impulso (PMI), hipotensión, pulsos periféricos disminuidos y piel marmórea. (Salinas 2009:251).

Proceso de Enfermería

Valoración

Ficha de identificación.

Fecha: 6 de Julio de 2011. Fecha de ingreso: 18 de Junio de 2011.

Nombre: R/N P. U. Género: masculino. Fecha de nacimiento: 18 de Junio de 2011. Hora de nacimiento: 10:12 horas. Número de afiliación: 72309. Servicio UCIN. Cama: 22.

Padre. V. M. G. 32 años de edad, escolaridad el tercer grado de primaria, ocupación campesino, profesa la religión católica, domicilio Ejido Aquiles Serdán 1era la venta Huimanguillo Tabasco, Teléfono de casa 9231013247, cel.9211410317.

Madre A P U. 27 años de edad, primaria terminada, ocupación labores del hogar, profesa la religión católica, domicilio: Ejido Aquiles Serdán 1era la venta Huimanguillo, Tabasco, Teléfono de casa 9231013247, cel.9211410317, ingreso económico familiar mensual es de \$1,680.00, motivo de la visita el embarazo prematuro, probable sepsis, tratamiento médico actual, antecedentes heredofamiliares, historia familiar de enfermedad, padre y madre mencionan no tener antecedentes de enfermedad crónica degenerativa, historia prenatal: madre de 27 años de edad multigesta 4 partos previos, embarazo por FUR 02 Noviembre 2010, control prenatal, desde el primer trimestre acudió 5 consultas, historia del trabajo de parto y parto: embarazo 34 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas de 15 horas de evolución, producto pélvico interrupción del embarazo por vía abdominal, historia del recién nacido: 34 SDG, peso al nacer de 1,960gr, talla 4 cm, pc 31 cm, pt 27 cm, pa 25cm, segmento superior 26cm, segmento inferior 17cm pie 7cm apgar 7/8, Silverman 0.2, síndrome de dificultad respiratoria (SDR).

Patrón percepción / mantenimiento de la salud, servicios con los que cuenta la casa – habitación, el agua es obtenida de pozo, energía eléctrica, fosa séptica, características higiénicas de la vivienda, todos los días barre y sacude, porque el techo es de lámina, paredes de caña

cimarrón y el piso es de suelo, 3 cuartos para descansar, uno para la cocina y otro la sala, cuentan con animales domésticos como aves de corral, exposición a factores de riesgo en el hogar cuenta con pozo a ras de suelo.

Patrón nutricional / metabólico, estado físico actual, peso.1620gr, talla 44cm, perímetro cefálico 29cm, perímetro torácico 25.5cm, perímetro abdominal 24cm, segmento superior 26cm, segmento inferior 17cm, glucemia capilar de 71 mg/ dl, temperatura corporal 37°C, ayuno, líquidos i.v 95 mlk.día na de 3 y k de 2 ca 0.9, gkm 9.62 (incluye 16 ml de más ml de la infusión y 15 ml de medicamentos), solución glucosada 50% 45ml, concentrado de sodio al 17.7% 1.7ml, KCL ampula 10 ml 2.0ml, gluconato de calcio 4.0ml, sulfato de magnesio 1ml, MVI Pediátrico, 4.0ml agua inyectable 67.3ml, total.125ml, infusión a 5.2ml, medicamentos, cefepime 50 mg.k.do 100mg i.v. c/ 12 pasar en 30 minutos, omeprazol 2 mg i.v. c/ 24, furosemida 1.5 mg k.do 3mg i.v. c/8, midazolam 50 mcg k.do. 100mcg i.v. c/8, nalbufina 50 mcg k.do. 100mcg i.v. c/8, espironolactona 2 mg k.do 4mg v.o. c/24, vitamina k 1 mg i.v. c/72, e infusión de dobutamina 10 mcg .k min (ámpula 250 mg /20ml) 1.8ml más 10.2, saf .9% pasar a 0.7ml hora, piel, delgada, hidratada, palidez generalizada, en el cuello herida quirúrgica por inserción de catéter venoso central (CVC) en yugular interna y en espacio intercostal derecho por inserción de sonda pleural, cabello, negro lacio bien implantado, uñas integra, mucosas oral hidratada, encías, lengua integra e hidratadas, labios delgados pálidos hidratados, faringe integra, muñón umbilical deshidratado, incapacidad para la succión, se encuentra en ayuno, sonda orogastrica derivación. No 8fr, incapacidad para la deglución, por tener cánula endotraqueal No 3,0 fr, presentando distermias durante el turno, infusiones, solución glucosada 50% 45ml, concentrado de sodio al 17.7% 1.7ml, kcl ampula 10 ml 2.0ml, gluconato de calcio 4.0ml, sulfato de magnesio 1ml, mvi pediátrico.4.0m, agua inyectable 67.3ml, total.125ml, infusión a 5.2ml. Dobutamina 10 mcg .k min (ámpula 250 mg /20ml) 1.8ml más 10.2, saf.9% pasar a 0.7ml hora, con drenajes, sello pleural a una succión de 50%, se retira dos horas después de la valoración.

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete

Citometría hemática

6 Julio 2011	Resultados	Unidad	Valor de referencia
Linfocitos	23.00	%	20 – 40
Leucocitos	23.10	%	4.5 -11
Neutrófilos segmentados	68.00	%	45 -70
Eritrocitos	5.17	106/ML	4.2 -5.4
Hemoglobina	16.80	g/dl	12 -15
Neutrófilos	15.7	103/ML	1.4 – 6.5
Plaquetas	158.00	103/ML	150 - 450

Química clínica 6 de julio del 2011

Perfil hepático	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Proteínas totales	7.20	g/dL	6-8.3
Albumina	3.20	g/dL	3-5
Globulina	4.00	g/dL	2.2-2.8
Cociente A /9	0.80	g/dL	0.8-1.2
Bilirrubina Total	18.95	mg/dL	0.2-1
Bilirrubina Directa	10.95	mg/dL	0-0.2
Bilirrubina Indirecta	8.00	mg/dL	0.2-08
Fosfatasa Alcalina	145.00	u/L	32-92
AST	431.00	Iu/L	10-42
LDL	753.00	Iu/L	90-180

Química sanguínea 4 elementos

Química Sanguínea	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Glucosa	52.00	mg/dL	70-105
Bun	25.00	mg/dL	7-18
Creatinina	0.00	mg/dL	0.6-1.3
Ácido Úrico	2.20	mg/dL	2.6-7.2
Urea Calculada	53.50	mg/dL	15-40

Electrolitos y gases.6 de Julio del 20011.

Electrolitos séricos	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Sodio	144.0	mmol/L	137-145
Potasio	3.91	mmol/L	3.5-5.3

Patrón de eliminación, características de orina con presencia de poliuria, glucosuria y coluria concentrada, heces y peristaltismo presentes, presentando evacuaciones en 24 horas de 8 gr, semi pastosa amarillas, micciones en 24 horas 4.5 ml / hora.

Patrón actividad / ejercicio, frecuencia cardiaca, dormido 130 latidos x minuto, llanto 140 latidos x minuto, inquieto 155 latidos x minuto, frecuencia respiratoria, dormido 45 respiraciones x minuto, llanto 63 respiraciones x minuto, inquieto 55 respiraciones x minuto, características de frecuencia cardiaca, adecuada amplitud e intensidad, llenado capilar: de dos segundos, ritmo cardiaco rítmicos, respiración adecuada amplitud e intensidad, secreciones, broncopulmonares amarillas, espesas abundantes, fuerza muscular, presencia de: apoyo ventilatorio, fase III

modalidad, TCPL A/C, FIO2 65, pmxam 16, p.min 4, ciclado 5, flujo 9.0, RI: E 1:2.6, p m v 8, Sat O2 97%, limitaciones para el movimiento, apoyo ventilatorio y sello pleural en espacio intercostal derecho, sin registros de gasometría arterial por que no funciona el gasómetro.

Patrón reposo /sueño, ciclo de sueño del recién nacido, de 2 a 3 horas, se interrumpe en el monitoreo de signos vitales, ministración de medicamentos, ruidos e iluminación.

Patrón cognitivo/ perceptual, nivel de conciencia, somnoliento por efectos de sedación, reflejos de succión y deglución débil, por encontrarse entubado y con sonda orogastrica número 8 fr derivación, presencia de reflejos normales en el recién nacido, fontanela anterior y posterior, se encuentran normotensas, suturas afrontadas, con tono muscular, adecuado a la edad y peso.

Características de la información que tienen los padres sobre el cuidado del recién nacido en el hogar, que es un bebe prematuro, vigilar la respiración del recién nacido, coloración, la alimentación y evitar los cambios bruscos de temperatura:

Patrón de auto imagen /autoconcepto, existencia de preocupaciones de los padres, es que su hijo más pequeño está en una unidad de cuidados intensivos para ellos es que él esté bien de salud, él temor de ellos es la pérdida de peso, el estado de ánimo de ellos es la angustia de verlo con el tubo endotraqueal y sello pleural.

Patrón rol/ relaciones, el recién nacido ocupa el 5 lugar de los hijos, 4 hermanos vivos, él estado civil de los padres es unión libre, la familia está más unida que nunca.

Patrón sexualidad / reproducción, genitales, normales de acuerdo a la edad y al sexo, permeabilidad del meato urinario y testículos descendidos.

Patrón afrontamiento / estrés, existencia de estrés en los padres, relacionado con el cuidado del recién nacido, el factor económico viajar lejos, por las horas en llegar a la institución.

Patrón valores / creencias, actitud religiosa de los padres, acude a la iglesia dos veces a la semana jueves y domingos, sus mitos y creencias de los padres, está en manos de dios y él puede hacer el milagro por su puesto con el apoyo del personal médico y para médico.

Exploración Física Del Neonato

Aspecto general, neonato, presenta desnutrición debido a su peso y talla, palidez de tegumentos, no responde adecuadamente a los estímulos externos por encontrarse bajo efectos de sedación, mantiene un estado higiénico adecuado.

Signos vitales, temperatura corporal de 37°C, frecuencia cardiaca de 150 latidos por minuto con buen ritmo e intensidad, frecuencia respiratoria de 52 respiraciones por minuto con adecuada amplitud e intensidad, somatometría, talla 43 cm, peso 1,960 gr, pc: 31 cm, pt: 27 cm, pa: 25 cm, segmento superior: 26 cm, segmento inferior: 17 cm, pie: 7 cm.

Piel con turgencia delgada, hidratada, palidez generalizada, herida quirúrgica nivel del cuello y en espacio intercostal derecho.

Cabeza, ovalada simétrica al resto del cuerpo, fontanela anterior y posterior normotensas y confrontadas, sin deformaciones, pelo negro, delgado, lacio y bien implantado al cuero cabelludo.

Cara, ovalada, con movimientos y expresiones coordinadas, simétricas, sin alteración.

Ojos, simétricos, escleróticas blancas, iris de color café, sin presencia de secreciones, párpados simétricos, pupilas presenta respuesta a la luz, la agudeza visual aparentemente se encuentra en perfectas condiciones.

Oídos, simétricos, bien implantados los pabellones auriculares, pliegues definidos a la edad, conductos auditivos permeables sin secreción, agudeza auditiva presente responde a los estímulos externos.

Nariz, pequeña, chata, bien implantada simétrica a la forma de la cara tabique nasal sin presencia de desviación, permeabilidad adecuada, mucosa nasal hidratada.

Boca, chica, labios delgados hidratados, pálidos, lengua de color pálida, con reflejos de succión, barbilla chica simétrica a la cara, se encuentra con sonda orogastrica. No.8 fr derivación.

Cuello, corto el línea media, movimientos coordinados, capaz de levantar momentáneamente la cabeza, tráquea se encuentra con una cánula endotraqueal, sin palpación de glándulas tiroides, con catéter venoso central en yugular interna.

Tórax, mediano de forma cilíndrica, mamas simétricas, movimientos simétricos a la respiración, se encuentra con sonda pleural en espacio intercostal derecho, ritmo cardiaco, rítmico, adecuada amplitud e intensidad.

Dorso, caderas, nalgas y espina dorsal recta se encuentra en línea media de la espalda, postura de flexión ligera, pliegues de glúteos simétricos, leve mancha mongólica sin alteración.

Abdomen, mediano, redondo, blando y depresible a la palpación con perístasis presente, muñón umbilical deshidratado.

Extremidades, superiores piel intacta, buen llenado capilar, tono muscular, pulsos periféricos presentes, pliegues palmares y plantares sin presencia de malformaciones al igual las extremidades inferiores se encuentran semi flexionadas de acuerdo a la edad.

Genitales, normales de acuerdo a la edad y al sexo, permeabilidad del meato urinario y testículos descendidos. Estado neurológico, reflejo pupilar, succión, deglución, presión palmar y babinski.

Resumen Clínico

Ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatal sexo masculino de 34semanas de gestación, peso 1,960 gr. talla 44cm, apgar7/8, Silverman 0 - 2, síndrome de dificultad

respiratoria , con antecedentes, ruptura prematura de membranas de 15 horas de evolución, producto pélvico con interrupción del embarazo por vía abdominal, con fr 80 lx, fc 110 lx, temperatura corporal 37°C, pc 29cm,pt 25.5 cm, pa 24cm, segmento superior 26 cm, segmento inferior 17 cm, glucemia capilar de 71 mg/ dl, se observa aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea, quejido respiratorio, cianosis, spo2 70%, se le proporciona presión positiva y se intuba, presenta al segundo día de nacido neumotórax lateral izquierdo, cuenta con una estancia hospitalaria hasta el momento de 19 días, con un peso de 1,620 gr, en ayuno con sonda orogastrica a derivación No.8 fr, por tener cánula endotraqueal No 3,0 Fr, presentando distermias.

En los siguientes exámenes de laboratorio se presentan algunas alteraciones, leucocitos 23.1%, hemoglobina de 16.8g/dl, neutrófilos de 15.7 103/ml, bilirrubina total 18.95mg/dl, bilirrubina directa 10.95mg/dl, bilirrubina indirecta de 8.0mg/dl, fosfatasa alcalina 145 u/l, debido a estos resultados persiste la sepsis y colestasis inflamatoria con una mala respuesta a pesar del tratamiento.

Diagnóstico

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Diagnóstico de Enfermería 1

Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación m/p alteraciones en la profundidad respiratoria, alteración de los movimientos torácicos y aleteo nasal

Dominio: 4 Actividad /Reposo.

Clase: 4 Respuesta cardiovascular/pulmonar

Diagnóstico de Enfermería 2.

Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión m/p, frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias anormales, cianosis y saturación de oxígeno de 80%

Dominio: 3 Eliminación e intercambio.

Clase: 4 Función respiratoria.

Diagnóstico de Enfermería 3.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad y tubo endotraqueal m/p agitación, cambio en el ritmo respiratorio, cianosis.

Dominio: 11 Seguridad y protección.

Clase: 2 Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 4.

Termorregulación ineficaz r/c temperatura ambiental fluctuante, inmadurez m/p fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal, aumento de la frecuencia respiratoria y cianosis de los hechos ungueales.

Dominio: 11 Seguridad / protección.

Clase: 6 Termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería 5

Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios por el tratamiento, (medicamentos y drenajes).

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 5. Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 6

Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad del niño, necesidad de destetar bruscamente al niño y prematuridad

Dominio: 7 Rol/ relaciones

Clase: 3 Desempeño del rol

Diagnóstico de Enfermería 7

Riesgo de infección r/c métodos invasivos (sello pleural, tubo endotraqueal, venodisección y sonda orogastrica).

Dominio: 11 Seguridad y protección.

Clase: 1 Infección.

Diagnóstico de Enfermería 8

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos (p.ej.fuerzas de cizallamiento, presión, hidratación, inmovilización física, secreciones, medicamentos, prominencias oseas).

Dominio: 11 Seguridad y protección.

Clase: 2 Lesión física.

Diagnóstico de Enfermería 9

Trastorno del patrón del sueño r/c humedad, temperatura ambiental, interrupciones en la administración de terapias, iluminaciones y ruidos.

Dominio: 4 Actividad / reposo.

Clase: 1 Sueño / reposo.

Diagnóstico de Enfermería 10

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p elige experiencias que mejoran el bienestar. El individuo manifiesta interés en entrar en contacto con otros que han experimentado una situación similar.

Dominio: 9 Afrontamiento, tolerancia al estrés.

Clase: 2 Respuesta Afrontamiento.

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<p>Dominio: 11 Seguridad y protección.</p>	<p>Clase: 2 Lesión física.</p>	<p>Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar</p>			
<p><i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i></p>		<p><i>Resultado (NOC)</i></p>	<p><i>Indicador</i></p>	<p><i>Escala de medición</i></p>	<p><i>Puntuación Diana</i></p>
<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c Hiperventilación m/p Alteraciones en la profundidad respiratoria Alteración de los movimientos torácicos y Aleteo nasal</p>		<p>Estado Respiratorio: ventilación.</p>	<p>Frecuencia respiratoria (2) (5) Ritmo respiratorio (2) (4) Profundidad de la respiración (3) (5) Capacidad vital (2) (4) Pruebas de función pulmonar (2) (5)</p>	<p>1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal</p>	<p>Mantener: 11 Aumentar a: 25</p>

<p><i>Intervención (NIC): Aspiración de las vías aéreas.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Monitorización de los signos vitales.</i> Campo: 4.Seguridad. Clase: V Control de riesgo.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si procede. Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Proporcionar sedación, si procede. • Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual. • Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. • Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal o vía aérea del neonato. • Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal e la necesidad de extraer secreciones y la respuesta del neonato a la aspiración • Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el neonato experimenta bradicardia o desaturación. • Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura, si procede. • Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. • Monitorizar la presión sanguínea después de la ministración de medicamentos al neonato, si procede. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría) • Controlar periódicamente los sonidos pulmonares. • Controlar periódicamente la pulsíometria. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Observar si hay cianosis central y periférica. • Observar si hay llenado capilar normal.

<p><i>Intervención (NIC): Administración de analgésico.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: H. Control de fármacos.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Destete de la ventilación.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al neonato. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar el historial de alergias a medicamentos. • Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroides) según el tipo y la severidad del dolor. • Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo. • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales. • Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. • Registrar la respuesta al analgésico a eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la preparación del neonato para el destete (termodinámicamente estable, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado óptimo para el destete). • Someter a observación para asegurar de que el neonato está libre de infecciones importantes antes del destete. • Observar si el estado de líquidos y electrolitos es el óptimo. • Colocar el neonato de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático. • Aspirar la vía aérea, si es necesario. • Administrar fisioterapia torácica, si procede. • En neonatos con los músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica. • Fomentar el uso de la energía del neonato de la mejor manera iniciando ensayos de destete después de que el neonato esté bien descansado. • Disponer algunos medios de control del neonato durante el destete. • Permanecer con el neonato en intentos iniciales de destete.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha: 6 Julio 2011
Patrón respiratorio ineficaz r/c hiperventilación m/p alteraciones en la profundidad respiratoria alteración de los movimientos torácicos y aleteo nasal.	Edad: 19 días	Hora: 8:30 am.
	Cuna :22	
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza valoración hemodinámica a través de signos vitales, frecuencia cardíaca, frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Observar si hay cianosis central y periférica. • Observar si hay llenado capilar normal. • Vigilar la aplicación de sedante o analgésico al realizar la aspiración de las vías aéreas, preparar el material y equipo, disponer de las normas universales, determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, auscultando los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración se aspira secreción amarilla espesa moderada y por cavidad oral blancas escasas. • Se favorece la eliminación de secreciones del tracto respiratorio, mejorando el patrón respiratorio. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 11 = Desviación sustancial del rango normal y la puntuación post intervención: 23 = levemente comprometido, la puntuación cambio fue (+ 12).</p> <p>Resultado esperado: Estado Respiratorio: ventilación</p> <p>Indicadores (basal y posintervención)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia respiratoria(2)a(5) 2. Ritmo respiratorio(2)a(4) 3. Profundidad de la respiración(3)a(5) 4. Capacidad vital(2)a(4) 5. Pruebas de función pulmonar(2)a(5) 	

Plan De Cuidados De Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

Dominio:3 Eliminación e intercambio de gases	Clase:4 Función respiratoria	Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar			
<i>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</i>		<i>Resultado (NOC)</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Puntuación Diana</i>
Deterioro del intercambio de gases t/c desequilibrio ventilación perfusión m/p gasometría arterial anormal, frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias anormales, cianosis y saturación de oxígeno de 80% .		Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Perfusión tisular: periférica.	Saturación de oxígeno(1) (5) Equilibrio entre la ventilación perfusión (2) (5) Cianosis (2) (5) Equilibrio acido base(2) (5) Llenado capilar de los dedos de las manos (2) (5) Llenado capilar de los dedos de los pies(2) (5) Temperatura de extremidad(3) (5)	1.Desviación grave del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal	Mantener:7 Aumentar a:20 Mantener:7 Aumentar a:15

<p><i>Intervención (NIC): Ayuda a la ventilación.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Manejo de la acidosis metabólica.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía aérea permeable. • Colocar al neonato en forma que alivie la disnea. • Colocar al neonato de forma que facilite la concordancia ventilación/ perfusión, si procede. • Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede. • Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial, Sao₂, Svo₂, Co₂ corriente final, Qsp/Qt, A-a Do₂. • Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños. • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. • Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción • Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación. • Administrar medicamentos (bronco dilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener las muestras solicitadas para el análisis de laboratorio y equilibrio ácido base. • Mantener vía I.V. permeable. • Colocar al paciente de una manera que se facilite la ventilación. • Vigilar ingresos egresos. • Vigilar las condiciones del aporte de oxígeno tisular. • Observar si hay desequilibrio hidroelectrolítico asociado con acidosis metabólica (hiponatremia, hipocalcemia, hipofosfatemia). • Administrar medicamentos alcalinos prescritos (bicarbonato de sodio) • Administrar líquidos según prescripción.

<p><i>Intervención (NIC): Manejo de las vías aéreas artificiales.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Monitorización respiratoria.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una humidificación del 100% al gas / aire inspirado. • Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal. • Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos. • Ayudar al radiólogo del tórax, si es necesario, para controlar la posición del tubo. • Minimizar si la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes superiores, mediante montajes y pivotes giratorios de catéter flexibles y soportando los tubos durante el giro, la aspiración y desconexión del ventilador. • Observar si hay descenso o del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria en el neonato que requieren de ventilación mecánica. • Iniciar la aspiración endotraqueal, si está indicado. • Instituir las medidas que impidan la desintubación accidental, fijar la vía aérea artificial, administrar sedación y relajantes musculares, si procede. • Preparar un equipo de intubación adicional y un ambú en un sitio disponible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Anotar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como crepitaciones o ronquidos. • Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea y hiperventilación. • Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. • Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar resultados. • Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Anotar los cambios de Sao2 y Co2 corriente final y los cambios de los valores de gases en la sangre arterial, si procede. • Vigilar las secreciones respiratorias del neonato.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha: 6 Julio 2011
Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio ventilación perfusión m/p gasometría arterial anormal, frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias anormales, cianosis y saturación de oxígeno de 80% .	Edad: 19 días	Hora: 8 am.
	Cuna :22	
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se efectúa vigilancia estricta del patrón respiratorio del neonato observando la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. • La elevación de la barbilla se realiza abriendo la vía aérea favoreciendo la ventilación pulmonar. • La colocación pulsímetría para monitorización de la saturación de Oxígeno. La coloración de la piel del neonato la saturación de oxígeno aumenta 85% a 90%. • Se favorece la eliminación de secreciones utilizando las protecciones universales efectuando la aspiración de secreciones del tracto respiratorio con técnica estériles. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 7 desviación sustancial del rango normal y la puntuación postintervención: 20 = sin desviación del rango normal, la puntuación cambio fue (+13).</p> <p>Resultado esperado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saturación de oxígeno(1) a (5) 2. Equilibrio entre la ventilación perfusión (2) a (5) 3. Cianosis (2) a (5) 4. Equilibrio ácido base (2) a (5) <p>Se tuvo una puntuación basal: 7 = desviación sustancial del rango normal y la puntuación postintervención: 14 = sin desviación del rango normal, la puntuación cambio fue (+ 7).</p> <p>Resultado esperado: Perfusión tisular periférica.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llenado capilar de los dedos de las manos (2) a (5) 2. Llenado capilar de los dedos de los pies(2) a(5) 3. Temperatura de extremidad(3) a (4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<p>Dominio: 11 Seguridad / protección.</p>	<p>Clase: 2 Lesión física.</p>	<p>Dominio: II. Salud fisiológica Clase: E. Cardiopulmonar</p>			
<p><i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i></p>		<p><i>Resultado (NOC)</i></p>	<p><i>Indicador</i></p>	<p><i>Escala de medición</i></p>	<p><i>Puntuación Diana</i></p>
<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad y tubo endotraqueal m/p agitación, cambio en el ritmo respiratorio, cianosis.</p>		<p>Estado respiratorio ventilatorio</p>	<p>Frecuencia respiratoria.(2) (4) Ritmo respiratorio.(2) (4) Profundidad de la respiración.(2) (5) Capacidad de eliminar secreción.(1) (4)</p>	<p>1.Desviación del rango normal 2.Desviación sustancial del rango normal 3.Desviación moderada del rango normal 4.Desviación leve del rango normal 5.Sin desviación del rango normal</p>	<p>Mantener:7 Aumentar a:20</p>

<p><i>Intervención (NIC): Manejo de las vías aéreas artificiales.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K.. Control respiratorio.</p>	<p><i>Intervención (NIC):Cambio de posición</i> Campo: 1.Fisiológico Básico. Clase: C. Control de inmovilidad.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea, artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes, superiores, mediante montajes y pivotes giratorios de catéter flexibles y soportando los tubos durante el giro, la aspiración, desconexión y reconexión del ventilador. • Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas. • Ayudar en el examen radiológico de tórax, si es necesario para controlar la posición del tubo. • Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar, la sujeción del tubo endotraqueal. • Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de posición cada 2 horas. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede. • Colocar en la posición terapéutica especificada. • Colocar en posición para el alivio de disnea (posición de semi-fowler). Cuando corresponda. • Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión • Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. • Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor • Minimizar el roce al cambiar de posición al neonato. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si procede.

<p><i>Intervención (NIC): Fisioterapia Respiratoria.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: K. Control respiratorio.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Monitorización de los signos vitales.</i> Campo: 4.Seguridad. Clase: V Control de riesgo.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si existen contraindicaciones al uso de fisioterapia. • Determinar el (los) segmento(s) pulmonar (es) que necesita el drenado. • Colocar al neonato con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. • Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno • Practicar aereosolterapia, si procede. • Administrar broncodilatadores, si está indicado. • Administrar agentes mucolíticos, si, si procede. • Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputo. • Observar la tolerancia del neonato por medio Spo2, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo frecuencia cardiaca y niveles de comodidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar periódicamente presión, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. • Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. • Monitorizar la presión sanguínea después de que se le administra medicamentos si procede. • Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar si procede. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de la hipotermia Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiacos. • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). • Controlar periódicamente la pulsíometria. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Observar si hay cianosis central y periférica. • Observar si hay llenado capilar normal.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U. Edad: 19 días Cuna :22	Fecha:6 Julio 2011 Hora: 8 am.
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad y tubo endotraqueal m/p agitación, cambio en el ritmo respiratorio, cianosis.		
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza valoración hemodinámica a través de signos vitales, frecuencia cardíaca, frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). Se administra broncodilatadores c/4 horas, a las 9:00 -11:00 a.m. • Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, auscultando los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamiento. • Coloca en posición para el alivio de disnea en semi-fowler.9:30 - 11:30am. • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición • Se favorece la eliminación de secreciones del tracto respiratorio, mejorando el patrón respiratorio. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 7 = Desviación sustancial del rango normal y la puntuación post intervención: 17 = levemente comprometido, la puntuación cambio fue (+ 10).</p> <p>Resultado esperado: Estado respiratorio ventilatorio.</p> <p>Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia respiratoria.(2)a(4) 2. Ritmo respiratorio.(2)a(4) 3. Profundidad de la respiración. (2)a(5) 4. Capacidad de eliminar secreción.(1)a(4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

Dominio:11 Seguridad/protección	Clase:6 Termorregulación	Dominio: Salud fisiológica. Clase: I. Regulación metabólica			
<i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i>		<i>Resultado (NOC)</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Puntuación Diana</i>
Termorregulación ineficaz r/c temperatura ambiental fluctuante, inmadurez m/p fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal, aumento de la frecuencia respiratoria y cianosis de los hechos ungueales.		Termorregulación; recién nacido.	Inestabilidad de la temperatura.(1) (4) Hipertermia.(2) (5) Hipotermia.(2) (5) Respiraciones Irregulares.(2) (4) Cambios de la coloración cutánea.(1) (4)	1.Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno	Mantener:8 Aumentar a:25

<p><i>Intervención (NIC): Regulación de la temperatura.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: M. Termorregulación.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Manejo ambiental: confort.</i> Campo: 2.Fisiológico Básico. Clase: E. Fomento de la comodidad física.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede. • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Favorecer una ingesta nutricional y de líquido adecuado. • Mantener la temperatura corporal del recién nacido. • Utilizar un colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del neonato. • Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del neonato y la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptica. • Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y seguro. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritables. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el neonato, si fuera posible. • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del neonato (limpieza corporal, aplicar cremas dérmicas y la cavidad oral). • Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel membranas y mucosas a factores irritantes (drenaje de herida).

<p><i>Intervención (NIC): Regulación hemodinámica.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Baño.</i> Campo: 2.Fisiológico Básico. Clase: F. Facilitación de los autocuidados.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea. • Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios. • Auscultar los sonidos cardíacos. • Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiacos, y los pulsos. • Vigilar los niveles de electrolitos. • Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la temperatura y el color de las extremidades. • Elevar la cabecera de la servocuna, si procede. • Mantener el equilibrio de líquidos administrado líquido i.v. o diuréticos, según el caso. • Minimizar/ eliminar los factores ambientales estresantes. • Evaluar los efectos de la terapia de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el lavado de manos antes y después del procedimiento. • Verificar que la temperatura del neonato este en el rango normal. • Realizar el baño con agua a una temperatura agradable. • Asear con cuidado cavidad oral y perianal. • Aplicar crema hidratante en las zonas de piel seca. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Controlar la capacidad funcional durante el baño. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el neonato, si fuera posible. • Evitar mojar las zonas de catéteres centrales, de heridas quirúrgicas.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha: 6 al 9 Julio 2011
Termorregulación ineficaz r/c temperatura ambiental fluctuante, inmadurez m/p fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal, aumento de la frecuencia respiratoria y cianosis de los hechos ungueales.	Edad: 19 días	Hora: 9: am.
Cuna :22		
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se observa y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. • Verificar que la temperatura del neonato este en el rango normal. • Se ajusta la temperatura ambiental que sea más cómoda para el neonato. • Realizar el baño con agua a una temperatura agradable. • Comprobar la temperatura cada hora. • Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso. • En el transcurso del turno el neonato se mantiene en una temperatura dentro del rango normal de 37°C a 37.4°C. 	<p>Con una puntuación basal: 8 = Sustancial y la puntuación post intervención: 22= Ninguno, la puntuación cambio fue (+14).</p> <p>Resultado esperado: Termorregulación; recién nacido.</p> <p>Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inestabilidad de la temperatura.(1)a(4) 2. Hipertermia.(2)a(5) 3. Hipotermia.(2)a(5) 4. Respiraciones Irregulares.(2)a(4) 5. Cambios de la coloración cutánea.(1)a(4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i>	<i>Resultado (NOC)</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Puntuación Diana</i>
Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios por el tratamiento, (medicamentos y drenajes).	Equilibrio hídrico.	Entradas y salidas diarias equilibradas.(3) (5) Peso corporal estable.(4) (5) Hidratación cutánea.(3) (5) Humedad de membranas y mucosas.(3) (5) Electrolitos séricos.(4) (5)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener:17 Aumentar a:25

<p><i>Intervención (NIC): Monitorización de líquidos.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Manejo de electrolitos.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: Control de electrolitos y acido-base.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p.ej; hipertermia, terapia diurética, patologías renales, exposición al calor, infección y poliuria. • Vigilar peso. • Vigilar ingresos y egresos. • Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina, si procede. • Llevar un registro preciso de ingresos y egresos. • Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración. • Observar las mucosas, la turgencia de la piel. • Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina. • Mantener el nivel de flujo intravenoso si procede. • Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. • Mantener acceso i.v. permeable. • Mantener un registro adecuado de ingresos y egresos. • Suministrar líquidos según prescripción, si procede. • Mantener solución intravenosa que contenga electrolito(s), a un flujo constante si procede. • Obtener muestras de especímenes para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gases en sangre arterial, orina y suero), si procede. • Colocar monitor cardiaco, si procede. • Tratar las arritmias cardiacas, según políticas de la institución.

<p><i>Intervención (NIC): Manejo de la medicación.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: H. Control de fármacos.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Terapia intravenosa.</i> Campo: 2.Fisiológico Complejo. Clase: H. Control de fármacos.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y /o el protocolo. • Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. • Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación del neonato. • Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. • Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede. • Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, si procede. • Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. • Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la orden de la terapia intravenosa. • Realizar una técnica aséptica estricta. • Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase. • Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos (fármaco, dosis, paciente, vía y caducidad). • Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado. • Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa. • Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa 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 i.v. • Observar si se presenta signos y síntomas asociados a las flebitis por la infusión e infecciones local.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha:6 al 8 Julio 2011
Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c Efectos secundarios por el tratamiento, (medicamentos y drenajes)	Edad:19 días Cuna :22	Hora: 8 am.
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • El día 6 de Julio de 2011 se encuentra en ayuno con sonda orogastrica No. 8 French, se mantiene con esquema de soluciones parenterales con electrolitos y amina manteniendo un flujo constante para 24hrs. control estricto de ingresos y egresos. • Su peso al ingreso fue de 1960 kgs • El peso del neonato durante la estancia hospitalaria es cada tercer día monitorizado por el personal de Enfermería observando el día 8 de Julio un peso de 1,620 kgs. • Se inicia alimentación enteral por sonda orogastrica No.5 French sin técnica de residuo, mediante formula maternizada 2 ml. cada 3 hrs, sin presentar distensión abdominal ni vomito. 	<p>Con una puntuación basal: 17 = gravemente comprometido y la puntuación post intervención: 24 = levemente comprometido, la puntuación cambio fue (+ 7).</p> <p>Resultado esperado: Equilibrio hídrico.</p> <p>Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entradas y salidas diarias equilibradas.(3) a (4) 2. Peso corporal estable.(4) a (5) 3. Hidratación cutánea.(3) a (5) 4. Humedad de membranas y mucosas.(3) a (5) 5. Electrolitos séricos.(4) a (5) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i>	<i>Resultado (NOC)</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Puntuación Diana</i>
<p>Interrupción de la lactancia materna r/c</p> <p>Enfermedad del niño, Necesidad de destetar bruscamente al niño y prematuridad.</p>	<p>Lazos afectivos padres – e hijos.</p>	<p>Reconocimiento de los signos de descenso del suministro de leche. (1) (3)</p> <p>Conocimiento de las directrices para un destete rápido y urgente.(1) (4)</p> <p>Según recomendaciones de un profesional sanitario.(3) (5)</p> <p>Sustitución de la leche materna con otro líquido.(3) (5)</p> <p>Satisfacción con el proceso de destete.(3) (4)</p>	<p>1.Inadecuado</p> <p>2.Ligeramente adecuado</p> <p>3.Moderadamente adecuado</p> <p>4.Sustancialmente adecuado</p> <p>5.Completamente adecuado</p>	<p>Mantener:11</p> <p>Aumentar a:25</p>

<p><i>Intervención (NIC): Fomentar el acercamiento.</i> Campo: 5.Familia. Clase: Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebe.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Apoyo emocional.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a los padres de los cuidados proporcionado al recién nacido. • Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido. • Ayudar a los padres a participar en el cuidado del recién nacido. • Animar a los padres a identificar las características familiares observadas en el recién nacido. • Reforzar el contacto visual con el recién nacido. • Reforzar los comportamientos del papel del cuidador. • Proporcionar ayuda en el cuidado propio para centrarse al máximo en el recién nacido. • Ayudar a los padres en la planificación de un alta rápida. • Remitir un seguimiento de los cuidados posteriores, cuando corresponda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrazar o tocar a los padres para proporcionarle apoyo. • Ayudar a los padres a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. • Animar a los padres a que expresen los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Facilitar la identificación por parte de los padres de esquemas de respuesta habituales a los miedos. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

<p><i>Intervención (NIC): Estimulación de la integridad familiar.</i> Campo: 5.Familia. Clase: Cuidados de la vida.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Potenciación de roles.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer relaciones de confianza con los padres. • Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias. • Respetar y apoyar el sistema de valores culturales de las familias. • Identificar los patrones de interacción de las familias. • Ayudar a la familia a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles. • Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de enfrentamiento adaptados para tratar la transición de la paternidad. • Proporcionar a los padres la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad. • Identificar el efecto del recién nacido en la dinámica y el equilibrio de la familia. • Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones e inquietudes acerca de la experiencia del nacimiento. • Ayudar a la familia a identificar los sistemas de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los padres a identificar los diversos papeles en la vida. • Ayudar a los padres a identificar los cambios de los roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades- • Ayudar a los padres a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles. • Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé, si procede. • Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los padres, si este es el caso. • Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede. • Facilitar la oportunidad a los padres de que practique el rol con nuevas conductas. • Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir con el rol. • Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha: 8 Julio 2011
Interrupción de la lactancia materna r/c enfermedad del niño, necesidad de destetar bruscamente al niño y prematuridad.	Edad: 21 días	Hora: 9 am.
	Cuna :22	
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se informa a los padres de los cuidados proporcionado al recién nacido, el cual se iniciará aporte nutricional con formula maternizada a través de sonda orogastrica a partir de las 12: 00 horas. • Se le ofrece información de lactancia materna, extracción, conservación de la leche. • El día 10 de Julio la madre entrega leche materna por que se ofrecerá el aporte nutricional mixta, tolera sin presentar vomito ni distensión abdominal. 	<p>Con una puntuación basal: 11 = Moderadamente adecuado y la puntuación post intervención: 21 = Completamente adecuado , la puntuación cambio fue (+ 10).</p> <p>Resultado esperado: Lazos afectivos padres – e hijos.</p> <p>Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de los signos de descenso del suministro de leche. (1) a (3) 2. Conocimiento de las directrices para un destete rápido y urgente. (1) a (4) 3. Según recomendaciones de un profesional sanitario. (3) a (5) 4. Sustitución de la leche materna con otro líquido. (3) a (5) 5. Satisfacción con el proceso de destete. (3) a (4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<p>Dominio: 11 Seguridad y protección.</p>	<p>Clase: 1 Infección</p>	<p>Dominio: 2. Salud fisiológica Clase: L. Integridad tisular.</p>			
<p><i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i></p>		<p><i>Resultado (NOC)</i></p>	<p><i>Indicador</i></p>	<p><i>Escala de medición</i></p>	<p><i>Puntuación Diana</i></p>
<p>Riesgo de infección r/c métodos invasivos (sello pleural, tubo endotraqueal, venodisección y sonda orogastrica).</p>		<p>Integridad tisular de la piel y membranas mucosas</p>	<p>Temperatura de la piel.(1)(4) Perfusión tisular.(4) (5) Integridad de la piel.(3) (5) Hidratación.(4) (5)</p>	<p>1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido</p>	<p>Mantener: 12 Aumentar a: 20</p>

<p><i>Intervención (NIC): Protección contra las infecciones.</i> Campo: 4.Seguridad. Clase: V. Control de riesgo.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Cuidados de heridas: Drenaje cerrado.</i> Campo: 2.Fisiológico complejo. Clase: L. Control de la piel/herida.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Observar el grado de vulnerabilidad del paciente de infecciones. • Mantener normas de asepsia para el neonato en riesgo. • Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. • Cambiar los sitios de línea intravenosa periférica y línea central como lo marca la NOM -045-SSA2-2004 Y la Norma Técnica Institucional. • Realizar el registro en la hoja de enfermería de los resultados y respuesta humana del neonato prematuro, como lo marca NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente clínico y la Norma Institucional. • Llevar a cabo la Nom-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental .Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el volumen del drenaje de herida cerrado, de acuerdo con el procedimiento. • Registro el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados. • Obtener muestras si procede. • Limpiar el dispositivo de recogida, si es necesario. • Comprobar la permeabilidad de la unidad. • Evitar acodar los tubos. • Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio. • Numerar los dispositivos de recogida, si hubiera más de uno. • Fijar el aparato de drenaje cerrado a la servocuna, si procede. • Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

<p><i>Intervención (NIC): Vigilancia de la piel.</i> Campo: 2.Fisiologico complejo. Clase: L. Control de la piel/herida.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Precauciones circulatorias.</i> Campo: 2.Fisiologico complejo Clase: N. Control de la perfusión tisular.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. • Valorar el estado de la zona de incisión, si procede. • Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. • Observar si hay zonas de presión y fricción. • Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. • Realizar el registro en la hoja de enfermería de los resultados y respuesta humana del neonato prematuro, como lo marca NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente clínico y la Norma Institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad). • No iniciar punción i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada. • Abstenerse de sacar sangre en la extremidad afectada. • Abstenerse de aplicar presión en la extremidad afectada. • Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre. • Evitar lesiones en zona afectada. • Evitar infecciones en heridas. • Instruir a los padres para que compruebe el agua antes de bañar al neonato para evitar quemaduras. • Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha: 7 Julio 2011
Riesgo de infección r/c Métodos invasivos (sello pleural, tubo endotraqueal, venodisección y sonda orogastrica).	Edad: 20 días	Hora: 10am.
Cuna :22		
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantener normas de asepsia para el neonato en riesgo, es primordial la realización del lavado de mano antes y después de cada procedimiento. • Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Se realiza cambio de línea intravenosa periférica y línea central como lo marca la NOM -045-SSA2-2004 Y la Norma Técnica Institucional. • Disponer precauciones universales: para la aspiración de secreción de las vías aéreas. • Estas medidas universales permite minimizar el riesgo de infección del neonato 	<p>Con una puntuación basal: 12= gravemente comprometido y la puntuación post intervención: 22 = No comprometido, la puntuación cambio fue (+ 10).</p> <p>Resultado esperado: Integridad tisular de la piel y membranas mucosas Indicadores (basal y postintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura de la piel.(1) a (4) 2. Perfusión tisular.(4) a (5) 3. Integridad de la piel.(3) a (5) 4. Hidratación.(4) a (5) 	

Plan de cuidados de Enfermería Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz
--

<i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i>	<i>Resultado (NOC)</i>	<i>Indicador</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Puntuación Diana</i>
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c Humedad, factores mecánicos (p.ej.fuerzas de cizallamiento, presión, hidratación, inmovilización física, secreciones, medicamentos, prominencias oseas).	Integridad tisular de la piel y membranas mucosas.	Temperatura de la piel. (1) (4) Sensibilidad. (2) (4) Hidratación. (3) (4) Perfusión tisular.(3) (5) Integridad de la piel.(3) (4)	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	Mantener:12 Aumentar a:25

<p><i>Intervención (NIC): Prevención de úlceras por presión.</i> Campo: 4.Seguridad. Clase: V. Control de riesgo.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Manejo de presiones.</i> Campo: 2.Fisiológico complejo. Clase: L. Control de la piel/herida.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del neonato (Escala Modificada de Breden Q). • Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión. • Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión. • Documentar el peso y los cambios de peso. • Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. • Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Eliminar humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas. • Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. • Vigilar las fuentes de prevención y de fricción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. • Posicionar al neonato inmovilizado cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico. • Facilitar pequeños cambios del peso corporal. • Comprobar la movilidad del recién nacido. • Observar si hay zonas de enrojecimiento, solución de continuidad de la piel. • Vigilar el estado nutricional del recién nacido. • Anidarlo adecuada mente. • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del neonato (Escala Modificada de Breden Q).

<p><i>Intervención (NIC): Vigilancia de la piel.</i> Campo: 2.Fisiologico complejo. Clase: L. Control de la piel/herida.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Estimulación cutánea.</i> Campo: 2.Fisiologico básico. Clase: E. Fomento de la comodidad física.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas. • Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. • Valorar el estado de la zona de incisión, si procede. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a neonatos con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p.ej, escala de Braden Q.modificada). • Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. • Observar si hay zonas de presión y fricción. • Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. • Realizar el registro en la hoja de enfermería de los resultados y respuesta humana del neonato prematuro, como lo marca NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente clínico y la Norma Institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada al recién nacido y a las condiciones (p. ej., masaje, frio, calor, vibración). • Establecer indicaciones, frecuencia y procedimiento respecto a la aplicación. • Aplicar la estimulación directamente sobre o alrededor del sitio afectado, según esté indicado. • Seleccionar el sitio de estimulación, considerando sitios alternativos cuando la aplicación directa no es posible (p.ej, sitios adyacentes, distales, entre las zonas afectadas y el cerebro). • Considerar los puntos de acupresión como sitios de estimulación, si procede. • Establecer la duración y frecuencia de la estimulación en función del método elegido. • Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible. • Cancelar la estimulación si se produce un aumento del dolor o irritación de la piel. • Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

Ejecución y evaluación del cuidado

<p>Diagnóstico de Enfermería</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos (p.ej. fuerzas de cizallamiento, presión, hidratación, inmovilización física, secreciones, medicamentos, prominencias oseas).</p>	<p>Nombre: R/N. P.U. Edad: 19 días Cuna :22</p>	<p>Fecha:6 Julio 2011 Hora: 8 am.</p>
<p>Intervenciones Realizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se previenen úlceras por presión con la utilización de la herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del neonato (Escala Modificada de Breden Q). • La piel del neonato se encuentra en proceso descamación. • A las 8:40, se proporciona baño y aplicación de crema hidratante en piel., se valora llenado capilar es de 2 segundos, con adecuada temperatura corporal. • El 7 de Julio 8:0 se valora la integridad tisular de piel y membranas mucosas. La piel se encuentra hidratada adecuado llenado capilar y temperatura corporal dentro del rango normal 36.8° - 37.4°. 	<p>Evaluación</p> <p>Con una puntuación basal: 12 = gravemente comprometido y la puntuación post intervención: 21 = levemente comprometido, la puntuación cambio fue (+ 9).</p> <p>Resultado esperado: Integridad tisular de la piel y membranas mucosas. Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura de la piel. (1) (4) 2. Sensibilidad. (2) (4) 3. Hidratación. (3) (4) 4. Perfusión tisular. (3) (5) 5. Integridad de la piel. (3) (4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<p>Dominio: 4 Actividad / reposo.</p>	<p>Clase: 1 Sueño /reposo.</p>	<p>Dominio: 1.Salud Funcional. Clase: A. Mantenimiento de la energía.</p>			
<p><i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i></p>		<p><i>Resultado (NOC)</i></p>	<p><i>Indicador</i></p>	<p><i>Escala de medición</i></p>	<p><i>Puntuación Diana</i></p>
<p>Trastorno del patrón del sueño r/c Humedad, temperatura ambiental, interrupciones en la administración de terapias, iluminaciones y ruidos.</p>		<p>Sueño</p>	<p>Horas de sueño.(2) (4) Patrón del sueño.(2) (4) Calidad del sueño.(1) (4) Eficiencia de sueño.(2) (4)</p>	<p>1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido</p>	<p>Mantener:7 Aumentar a:20</p>

<p><i>Intervención (NIC): Manejo ambiental: confort.</i> Campo: 1.Fisiológico básico. Clase: E. Fomento de la comodidad física.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Mejorar el sueño.</i> Campo: 1.Fisiológico básico. Clase: F. Facilitación de los autocuidados.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el neonato, si fuera posible. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte el neonato, evitando la luz directa a los ojos. • Colocar al neonato de forma que se facilite la comodidad (posicionar al neonato). • Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales por si hubiera signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel a o las membranas o factores irritantes (cuña o drenajes de heridas). • Observar/ registrar el esquema y número de horas del sueño del neonato. • Ajustar el ambiente (luz, ruido y temperatura) para favorecer el sueño. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/ vigilancia del neonato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. • Incluir el ciclo regular de sueño/vigilancia del recién nacido en la planificación de cuidados. • Determinar los efectos que tiene la medicación del recién nacido en el esquema del sueño. • Comprobar el esquema de sueño del recién nacido y observar las circunstancias físicas (apnea, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencias urinarias). • Observar/ registrar el esquema y número de horas del sueño del neonato. • Disponer/ llevar a cabo medidas agradables masajes, colocación y contacto afectuoso. • Ajustar el ambiente (luz, ruido y temperatura) para favorecer el sueño. • Agrupar las actividades para minimizar el número de despertarse; permitir ciclos de sueño al menos 90 minutos. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño/ vigilancia del neonato.

<p><i>Intervención (NIC): Manejo del dolor.</i> Campo: 1.Fisiológico básico. Clase: E. Fomento de la comodidad física.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Cambio de posición.</i> Campo: 1.Fisiológico Básico. Clase: C. Control de inmovilidad.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. • Asegurarse de que el recién nacido reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del neonato y poner en práctica el plan de seguimiento. • Explorar al recién nacido los factores que alivian/empeoran el dolor. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en las del neonato a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). • Proporcionar al neonato un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. • Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y / o no farmacológica ante los procedimientos. • Fomentar periodos de descanso/ sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. • Evitar colocar al neonato en una posición que aumente el dolor. • Posicionar al neonato inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico • Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede. • Colocar en la posición terapéutica especificada. • Colocar en posición para el alivio de disnea (posición de semi-fowler). Cuando corresponda. • Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión • Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. • Minimizar el roce al cambiar de posición al neonato. • Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si procede.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U. Edad: 22 días Cuna :22	Fecha:6 al 9 Julio 2011 Hora: 9:0, 11:00 y 13:00 am.
Trastorno del patrón del sueño r/c humedad, temperatura ambiental, interrupciones en la administración de terapias, iluminaciones y ruidos.		
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona un manejo ambiental de confort, evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo, creando un ambiente tranquilo y de apoyo. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en las del neonato a las molestias (temperatura de la servocuna, iluminación y ruidos), se coloca al neonato de forma que se facilite la comodidad, cada 2 horas 9:00, 11:00 y 13:00. • El agrupar las actividades favorece minimizar el número de despertarse; permite ciclos de sueño de 90 minutos. 	<p>Con una puntuación basal: 7 = gravemente comprometido y la puntuación post intervención: 16 = levemente comprometido, la puntuación cambio fue (+9).</p> <p>Resultado esperado: Sueño</p> <p>Indicadores (basal y postintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Horas de sueño.(2) a (4) 2. Patrón del sueño.(2) a (4) 3. Calidad del sueño.(1) a (4) 4. Eficiencia de sueño.(2) a (4) 	

Plan de cuidados de Enfermería: Neonato pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz

<p>Dominio: 9 Afrontamiento, tolerancia al estrés.</p>	<p>Clase: 2 Respuesta Afrontamiento.</p>	<p>Dominio: 3.Salud psicosocial. Clase: N. Adaptación psicosocial.</p>			
<p><i>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</i></p>		<p><i>Resultado (NOC)</i></p>	<p><i>Indicador</i></p>	<p><i>Escala de medición</i></p>	<p><i>Puntuación Diana</i></p>
<p>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p Elige experiencias que mejoran el bienestar. El individuo manifiesta interés en entrar en contacto con otros que han experimentado una situación similar.</p>		<p>Afrontamiento de problemas</p>	<p>Buscan información acreditada(3) (5)</p> <p>Se adapta a los cambios en desarrollo(3) (4)</p> <p>Utiliza el sistema de apoyo personal(3) (5)</p> <p>Obtiene ayuda de un profesional sanitario(4) (5)</p> <p>Refiere aumento, del bienestar psicológico(3) (5)</p>	<p>1.Nunca demostrado</p> <p>2.Raramente demostrado</p> <p>3.A veces demostrado</p> <p>4.Frecuentemente demostrado</p> <p>5.Siempre demostrado</p>	<p>Mantener:16</p> <p>Aumentar a:25</p>

<p><i>Intervención (NIC): Asesoramiento.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Aumentar los sistemas de apoyo.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento. • Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia. • Ayudar a los padres a identificar el problema o la situación causante del trastorno. • Ayudar a los padres a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos. • Favorecer el desarrollo de hábitos indeseados por hábitos deseados. • Reforzar nuevas habilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de apoyo familiar. • Determinar el grado de apoyo económico de la familia. • Fomentar las relaciones que tengas los mismos intereses y metas. • Remitir a un grupo de ayuda, si se considera oportuno. • Remitir a programas comunitarios de fomento/prevenición/tratamiento/rehabilitación si procede. • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo. • Implicar a la familia/ seres queridos/ amigos en los cuidados y la planificación. • Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

<p><i>Intervención (NIC): Aumentar el afrontamiento.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>	<p><i>Intervención (NIC): Apoyo en la toma de decisiones.</i> Campo: 3.Conductual. Clase: R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.</p>
<p>Actividades</p>	<p>Actividades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión de los padres del proceso enfermedad. • Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. • Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. • Disponer un ambiente de aceptación. • Ayudar a los padres a identificar la información que más le interese obtener. • Proporcionar a los padres elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. • Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. • Evaluar la capacidad de los padres para toma de decisiones. • Fomentar un dominio gradual de la situación. • Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer comunicación con los padres al principio del ingreso. • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista de los padres y el punto de vista de los cuidadores sanitarios. • Ayudar a los padres a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Informar a los padres sobre la existencia de puntos de vista alternativos las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Ayudar a los padres a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. • Obtener el consentimiento validado, cuando se requiera. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Familiarizarse con la política y los procedimientos de la institución. • Proporcionar la información solicitada por los padres. • Remitir a grupos de apoyo, si procede.

Ejecución y evaluación del cuidado

Diagnóstico de Enfermería	Nombre: R/N. P.U.	Fecha:6 Julio 2011
Disposición para mejorar el afrontamiento familiar m/p elige experiencias que mejoran el bienestar. El individuo manifiesta interés en entrar en contacto con otros que han experimentado una situación similar.	Edad: 19 días	Hora: 12 am.
	Cuna :22	
Intervenciones Realizadas	Evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> • El día 6 de Julio de 2011 durante la hora de visita se abordó a los padres del neonato informándoles de la realización del Proceso de Enfermería solicitándoles su autorización mediante el consentimiento informado, proporcionados al recién nacido. • En los horarios de visita se le explico a los padres la importancia de manifestar afecto a su hijo proporcionándole caricias, masajes, platicarle. • El día 7 de Julio de 2011 se solicita a los padres escriban el nombre del neonato se les concientiza sobre la importancia que esto implica. • Los padres responden favorablemente participando en el cuidado del recién nacido durante la visita. 	<p>Con una puntuación basal: 16 = A veces demostrado y la puntuación post intervención: 24 = Siempre demostrado , la puntuación cambio fue (+ 8).</p> <p>Resultado esperado: Afrontamiento de problemas Indicadores (basal y posintervención).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buscan información acreditada.(3) a (5) 2. Se adapta a los cambios en desarrollo.(3)a(4) 3. Utiliza el sistema de apoyo personal.(3) a (5) 4. Obtiene ayuda de un profesional sanitario.(4) a (5) 5. Refiere aumento, del bienestar psicológico.(3) a (5) 	

Conclusión

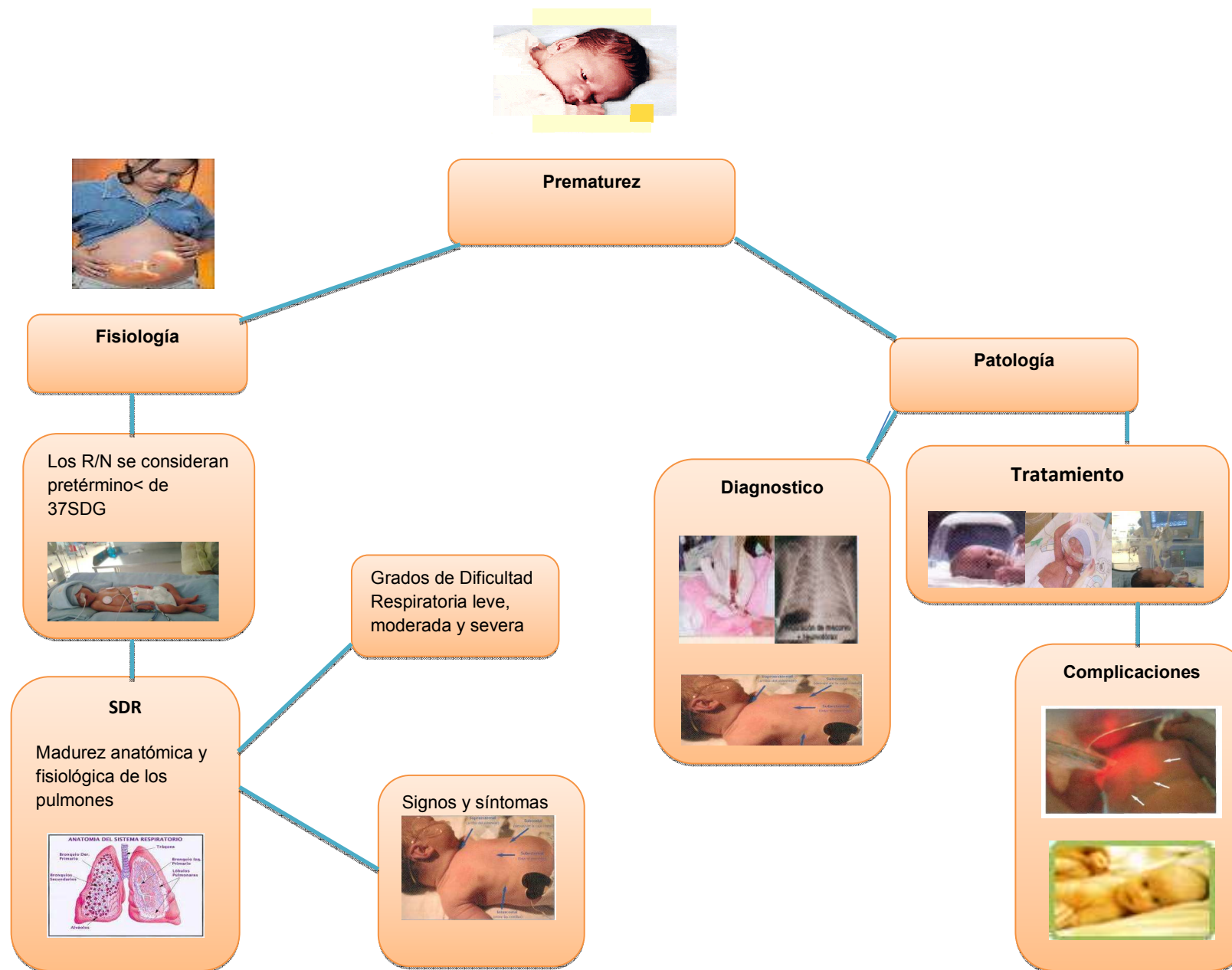
El recién nacido pretérmino, con Síndrome de Dificultad Respiratoria, por sus características anatómicas y fisiológicas se considera un neonato de riesgo, lleva consigo una serie de eventos adversos sobre los que si no se interviene oportunamente se desencadenan complicaciones fatales ,es por ello que la Enfermera Neonatóloga mediante el cuidado especializado brindado, puede reducir en gran medida la exposición al riesgo en su estancia hospitalaria que origina mayor vulnerabilidad en el estado del neonato.

La clínica es más bien se considerarían conocimientos indispensables para practicar bien la clínica y como constituyentes de ella, la aplicación del proceso de enfermería favorece el abordaje del neonato de forma holística, de tal forma que se pudo involucrar a los padres en el cuidado de su hijo durante los horarios de visita fomentando con ello el vínculo entre padres e hijo, al egreso del neonato los padres se mostraron con mayor seguridad y confianza para el cuidado del recién nacido al integrarlo a la sociedad.

Bibliografía

- BIBLIOGRAPHYHerdman, T. (2009-2011). En *NANDA Internacional DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS:DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN*. Madrid,España: ELSEVIER.
- Iyer.W.Patricia. (1999). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Johnson, M., Bulechek, G., & Butcher, H. (2007). *Interrelaciones NANDA,NOC Y NIC* (segunda ed.). Madrid,España.: Mosby.
- Karlsen, K. (2006). *El Programa S.T.A.B.L.E. Cuidados Pos- reanimación y Pre-Transporte para Neonato Enfermos* (Quinta ed.). March of Dimes.
- M.Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey Dochterman, J. (2007-2008). En *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (Quinta edición ed.). Madrid,España: ELSEVIER MOSBY.
- Moorhead, S., Johnson, M., & L.Maas, M. (2009). En *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (Cuarta edición ed.). Madrid España: ELSEVIER MOSBY.
- Moorhead, S., Johoson, M., & L.Maas, M. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid,España: ELSEVIER MOSBY.
- Paty, R. (19 de Abril de 2009). *eenfermeriauv.blogspot.com/2009_04_19_archive.html*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2011
- (s.f.). NOM-087-ECOL-SSA1-2002,Protección ambiental Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos,clasificación y especificaciones de manejo.
- (s.f.). NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente clínico y la Norma Institucional.
- Rosalinda, A. L. (2008). *Aplicación del proceso Enfermero:Fomentar el cuidado en colaboración*. MASSON.
- Vicente, S. R. (2009). *NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NEONATOLOGÍA INPer*. México DF.

MAPA MENTAL DEL RECIEN NACIDO PREMATURO DE SDR



Apendice B. consentimiento informado

Fecha: 16 de Julio del 2011.

Por medio del presente la Sr .V.M.G. .permite se realice un proyecto de cuidado de enfermería especializado a su hijo R/N P.U. Número de expediente 72309 .Número de cuna 22 que amerita tratamiento médico y de enfermería neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer.

Informando a los padres que este es solo un trabajo documental en el cual no aparecerán sus nombres ni evidencias personales plasmados.

Autorizo se realice el proyecto cuidado enfermero neonatal a mi hijo

V.M.G.

Nombre y firma de los padres.

Enfermera que proporciona el cuidado de enfermería especializado.

LEP. Gabriela Díaz Jiménez.