



Universidad Popular Autónoma
Del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados

Tesina

Proceso de Enfermería aplicado a Neonato con
Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Presenta:

LE. María del Carmen Antonio Rivero.

Para Obtener el título de
Especialista en Neonatología

Enero 2012



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

Tesina

Proceso de Enfermería aplicado a un Neonato con
Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Presenta:

LE. María del Carmen Antonio Rivero.

Directora de tesina

Florentina Salazar Mendoza

Para obtener el título de
Especialista en neonatología

Enero 2012

Agradecimientos

A Dios:

A Dios por darme la vida y la salud para realizar este proyecto, además de permanecer siempre a mi lado.

A mis Hijos y a mi madre:

A mis hijos Lupita, Jesús y a Sarai y a mi madre, con los que comparto mi vida y esperanzas, por toda su ayuda emocional y por ser mi gran fuente de inspiración para hacer cosas bellas.

A mi esposo:

A mi mayor apoyo y soporte, a esa persona que me dio las primeras alas para volar y que Jehová Dios lo puso en mi camino, gracias porque estuviste a mi lado cuando más te necesité, gracias por siempre.

A mis amigas:

Margarita y Gloria por todo el apoyo incondicional que me brindaron que Jehová Dios las bendiga.

INDICE

Contenido	Pág.
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Marco Teórico del proceso enfermero.....	4
Valoración.-	4
Diagnóstico enfermero.-	4
Planeación.-	4
Ejecución.-	4
Evaluación.-	4
Marco Teórico de Patrones Funcionales de Marjory Gordon	5
Marco Teórico del Place.....	7
NANDA	7
NOC	7
NIC.....	8
Marco Teórico de Taquipnea transitoria del Recién Nacido	9
Ficha del recién nacido	11
Valoración Cefalocaudal	19
Diagnostico.....	21
Formato Place.....	24
Conclusiones.....	65
Referencias Bibliográficas y Electrónicas:.....	66
Anexos.....	67

Introducción

Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación de plan de cuidado de enfermería, el cual es una metodología de trabajo que consiste en un sistema con pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades interferidas y razonar problemas que afectan al ser humano en su entorno, familiar y comunitario.

Es por esto que el presente trabajo se llevó a cabo teniendo la finalidad de aplicar el plan de cuidado enfermero a un neonato de 34 SDG (semanas de gestación), diagnosticado con taquimnea transitoria del recién nacido obtenido por parto cesárea el cual obtuvo un APGAR de 8/9 y SILVERMAN de 2, el cual se le aspiraron secreciones y se le suministro oxigenoterapia en fase 1.

Justificación

La taquipnea transitoria del recién nacido es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los servicios de la UCIN, constituyendo un problema de salud relevante.

Teniendo en cuenta sus repercusiones a corto, mediano y largo plazo sobre la vida y la calidad de vida.

La taquipnea transitoria del recién nacido resulta de una alteración transitoria en la adaptación respiratoria neonatal, se presenta como un cuadro de dificultad respiratoria caracterizado fundamentalmente por taquipnea, habitualmente de curso corto benigno y autolimitada. Es más frecuente en los recién nacidos de término o cercanos a término y nacidos por cesárea.

Signos y síntomas

Los signos de insuficiencia respiratoria en el recién nacido van a estar en parte relacionados con la causa desencadenantes como son:

Cambios en la frecuencia cardiaca y el ritmo respiratorio; en general se observa Polipnea >60 respiraciones por minutos, la Polipnea seguida de apnea respiratoria; es un signo de mal pronóstico, anunciando una parada respiratoria inminente, o bien por fatiga muscular o por hipoxia.

Cianosis acompañado a la insuficiencia respiratoria es signo de hipoventilación alveolar severa y/o alteraciones en la ventilación-perfusión que conducen a corto circuitos de derecha e izquierda intrapulmonares. Para valorar de una forma objetiva, rápida y por la simple inspección clínica; la intensidad de la insuficiencia respiratoria se utiliza universalmente el test de Silverman que puntúa de 0 a 2 los siguientes signos: aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción intercostal, retracción subcostal y disociación taraco abdominal.

Objetivos

Objetivo general

Aplicar el Plan de Cuidado Enfermero a un neonato de 34 semanas de gestación con diagnóstico de taquipnea transitoria del recién nacido.

Objetivos específicos

1. Valorar al recién nacido por medio de la aplicación de diferentes métodos y técnicas de recolección de datos.
2. Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas detectados.
3. Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas de salud detectados.
4. Ejecutar las acciones de enfermería planificados.

Marco Teórico del proceso enfermero

Emplea cinco etapas:

Valoración.-

Identifican problemas reales o de riesgo, así como evidencias existentes realizando juicios a través de recolección de datos, es decir fuentes primarias (el usuario y su familia) y fuentes secundarias (amigos y otros profesionales del área de la salud). Información directa (expediente clínico).

Diagnóstico enfermero.-

Es la segunda etapa y constituye una función intelectual y compleja al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre las respuestas del individuo.

Planeación.-

Es la tercera etapa y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o evitar reducir respuestas del cliente enfermo.

Ejecución.-

Es la cuarta etapa y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados, tiene tres pasos: preparación, intervención y documentación.

Evaluación.-

Aquí se determina el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

Marco Teórico de Patrones Funcionales de Marjory Gordon

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

1.- Patrones físicos.

I.-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.

II.-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.

III.-Patrón eliminación.

Describe los patrones de la función excretora (intestinal, vesical y piel). Incluye la regularidad.

IV.-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

V.-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.

VI.-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.

VII.-Patrón autopercepción- auto concepto.

Describe el patrón auto concepto 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.

VIII.-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.

IX.-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.

X.-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.

XI.-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

Marco Teórico del Place

NANDA

La NANDA se creó en el año de 1973 cuando un grupo de profesionales de enfermería se reunieron en St. Louis Missouri y organizaron el primer National Conference Group for the Classification of Nursing Diagnosis (North American Nursing Diagnosis Assocoation). En el año 2002 el nombre de la organización cambió a NANDA Internacional para reflejar mejor los miembros de numerosos países la NANDA Internacional es una organización de miembros dirigidos por un presidente y una junta electos. Un Diagnosis Review Commitee añade los diagnósticos a la estructura taxonómica y perfecciona la taxonomía el año 2005, la taxonomía NANDA incluía 172 diagnósticos y una taxonomía II con 13 dominios y 47 clases (NANADA International, 2005). Representantes de la NANDA junto con representantes de la NIC y NOC, la terminología NANDA ha sido traducida a muchos idiomas y se utiliza en más de 20 países de todo el mundo. La organización NANDA publica un libro e clasificación cada dos años y patrocina The Journal of Nursing lenguaje and classification.

NOC

En el año de 1991 se creó un equipo de investigación conducido por Marion Johnson y Meridean Maas, en la University of Iowa, para desarrollar una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlaciona con los cuidados enfermeros. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que pueden utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1997.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación al resultado, una escala de likert de cinco puntos para medir el estado de paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado; las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos. A diferencia de la información proporcionada por manifestación de un

objetivo, es decir si un objetivo se satisface o no, los resultados NOC pueden utilizarse para controlar el progreso o la ausencia del progreso a lo largo del transcurso de los cuidados y a través de diferentes entornos de cuidados.

NIC

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey (actualmente Joanne Dochtermen) y Gloria Bulechek en la universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por primera vez en el año de 1992. A diferencia de los diagnósticos enfermeros o del resultado del paciente, donde este es el centro de interés, en las intervenciones el centro de interés es la conducta enfermera, todo aquello que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar hacia un resultado deseado.

La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde que la base del uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

Marco Teórico de Taquipnea transitoria del Recién Nacido

Estos síntomas pueden ser causados por otras condiciones de salud. Los síntomas incluyen:

- Respiración rápida y con dificultad (más de 60 respiraciones por minuto)
- Sonidos de gruñidos o quejidos al exhalar
- Ensanchamiento de las fosas nasales
- Retracciones: con cada respiración, el pecho parece hundirse entre las costillas o debajo de la caja torácica
- Cianosis: la piel tiene un matiz azulado alrededor de la boca y la nariz

El médico observará el historial del embarazo y labor de parto. Además, examinará al bebé y realizará pruebas de diagnóstico.

Las pruebas pueden incluir:

Análisis de sangre, tales como:

- Hemograma completo: para detectar signos de infección, como neumonía.
- Cultivos de sangre: para detectar signos de infección.
- Una determinación de gas en sangre: para revisar el nivel de oxígeno en la sangre del bebé. El procedimiento se puede repetir mientras se encuentra hospitalizado.
- Radiografía de tórax: radiografía de los pulmones que se utiliza para encontrar posibles causas de problemas respiratorios.
- Monitoreo de oximetría de pulso:

Con frecuencia, la taquipnea transitoria no se diagnostica hasta que los síntomas desaparecen, por lo general a los tres días después del parto.

El cuidado de apoyo y el monitoreo constante son las bases del tratamiento. Otras opciones de tratamiento incluyen:

- Oxígeno complementario: se le suministra oxígeno extra al bebé a través de una mascarilla o de cánulas nasales.
- Presión positiva continúa en las vías respiratorias (PPCVR): se coloca una sonda en la nariz del bebé. Una máquina de respiración empuja un flujo continuo de aire u oxígeno dentro de las vías respiratorias abierto.
- Antibióticos: se pueden administrar antibióticos al bebé por vía intravenosa (IV) hasta que los resultados de los análisis indiquen que no hay infección.
- Alimento complementario: cuando un bebé tiene dificultad para respirar, puede resultarle difícil lactar. En ese caso, se utiliza una sonda IV que transporta líquidos, glucosa y electrolitos.
- Apoyo ventilatorio: en casos poco frecuente, se utiliza una máquina para ayudar a respirar al bebé.

Un día o dos después de nacer, la respiración del niño debe mejorar. Al tercer día de vida, todos los síntomas de taquipnea transitoria deben desaparecer.

No hay pautas para prevenir la taquipnea transitoria porque se desconoce la causa exacta. Pero hay varias cosas que se pueden hacer para ayudar a asegurar que nazca un bebé sano:

- Comer una dieta saludable, una que sea baja en grasas saturadas y rica en granos enteros, frutas y verduras.
- Sométase a revisiones regulares prenatales.
- No fumar.
- Evitar consumir drogas y alcohol.

Ficha del recién nacido

Valoración

Historia clínica de enfermería

Datos biográficos e institucionales:

Fecha de valoración: 24/10/11

Fecha de ingreso: 16/10/11

Nombre: H. H. R/N

Género: Masculino

Fecha de nacimiento: 14/10/11

Hora de nacimiento: 17:17hrs

Número de afiliación: 76828

Servicio: UCIN Cuna: 18

Nombre del padre/tutor H. De la O

Edad: 38 años

Escolaridad: tercero de secundaria

Ocupación: obrero

Domicilio: R/A Buena vista 2da. Sección Centro

Religión: Católica

Teléfono: 9931693008

Cel. 9931693008

Nombre de madre/ tutor: G. H. H.

Edad: 37 años

Escolaridad: Preparatoria Terminada

Ocupación: Labores del hogar

Domicilio: R/A Buena vista 2da. Sección Centro

Religión: Católica

Teléfono: 9931693008

Ingreso económico familiar mensual: \$3,800

Motivo de la visita o principal motivo:

Estar informado de la salud de su hijo, los avances o mejoría que vaya presentando durante su estancia en la UCIN.

Diagnóstico médico: R/N pretermino 34 SDG por Capurro adecuado para su edad de gestación, TTRN, descartar trisomía y atresia esofágica

Tratamiento actual:

Cefotaxima 9 días, 100 mg IV c/12 horas.

Ranitidina 2 mg IV c/8 horas.

Nubain 200mcg IVC/8HRS.

Dpz 20 mg IV PRN

Sol. Parenteral SGA 10% 138 ml

Con. N° 17.7%, 2.3 ml

KCL (amp. 10 ml) 2 ml.

Gluc. Ca. 4 ml.

Sulfato de magnesio. 1 ml.

T = 150.3 p/ 24 horas a 6.2 gotas por horas.

Antecedente heredofamiliar

Historia prenatal: La madre del R/N cuenta con 8 consultas prenatales, tomo hierro y ácido fólico durante su gestación, USG desde el inicio del embarazo, FUM 10/02/11, presento infección de las vías urinarias, se realizó estudio de EGO, llevo TX. Con ampicilina vía oral, trabajo de parto el cual termino en cesárea, fármaco utilizado de oxitocina, no se presentó sufrimiento fetal, membranas integras, líquido amniótico normal, placenta normal.

Historia del trabajo de parto y parto: Parto conducido con oxitocina, no existe sufrimiento fetal, membranas amniorexis, líquido amniótico normal, placenta normal.

Historia del recién nacido: Recién nacido pretermino de 34 SDG, peso de 2,000kgs adecuado para la edad gestacional, talla de 42 cm, perímetro cefálico de 30cm, perímetro torácico

26.5cm, perímetro abdominal 26cm, pie 7 cm, segmento superior de 25cm, perímetro braquial de 10cm. Con un Apgar de 8/9, silverman de 2, Capurro 34. Al momento de nacer se aspira secreciones por narinas y boca, se proporciona oxigenoterapia en fase 1, buena coloración tegumentaria hipoactivo a estímulos, llanto moderado, presenta facies de síndrome de Down. A la exploración física se encuentran coanas permeables, labio y paladar íntegro, ano permeable, cordón umbilical con 1 vena y 2 arterias. Se explora cabeza, abdomen, extremidades y genitales, tórax anormal por presencia de datos de insuficiencia respiratoria. Posteriormente se refiere a estancia transitoria donde permanece con casco cefálico y oxígeno a 4 litros por minuto, refieren que comienza con aleteo nasal, tiraje, quejido, por lo que se le inicia solución intravenosa, y se le coloca CPAP nasal con oxígeno a 4 litros por minuto, el cual no mejora por lo que se ingresa al área de UCIN, donde continúa con datos de dificultad respiratoria. Actualmente cursa con 8 días de intervención quirúrgica por gastrostomía (16-10-11).

Antecedentes personales patológicos.

El interrogatorio se realiza en forma indirecta por medio de preguntas a la madre y tía. Estado socioeconómico bajo, habitan en casa de material propia con 2 recamaras, baño, cocina y sala, viven en un medio suburbano, cuentan con luz, drenaje, agua entubada, alumbramiento, animales domésticos, en cuanto a los hábitos higiénicos la señora refiere que se bañan todos los días y que se realizan cambio de ropa diario, en cuanto al RN se le realiza baño diario, desinfección de la cuna y cambio de sábanas diario.

Antecedentes personales patológicos del R/N Prematurez, TTR, atresia esofágica, síndrome de Down, actualmente cursa con 8 días de I QX por gastrostomía (16-10-2011).

Patrón de percepción/mantenimiento de la salud.

Habitan en casa de material propia con 2 recamaras, baño, cocina y sala, viven en un medio suburbano, cuentan con luz, drenaje, agua entubada, alumbramiento. En la casa viven 6 personas que son los cuatro hijos y la pareja. La señora refiere que llevo su control prenatal con un total de 8 consultas, cumplió con el esquema de la vacuna de toxoide tetánico, tomo hierro y ácido fólico. En cuanto a los hábitos higiénicos la señora refiere que se bañan todos los días y que se realizan cambio de ropa diario. Comentan que no padecen ninguna enfermedad infectocontagiosa. Los únicos animales que tiene la familia son pollos.

La señora refiere que el cuidado del R/N, por el momento está a cargo de los médicos y enfermeras en la UCIN y confía en que le proporcionan una buena atención a su hijo. Comentan que siempre están al pendiente de sus hijos y nunca han tenido accidentes que puedan lamentar. La enfermedad que más afecta a la familia son los problemas respiratorios, y cuentan con el seguro popular.

Patrón nutricional/metabólico

El recién nacido prematuro tiene un peso de 2.000 kg, su piel se observa reseca, pálida, escasa cantidad de grasa subcutánea y cabello, cartílago auditivo externo poco desarrollado, escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución, la superficie corporal es grande en relación a su masa corporal, la grasa parda es escasa para mantener su temperatura corporal y se manifiesta a través de la termorregulación ineficaz, es nutrido principalmente por la gastrostomía con fórmula para prematuro y con solución parenteral la cual se administra por catéter percutáneo.

El R/N tiene 10 días de nacido, reactivo a estímulos externos, se observa edad aparente a la cronológica, talla corta, peso bajo, facies mongoloides, ligera palidez generalizada, con buena implantación de cabello, orejas con pabellones semi curvos, arcos de los ojos hacia abajo, ¹⁵narinas pequeñas, boca chica, nistagmo, macroglosia, mucosas poco hidratadas, labios secos, con presencia de costras, cuello corto cilíndrico asimétrico, ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad y frecuencia, tórax con leves hundimientos, hay poco esfuerzo respiratorio, campos pulmonares hipoventilados, con estertores moderados, abdomen globoso blando, ruidos peristálticos disminuidos, presencia de herida quirúrgica y sonda Foley N° 14 insertada para la alimentación, extremidades superiores e inferiores con movimientos, edema moderado en miembros inferiores.

Se encuentra con el siguiente tratamiento médico:

Cefotaxima 9 días, 100 mg IV c/12 horas.

Ranitidina 2 mg IV c/8 horas.

Nubain 200mcg IV C/8 HRS

Sol. Parenteral SGA 10% 138 ml

Con. N° 17.7%, 2.3 ml

KCL (amp. 10 ml) 2 ml.

Gluc. Ca. 4 ml.

Sulf. Mg. 1 ml.

Actualmente el neonato continúa en la UCIN. Existen problemas en lo que respecta a las defensas del organismo ya que se trata de un recién nacido pretermino el cual no está preparado del todo para responder a la vida extrauterina.

Los estudios de laboratorio del día 14/10/11, mostraron:		Los laboratorios más recientes del día 24/10/11 presentan los siguientes resultados:	
Hematología		Hematología	
Formula blanca		Citometría Hemática	
Neutrófilo segmentado	57.00	Formula blanca	
Linfocitos	3.4.00	Neutrófilos segmentados	78.00
Monocitos	2.00	Linfocitos	18.00
Eosinofilos	0.00	Neutrófilos	25.00
Basófilos	0.00	Leucocitos	33.60
Neutrófilos banda	7.00	Neutrófilos basal	1.00
		Neutrófilos	25.00
Formula roja		Linfocitos	5.9
Eritrocitos	4.97	Monocitos	2.6
Hemoglobina	19.30	Eosinofilos	0.00
Hematocrito	55.80	Formula Roja	
Plaquetas	244.00	Eritrocitos	4.38
Química Clínica		Hemoglobina	16.30
Bilirrubina total	21.00	Hematocrito	45.80
Bilirrubina directa	0.60		
Bilirrubina indirecta	20.4		
Glucosa	145mg/dl	Plaquetas	214.00
Grupo y Formula RH	“O” Positivo	Hematología	
		Química clínica	
		Calcio total	10.10mg/dl
		Creatinina sérica	0.85mg/dl
		Perfil hepático	
		Proteínas totales	5.40g/dl
		Albumina	2.30g/dl
		Globulina	3.10 g/dl
		Bilirrubina total	9.94 mg/dl
		Bilirrubina directa	2.10 mg/dl
		Bilirrubina indirecta	7.84 mg/dl
		Ácido úrico	6.30 mg/dl
		Proteína C reactiva	10.0 mg/dl

Datos de laboratorio

Patrón de eliminación

Diuresis color ámbar de 7 a 9 veces, en una cantidad aproximadamente de 60ml en 24 horas. La función renal y pulmonar se encuentran inmaduros, lo que disminuye la capacidad para concentrar la orina, causando trastornos respiratorios, hipomotilidad intestinal y edema en miembros inferiores.

Patrón de actividad/ejercicio

Actividad espontánea, tono muscular levemente disminuido, mantiene su posición flexionada, a nivel respiratorio presenta TTRN por lo cual es apoyado con la fase 1 de O₂ por casco cefálico a 4 Ltx', manteniendo una saturación de 91%, moderando el hundimiento del apéndice xifoideo. En la visita los papás se muestran preocupados, debido a sus problemas económicos y emocionales debido a la enfermedad del neonato, la madre acaricia al R/N y espera que le den de alta pronto.

Patrón sueño / reposo

Periodos de sueños de 3 horas aproximadamente, se observa en el recién nacido sueño interrumpido por maniobras frecuentes, debido a que se encuentra en un área de cuidados intensivos, por su enfermedad existe la necesidad de manipulación constante, lo que dificulta aún más el descanso del neonato.

Patrón cognoscitivo/perceptual

Alteraciones en ciertos sentidos debido a su padecimiento, presenta dolor a causa de los procedimientos invasivos, su mirada es fija, no se observa daño en sus ojos, su audición es buena ya que se mueve al más mínimo ruido, al agarrarle la mano responde con un apretón, existe cierto desconocimiento por parte de los padres en cuanto a las necesidades del recién nacido y no saben cómo atenderlo.

Patrón de autoimagen/autoconcepto

Existe preocupación por parte de los padres y temor por el cuidado del recién nacido prematuro, refieren tener la autoestima baja, les preocupa el vivir lejos de la ciudad, ya que

por tal motivo casi no vienen a visitar al neonato, refieren que confían en la atención que le brindan los médicos y enfermeras a su hijo, comentan sentirse tristes por tal situación.

Patrón rol/relaciones

La familia está compuesta por 5 miembros, la pareja es casada, el padre de familia tiene 38 años, la madre 37 años, aparte del recién nacido, la pareja tiene tres hijos más de 15, 13 y 7 años de edad, refiere la señora no tener ningún problema en su núcleo familiar, pero están temerosos por el padecimiento del recién nacido, su esposo no tiene trabajo fijo ya que es eventual, esta situación les afecta económicamente y por tal motivo están llevando una terapia para entender el problema por el que están atravesando.

Patrón de sexualidad/reproducción

El neonato presenta genitales pequeños, subdesarrollados, los testículos sin descensos y edema moderado.

Patrón afrontamiento/estrés

Al principio el padre no aceptaba el padecimiento del recién nacido, la madre expresa la incapacidad para cuidar al neonato, de igual forma repite que el vivir lejos y el no contar con los recursos económicos para trasladarse hasta el hospital, le origina una crisis, que se manifiesta con depresión. Se observa incomodidad, letargo y sobresaltos en el R/N por los periodos de sueños cortos, por maniobras frecuentes y los ruidos a su alrededor.

Valores/creencias

La familia se considera católica, refieren estar en constante oración, pidiéndole a dios que su hijo se recupere pronto para que se lo puedan llevar a su casa, la madre del recién nacido manifiesta que el niño ya está prometido a una imagen católica.

Valoración Cefalocaudal

Se observa edad aparente a la cronológica, talla corta, peso bajo, facies mongoloides, ligera palidez generalizada, en general el recién nacido se encuentra delicado de salud, no tiene buena postura ni reflejos.

Signos vitales:

FC: 152X´.

FR: 60X´.

Temperatura Rectal: 37.4 ° C.

Somatometria:

Peso: 2.000 KG.

Perímetro Cefálico: 30CM.

Talla: 42 CM.

Pie: 7 CM.

Abdomen: 26 CM.

Piel: Con ligera palidez de tegumentos, tiene una textura corrugada, flexible y suave, con resequedad de la piel, abundante lanugo, presenta acrocianosis, la integridad de su piel se ve un poco afectada.

Cabeza: Grande en proporción al cuerpo, sin contusión ni edema en el cuero cabelludo, con cabello fino y oscuro.

Cara: Asimétrica y sin malformaciones.

Ojos: Asimétricos con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos, el iris es de color grisáceo, el globo ocular es corto, el arcos de los ojos hacia abajo.

Oído: Implantación del pabellón auricular normal, orejas con pabellón semicurvos.

Nariz: Chica y redonda con leve aleteo nasal, no presenta malformación, con permeabilidad de ambas vías aéreas nasales.

Boca y Barbilla: Boca chica, nistagmo, macroglosia, mucosa ligeramente hidratada, labios secos con presencia de costras.

Cuello: Corto cilíndrico asimétrico, con aporte de oxígeno en la fase 1 a 4 Ltx', saturando al 98%.

Tórax: cilíndrico con presencia de areola pequeña, ruidos cardiacos rítmicos de moderada intensidad y frecuencia, leves hundimientos, hay poco esfuerzo respiratorios, a la auscultación se observa campos pulmonares hipo ventilados con estertores moderados.

Abdomen: Globoso, blando, ruidos peristálticos disminuidos, con presencia de herida quirúrgica y sonda Foley numero 14 insertada para alimentación.

Dorso, Caderas y Nalgas: Su dorso es recto, no tiene buena postura de flexión, sus pliegues glúteos son simétricos, presenta manchas mongólicas en sus nalgas.

Extremidades: Sus extremidades superiores son simétricas tiene buen tono muscular, el pulso es palpable, sus pliegues palmares son normales y poco definidos, los puños se encuentran cerrados a la altura de la cabeza y el pulgar permanece doblado bajo los demás dedos, sus extremidades inferiores son simétricas con un tono muscular bueno, con pliegues plantares poco definidos.

Genitales: Pequeños subdesarrollados, testículos sin descenso y edema moderado.

Resumen de la evolución

La evolución del recién nacido ha sido lenta y se mantiene en constante observación esperando una mejoría.

Diagnostico

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: III eliminación e intercambio

Clase: IV Función respiratoria

Diagnóstico de Enfermería: 1

Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de bióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.

Dominio: IV actividad/reposo

Clase: IV Respuesta cardiovascular/ pulmonar

Diagnóstico de Enfermería: 2

La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada

Dominio: XI Seguridad/ protección

Clase: 2 Lesión física

Diagnóstico de Enfermería: 3

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Dominio: II Nutrición

Clase: I ingestión

Diagnóstico de Enfermería: 4

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

Dominio: II Nutrición

Clase: I Ingestión

Diagnóstico de Enfermería: 5

Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia e hipertermia

Dominio: XI seguridad y protección

Clase: II Lesión Física

Diagnóstico de Enfermería: 6

Riesgo de alteración cutánea adversa

Dominio: IV Actividad/Reposo

Clase: I Sueño/Reposo

Diagnóstico de enfermería: 7

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Dominio: XII confort

Clase: I Confort Físico

Diagnóstico de enfermería: 8

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.

Dominio: XI Seguridad y protección

Clase: I infección

Diagnóstico de enfermería: 9

Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Dominio: IX Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase: II Respuestas de afrontamiento

Diagnóstico de enfermería: 10

Sensación vaga e intranquilidad de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el

individuo); sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio: I Promoción de la salud

Clase: II Gestión de la salud

Diagnóstico de enfermería: 11

Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Dominio: XII Rol/Relaciones

Clase: I Roles del cuidador

Diagnóstico de enfermería: 12

El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos del niño.

Formato Place

DOMINIO 3: Eliminación e Intercambio.	CLASE IV: Función Respiratoria.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de bióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p> <p>Etiqueta (problema) (P) Deterioro del Intercambio de Gases (0030)</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) ❖ Ventilación - Perfusión.</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) ❖ Hipoxemia. ❖ Taquicardia. ❖ Gasometría Arterial anormal. ❖ Cianosis.</p>		Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PH arterial. ➤ Saturación de O₂. ➤ Equilibrio entre ventilación y perfusión. 	Desviación grave del rango normal. 1 Desviación sustancial del rango normal. 2 Desviación moderada del rango normal. 3 Desviación leve del rango normal. 4 Sin desviación del rango normal. 5	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 15
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disnea en reposo. ➤ Cianosis. 	Grave. 1 Sustancial. 2 Moderado. 3 Leve. 4 Ninguno. 5	MANTENER A:6 AUMENTAR A: 10
		Estado Respiratorio: Ventilación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia respiratoria. ➤ Ritmo respiratorio. ➤ Profundidad de la respiración. 	Desviación grave del rango normal. 1 Desviación sustancial del rango normal. 2 Desviación moderada del rango normal. 3 Desviación leve del rango normal. 4 Sin desviación del rango normal. 5	MANTENER A: 12 AUMENTAR A: 15
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilización de los músculos accesorios. ➤ Diaforesis. 	Grave. 1 Sustancial. 2 Moderado. 3 Leve. 4 Ninguno. 5	MANTENER A: 7 AUMENTAR A: 10

Plan de Cuidados

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las Vías Aéreas.	INTERVENCIONES (NIC): Monitorización Respiratoria.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Abrir la vía aérea, mediante la técnica de la elevación de la barbilla o empuje de mandíbula. ○ Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. ○ Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea. ○ Eliminar las secreciones mediante la aspiración. (con ayuda del médico) ○ Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos. ○ Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal. ○ Vigilar el funcionamiento adecuado del ventilador mecánico. ○ Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. ○ Manipulación mínima. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ○ Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. ○ Observar si se producen respiraciones ruidosas como cacareos y ronquidos. ○ Observar si hay fatiga muscular diafragmática. ○ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay de privación o ronquido en las vías aéreas principales. ○ Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. ○ Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. ○ Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente. ○ Vigilar las secreciones aspiratorias del paciente. ○ Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.

INTERVENCIONES (NIC): Intubación y Estabilización de Vías Aéreas.

ACTIVIDADES

- Observar si hay disnea ronquidos o ruidos inspiratorios de la vía aérea
- Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto del tubo endotraqueal.
- Limitar la inserción de tubos endotraqueales por personal calificado y con experiencia.
- Ayudar a la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesario.
- Auscultar el tórax después de la intubación.
- Fijar el tubo endotraqueal.
- Marcar el tubo endotraqueal en la posición de los labios utilizando las marcas de centímetros de tubo endotraqueal y registrar.
- Verificar la colocación del tubo con una radiografía del tórax.
- Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial, colgando el intubado del ventilador de soportes desde arriba, utilizando montajes flexibles de catéter, y soportando los tubos durante el giro, succión y conexión – desconexión del ventilador.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ PH arterial.	3	5	+2
➤ Saturación de O ₂	2	5	+3
➤ Equilibrio entre ventilación y perfusión	4	5	+1
➤ Disnea en reposo.	4	5	+1
➤ Cianosis.	3	5	+2
➤ Frecuencia respiratoria.	4	5	+1
➤ Ritmo respiratorio.	3	5	+2
➤ Profundidad de la respiración.	4	5	+1
➤ Utilización de los músculos accesorios.	3	5	+2
➤ Diaforesis.	4	5	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	34	50	16

Dominio 4: Actividad / Reposo.	Clase IV: Respuesta Cardiovascular / Pulmonar.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Inmadurez neurológica <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Respiración rápida. ❖ Tiraje intercostal. ❖ Aleteo nasal. 		Estado Respiratorio.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia respiratoria. ➤ Ritmo respiratorio. ➤ Profundidad de la respiración. ➤ Ruidos respiratorios patológicos. ➤ Retracción torácica. ➤ Acumulación de esputos. ➤ Espiración alterada. 	<p>Desviación grave del rango normal 1</p> <p>Desviación sustancial del rango normal. 2</p> <p>Desviación moderada del rango normal. 3</p> <p>Desviación leve del rango normal. 4</p> <p>Sin desviación del rango normal. 5</p>	MANTENER A: AUMENTAR A: 20

INTERVENCIONES (NIC): Monitorización Respiratoria.	INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ○ Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. ○ Observar si se producen respiraciones ruidosas como cacareos y ronquidos. ○ Observar si hay fatiga muscular diafragmática. ○ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay de privación o ronquido en las vías aéreas principales. ○ Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. ○ Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. ○ Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente. ○ Vigilar las secreciones aspiratorias del paciente. ○ Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ○ Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactor y humidificado. ○ Administrar oxígeno suplementario según órdenes. ○ Vigilar el flujo de litro de oxígeno. ○ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro, gasometría arterial), si procede. ○ Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno. ○ Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. ○ Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar del neonato. ○ Observar los signos del lactante relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. ○ Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno alterno para fomentar la comodidad, sí procede.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Frecuencia respiratoria.	4	5	+1
➤ Ritmo respiratorio.	3	5	+2
➤ Profundidad de la respiración.	4	5	+1
➤ Ruidos respiratorios patológicos.	3	5	+2
➤ Retracción torácica.	3	5	+2
➤ Acumulación de esputos.	4	5	+1
➤ Espiración alterada.	4	5	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	25	35	10

Dominio 11: Seguridad / Protección.	Clase II: Lesión Física.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas (00031)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vía Aérea Artificial (tubo endotraqueal). <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Excesiva cantidad de secreciones. ❖ Sialorrea. ❖ Cambios en los ritmos respiratorios. 		<p>Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia respiratoria. ➤ Capacidad para eliminar secreciones. 	<p>Desviación grave del rango normal. 1</p> <p>Desviación sustancial del rango normal. 2</p> <p>Desviación moderada del rango normal. 3</p> <p>Desviación leve del rango normal. 4</p> <p>Sin desviación del rango normal. 5</p>	<p>MANTENER A: 5</p> <p>AUMENTAR A: 8</p>

INTERVENCIONES (NIC): Aspiración de las Vías Aéreas.	INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la Ventilación Mecánica: Invasiva.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la necesidad de aspiración oral y / o traqueal. ○ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ○ Proporcionar sedación, si procede. ○ Disponer precauciones universales: guantes, goggles, cubrebocas, si es el caso. ○ 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, tubo de traqueostomía o vía aérea del paciente. ○ Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno. ○ Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones. ○ Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión. ○ Basar la duración de cada aspiración de acuerdo a la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración. ○ Hiperoxigenar con el ventilador mecánico entre cada pase y después del último pase de aspiración. ○ Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal. ○ Detener la succión traqueal si el paciente experimenta bradicardia, o desaturación. ○ Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente. ○ Anotar el tipo y cantidades obtenidas. ○ Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consultar con otros cuidados para la selección de ventilación (modo inicial habitual de control de volumen con frecuencia respiratorio, nivel de FIO₂, y volumen corriente diana especificado). ○ Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas. ○ Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado. ○ Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador. ○ Observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria. ○ Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes, y analgésicos narcóticos prescritos, según proceda. ○ Controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno (fiebre, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que pueden sustituir los ajustes de soporte del ventilador y causar una desaturación de oxígeno. ○ Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardiaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis). ○ Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente. ○ Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas. ○ Realizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, si proceden. ○ Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y / o aumento de las presiones de inspiración. ○ Controlar la cantidad, color, consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente. ○ Asegurar la presencia del equipo de emergencia a pie de cama en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo / suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.

INTERVENCIONES (NIC): Monitorización Respiratoria.	INTERVENCIONES (NIC): Fisioterapia Respiratoria.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ○ Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de los músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. ○ Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. ○ Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). ○ Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. ○ Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales. ○ Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. ○ Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede. ○ Anotar los cambios de SaO₂, SvO₂ y CO₂ corriente final y los cambios de valores de gases en sangre arterial, si procede. ○ Realizar el seguimiento de los informes radiológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar si existen contraindicaciones al uso de la terapia respiratoria. ○ Determinar el (los) segmento (s) pulmonar (es) que necesitan ser drenados. ○ Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. ○ Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno. ○ Ministran broncodilatadores si está indicado. ○ Ministran agentes mucolíticos, si procede. ○ Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO₂, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardiacos y niveles de comodidad.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Frecuencia respiratoria.	3	5	+2
➤ Capacidad para eliminar secreciones.	2	3	+1
➤ Acumulación de esputos.	3	4	+1
➤ Cianosis.	4	5	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	12	17	5

DOMINIO 2: Nutrición.	CLASE I: Ingestión.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICIÓN: Deterioro de la habilidad del lactante para succionar o coordinar la respuesta de succión y deglución, lo que comporta una nutrición oral inadecuada para las necesidades metabólicas.</p> <p>Etiqueta (problema) (P) Patrón de Alimentación Ineficaz del Neonato (00107)</p> <p>Factores relacionados (causas) (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prematuridad. ❖ Obstrucción Mecánica (tubo endotraqueal). <p>Características definitorias (signos y síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ayuno prolongado. ❖ Incapacidad para iniciar la succión. ❖ Sonda orogástrica a derivación. 		Estado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación peso / talla. ➤ Hidratación. 	Desviación grave del rango normal. 1 Desviación sustancial del rango normal. 2 Desviación moderada del rango normal. 3 Desviación leve del rango normal. 4 Sin desviación del rango normal. 5	MANTENER A: 8 AUMENTAR A: 10
		Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administración de líquidos intravenosos. 	Inadecuado. 1 Ligeramente adecuado. 2 Moderadamente adecuado. 3 Sustancialmente adecuado. 4 Completamente adecuado. 5	MANTENER A: 4 AUMENTAR A: 4

INTERVENCIONES (NIC): Monitorización Nutricional.	INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesar al neonato a los intervalos establecidos. ○ Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. ○ Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación. ○ Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de caer. ○ Comprobar el crecimiento y desarrollo. ○ Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad. ○ Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo. ○ Observar si la boca / labios están inflamados, enrojecidos y agrietados. ○ Observar si la lengua es de color escarlata. ○ Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento si procede. ○ Determinar si el paciente necesita dieta especial. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesar a diario y controlar la evolución. ○ Contar y pesar pañales, si procede. ○ Realizar un registro de ingesta y eliminación. ○ Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática, según sea el caso). ○ Monitorizar los signos vitales. ○ Observar si hay indicios de sobrecarga / retención de líquidos. ○ Evaluar la ubicación y extensión del edema si hubiera. ○ Administrar terapia intravenosa según prescripción ○ Monitorizar el estado nutricional.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Relación peso / talla	4	5	+1
➤ Hidratación.	4	5	+1
Administración de líquidos intravenosos.	4	4	0
TOTAL DE PUNTUACIÓN	12	14	2

DOMINIO 2: Nutrición.	CLASE I: Ingestión.														
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA										
<p><u>DEFINICION:</u> Fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia e hipertermia.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Termorregulación ineficaz</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Inmadurez <p><u>Características definatorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal. 		Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presencia de piel de gallina cuando hace frio. ➤ sudoración con el calor. ➤ FC. Apical ➤ Frecuencia respiratoria. 	<table border="0"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 20
		Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2														
Moderadamente comprometido	3														
Levemente comprometido	4														
No comprometido	5														
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatura cutánea aumentada ➤ Hipertermia ➤ Cambios de coloración cutánea. 	<table border="0"> <tr> <td>Grave</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancial</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderado</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Leve</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>5</td> </tr> </table>	Grave	1	Sustancial	2	Moderado	3	Leve	4	Ninguno	5	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 15
Grave	1														
Sustancial	2														
Moderado	3														
Leve	4														
Ninguno	5														

INTERVENCIONES (NIC): Regulación de la temperatura	INTERVENCIONES (NIC): Tratamiento de la fiebre
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede ○ Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede ○ Observar el color y la temperatura de la piel ○ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuados ○ Explicar los indicios de agotamiento por el calor y el tratamiento de urgencias adecuado ○ Explicar al paciente los indicios de hipertermia. ○ Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado ○ Utilizar baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno ○ Vigilar por si hubiese pérdida imperceptible de líquidos ○ Observar el color de la piel y la temperatura ○ Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede ○ Vigilar por si hubiese descenso de los niveles de conciencia ○ Vigilar por si hubiese actividad de ataques ○ Administrar medicamentos antipiréticos, si procede ○ Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede ○ Administrar un baño tibio con una esponja, si procede ○ Fomentar el aumento de toma de líquidos orales, si procede ○ Administrar líquidos ○ Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas, si procede.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Presencia de piel de gallina cuando hace frío.	4	5	+1
➤ sudoración con el calor.	3	5	+2
➤ FC. Apical	4	5	+1
➤ frecuencia respiratoria.	3	5	+2
➤ Temperatura cutánea aumentada	4	5	+1
➤ Hipertermia	4	5	+1
➤ Cambios de coloración cutánea	3	5	+2
TOTAL DE PUNTUACIÓN	25	30	10

DOMINIO 11: Seguridad y Protección.	CLASE II: Lesión Física.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> Riesgo de alteración cutánea adversa.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea (00047)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prematuridad. ❖ Factores Inmunológicos. ❖ Inmovilidad Física. ❖ Cambios en el tensor de la piel. ❖ Cambios en la pigmentación. <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p>		Consecuencias de la Inmovilidad: Fisiológicas.	➤ Úlceras por Presión.	Grave. 1 Sustancial. 2 Moderado. 3 Leve. 4 Ninguno. 5	MANTENER A: 5 AUMENTAR A: 5
		Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	➤ Temperatura de la piel. ➤ Hidratación. ➤ Textura. ➤ Perfusión tisular. ➤ Integridad de la piel.	Gravemente comprometido. 1 Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 25 AUMENTAR A: 25

INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia de la piel.	INTERVENCIONES (NIC): Cambio de posición.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel. ○ Observar si color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. ○ Utilizar una herramienta de evaluación para identificar los riesgos de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden). ○ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ○ Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad. ○ Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. ○ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ○ Observar si hay zonas de presión y fricción. ○ Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. ○ Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios de posición). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos adecuados. ○ Proporcionar un colchón firme. ○ Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición. ○ Colocar en la posición terapéutica especificada. ○ Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del neonato para dormir, si no está contraindicada. ○ Colocar en posición de alineamiento corporal correcta. ○ Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. ○ Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. ○ Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.

INTERVENCIONES (NIC): Prevención de úlceras por presión.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del neonato (escala de Braden). ○ Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión, según protocolo del hospital. ○ Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario. ○ Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. ○ Evitar dar masaje en los puntos de presión enrojecidos. ○ Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. ○ Utilizar camas y colchones especiales, si procede. ○ Evitar el agua caliente y utilizar jabón neutro para el baño.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Úlceras por Presión.	5	5	0
➤ Estado Nutricional.	5	5	0
➤ Tono Muscular.	5	5	0
➤ Temperatura de la piel.	5	5	0
➤ Hidratación.	5	5	0
➤ Textura.	5	5	0
➤ Perfusión tisular.	5	5	0
➤ Integridad de la piel.	5	5	0
TOTAL DE PUNTUACIÓN	40	40	0

DOMINIO 4: Actividad / Reposo	CLASE I: Sueño / Reposo				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Trastorno del patrón de sueño (00198)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Interrupciones frecuentes (ruidos de alarmas). ❖ Manipulación por procedimientos. <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sobresaltos. ❖ Intranquilidad. ❖ Reactivo a todo estímulo externo. 		Sueño.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Horas de sueño. ➤ Patrón del sueño. ➤ Calidad del sueño. ➤ Duerme toda la noche. 	Gravemente comprometido. 1 Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 10 AUMENTAR A: 13
		Estado comodidad: entorno.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatura ambiental. ➤ Entorno favorable para el sueño. ➤ Limpieza del entorno. ➤ Iluminación de la sala. ➤ Incubadora o cuna cómoda. ➤ Mobiliario cómodo. ➤ Entorno tranquilo. 	Gravemente comprometido. 1 Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 24 AUMENTAR A: 29

INTERVENCIONES (NIC): Manejo Ambiental / Confort.	INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el sueño.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. ○ Crear un ambiente tranquilo. ○ Proporcionar un ambiente limpio y seguro. ○ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el neonato. ○ Evitar exposiciones innecesarias corriente, exceso de calefacción o frío. ○ Ajustar la iluminación evitando la luz directa en los ojos. ○ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad. ○ Colocar al paciente de forma que facilite la comodidad. ○ Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. ○ Evitar exponer la piel a factores irritantes. (cuña o drenaje de heridas). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar el esquema de sueño. ○ Incluir el ciclo regular del sueño / planificación de los cuidados. ○ Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. ○ Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. ○ Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor, molestias), que interrumpen el sueño. ○ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón de la cuna). ○ Disponer / llevar a cabo medidas agradables: masajes en caso que este permitido. ○ Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. ○ Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño duraderos. ○ Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño. ○ Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día – noche normales.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Horas de sueño.	2	3	+1
➤ Patrón del sueño.	3	4	+1
➤ Calidad del sueño.	3	3	0
➤ Duerme toda la noche.	2	3	+1
➤ Sueño interrumpido.	3	4	+1
➤ Dolor.	3	4	+1
➤ Temperatura ambiental.	5	5	0
➤ Entorno favorable para el sueño.	2	3	+1
➤ Limpieza del entorno.	4	5	+1
➤ Iluminación de la sala.	2	3	+1
➤ Incubadora o cuna cómoda.	4	4	0
➤ Mobiliario cómodo.	4	5	+1
➤ Entorno tranquilo.	3	4	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	40	50	10

Dominio 12: Confort.	Clase 1: Confort Físico.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICION:</u> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a seis meses.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Dolor Agudo (00132).</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Agentes lesivos físicos (introducción de sonda para aspiración bronquial). <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Intranquilidad. ❖ Irritabilidad. ❖ Disminución en la saturación. 		Estado de comodidad: Física.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de síntomas. ➤ Bienestar físico. ➤ Posición cómoda. 	Gravemente comprometido. 1 Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 13
		Nivel de dolor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor. ➤ Inquietud. ➤ Irritabilidad. ➤ Diaforesis. 	Grave. 1 Sustancial. 2 Moderado. 3 Leve. 4 Ninguno 5	MANTENER A: 11 AUMENTAR A: 18
		Respuesta a la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Efectos terapéuticos. ➤ Cambio esperado en los síntomas. ➤ Respuesta de la conducta esperada. 	Gravemente comprometido. 1 Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 12

INTERVENCIONES (NIC): Administración de Analgésico.	INTERVENCIONES (NIC): Manejo del dolor.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Determinar la calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. ○ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. ○ Comprobar el historial de alergias a medicamentos. ○ Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriban más de uno. ○ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) 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 a la relajación para facilitar la respuesta de la analgesia. ○ Administrar los analgésicos a la hora adecuada. ○ Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración pero especialmente después de la dosis inicial, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos sequedad de la boca y estreñimiento). ○ Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar claves no verbales de molestia (neonatos). ○ Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. ○ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño). ○ Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios del dolor. ○ Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento. ○ Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. (temperatura de habitación, iluminación y ruidos). ○ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas), que faciliten el alivio del dolor, si procede. ○ Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.

INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la sedación.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">○ Revisar el historial y los resultados de las pruebas de diagnóstico para determinar si cumple con los criterios para que se le administre sedación.○ Comprobar si existe alergias a fármacos.○ Revisar otros medicamentos que se le estén administrando al neonato y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación.○ Obtener signos vitales y saturación de oxígeno.○ Administrar medicación según prescripción médica o protocolo, y de acuerdo con la respuesta del neonato.○ Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	BASAL	POSTINTERVENCIÓN	CAMBIO
➤ Control de síntomas.	3	4	+1
➤ Bienestar físico.	3	4	+1
➤ Posición cómoda.	3	5	+2
➤ Dolor.	2	5	+3
➤ Inquietud.	2	4	+2
➤ Irritabilidad.	2	4	+2
➤ Diaforesis.	5	5	0
➤ Saturación de oxígeno.	3	5	+2
➤ Frecuencia Cardíaca.	4	5	+1
➤ Frecuencia respiratoria.	4	5	+1
➤ Efectos terapéuticos.	3	4	+1
➤ Cambio esperado en los síntomas.	3	4	+1
➤ Respuesta de la conducta esperada.	3	4	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	40	58	18

DOMINIO 11: Seguridad y Protección.	CLASE I: Infección.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de Infección (0004)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Procedimientos invasivos. ❖ Defensas primarias inadecuadas (traumatismo tisular). ❖ Destrucción Tisular. ❖ Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos. <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p>		Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatura de la piel. ➤ Hidratación. ➤ Textura. ➤ Perfusión tisular. ➤ Integridad tisular. 	Gravemente 1 Comprometido. Sustancialmente comprometido. 2 Moderadamente comprometido. 3 Levemente comprometido. 4 No comprometido. 5	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 25
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pigmentación anormal. ➤ Lesiones cutáneas. ➤ Eritema. ➤ Induración. 	Grave. 1 Sustancial. 2 Moderado. 3 Leve. 4 Ninguno. 5	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 20

INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia de la Piel.	INTERVENCIONES (NIC): Identificación de Riesgo.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje de la piel y las membranas mucosas. ○ Valorar el estado de los sitios de punción de los diversos catéteres. ○ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. ○ Tomar nota de los cambios en la piel o membranas mucosas. ○ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ○ Llevar a cabo las diversas curaciones de los sitios de punción de acuerdo a los indicadores universales. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. ○ Mantener en los registros clínicos la fecha y hora de instalación de los diversos dispositivos terapéuticos. ○ Realizar los cambios oportunos de los dispositivos terapéuticos (sondas de drenaje, venoclisis, etc.) de acuerdo a los indicadores de la secretaria de salud. ○ Vigilar el sitio de inserción de catéteres y sondas que tenga el paciente. ○ Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas. ○ Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y cuidados. ○ Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/grupo.

INTERVENCIONES (NIC): Control de Infecciones.	INTERVENCIONES (NIC): Protección contra las Infecciones.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambiar el equipo de cuidados del paciente según la norma de la institución. ○ Enseñar al personal el cuidados de manos apropiados ○ Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos. ○ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. ○ Aplicar las normas universales. ○ Enseñar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de las habitaciones así como el uso de gorro, bata y cubre bocas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ○ Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ○ Limitar el número de visitas. ○ Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. ○ Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. ○ Proporcionar los cuidados adecuados a la piel. ○ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. ○ Inspeccionar el estado de cualquier incisión/drenaje. ○ Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar. ○ Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones. ○ Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Temperatura de la piel.	2	5	+3
➤ Hidratación.	3	5	+2
➤ Textura.	3	5	+2
➤ Perfusión tisular.	4	5	+1
➤ Integridad tisular.	3	5	+2
➤ Pigmentación anormal.	3	5	+2
➤ Lesiones cutáneas.	4	5	+1
➤ Eritema.	3	5	+2
➤ Induración.	5	5	0
TOTAL DE PUNTUACIÓN	30	45	15

DOMINIO 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.	CLASE 2: Respuesta de afrontamiento.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> Sensación vaga e intranquilidad de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Ansiedad de los padres (00146).</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Estado de salud del neonato. <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Angustia. ❖ Preocupación. ❖ Temor. 		Autocontrol de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitorizan la intensidad de la ansiedad. ➤ Buscan información para reducir la ansiedad. ➤ Refieren disminución de la duración de los episodios. ➤ Mantienen el desempeño del rol. 	<p>Nunca demostrado. 1</p> <p>Raramente demostrado. 2</p> <p>A veces demostrado. 3</p> <p>Frecuentemente demostrado. 4</p> <p>Siempre demostrado. 5</p>	MANTENER A: 15 AUMENTAR A: 19
		Nivel de ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Angustia. ➤ Temor. ➤ Preocupación. 	<p>Grave. 1</p> <p>Sustancial. 2</p> <p>Moderado. 3</p> <p>Leve. 4</p> <p>Ninguno. 5</p>	MANTENER A: 9 AUMENTAR A: 12

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo emocional.	INTERVENCIONES (NIC): Disminución de la ansiedad.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Comentar la experiencia emocional con los padres. ○ Explorar con los padres que ha desencadenado las emociones. ○ Realizar afirmaciones de apoyo. ○ Abrazar o tocar al familiar para proporcionarle apoyo. ○ Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados. ○ Ayudar a los padres a reconocer sentimientos de ansiedad o tristeza. ○ Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. ○ Proporcionar apoyo durante la negación, negociación y aceptación de las fases del sentimiento. ○ Favorecer la conversación o llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. ○ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. ○ Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. ○ Tratar de comprender la perspectiva de los padres sobre una situación estresante. ○ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del neonato. ○ Animar a los padres a permanecer con el neonato, si es el caso. ○ Escuchar con atención las inquietudes de los padres. ○ Crear un ambiente que facilite la confianza. ○ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. ○ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. ○ Instruir al familiar sobre técnicas de relajación.

INTERVENCIONES (NIC): Asesoramiento.	INTERVENCIONES (NIC): Apoyo espiritual.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. ○ Demostrar simpatía, calidez y autenticidad. ○ Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede. ○ Favorecer la expresión de sentimientos. ○ Ayudar a los padres a identificar el problema o la situación causante del trastorno. ○ Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. ○ Determinar cómo afecta al neonato el comportamiento de la familia. ○ Ayudar a los padres que identifiquen sus puntos fuertes, y reforzarlos. ○ Fomentar la situación de hábitos indeseados por hábitos deseados. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. ○ Estar abierto a las expresiones de preocupación de los padres. ○ Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea. ○ Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea. ○ Aceptar objetos espirituales y colocarlo en un espacio de la cuna, si eso los hace sentir mejor. ○ Estar abierto a los sentimientos de los padres acerca de la enfermedad y muerte. ○ Ayudar a los padres a expresar y liberar la ansiedad de forma adecuada.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Monitorizan la intensidad de la ansiedad.	4	4	0
➤ Buscan información para reducir la ansiedad.	3	5	+1
➤ Refieren disminución de la duración de los episodios	4	5	+2
➤ Mantienen el desempeño del rol.	4	5	+1
➤ Angustia.	3	4	+1
➤ Temor.	3	4	+1
➤ Preocupación.	3	4	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	24	31	7

DOMINIO 1: Promoción de la salud.	CLASE 2: Gestión de la salud.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Deseos de los padres de manejar el tratamiento de la enfermedad del neonato en el hogar. 		<p>Conocimiento: cuidado de los hijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crecimiento y desarrollo normal. ➤ Necesidades de seguridad. ➤ Prevención de lesiones. ➤ Necesidades nutricionales. ➤ Necesidades de cuidados físicos. ➤ Prevención de enfermedades. ➤ Control de problemas de salud comunes. 	<p>Ningún conocimiento.</p> <p>Conocimiento escaso.</p> <p>Conocimiento moderado.</p> <p>Conocimiento sustancial.</p> <p>Conocimiento extenso.</p>	<p>1 MANTENER A: 17</p> <p>2 AUMENTAR A: 28</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
		<p>Conocimiento: cuidados en la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prevención y control de infección. ➤ Uso correcto de la medicación prescrita. ➤ Régimen terapéutico. 	<p>Ningún conocimiento.</p> <p>Conocimiento escaso.</p> <p>Conocimiento moderado.</p> <p>Conocimiento sustancial.</p> <p>Conocimiento extenso.</p>	<p>1 MANTENER A: 6</p> <p>2 AUMENTAR A: 11</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental: preparación del hogar.	INTERVENCIONES (NIC): Apoyo a la familia.
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar a los padres sobre la preparación para proporcionar los cuidados en casa. ○ Orientar que el ambiente del hogar debe ser el adecuado para recibir al neonato. ○ Confirmar la entrega de cualquier medicación y suministros necesarios. ○ Preparar programas de enseñanza para utilizar en casa que estén de acuerdo con cualquier enseñanza anterior ya concluida. ○ Confirmar la fecha y hora del traslado del neonato a su casa. ○ Proporcionar información escrita respecto a la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para los padres, según sea necesaria. ○ Proporcionar documentación de acuerdo con las normas de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Asegurar a la familia que el neonato se le brinden los mejores cuidados posibles. ○ Valorar la reacción emocional de los padres frente a la enfermedad del neonato. ○ Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. ○ Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de los padres. ○ Favorecer una relación de confianza con la familia. ○ Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. ○ Responder a todas las preguntas de los padres o ayudarlos a obtener las respuestas- ○ Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios. ○ Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizado por la familia para resolver problemas. ○ Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. ○ Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del neonato. ○ Animar en la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del neonato a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar. ○ Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados posteriores al alta. ○ Ayudar a los padres a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del neonato.

INTERVENCIONES (NIC): Apoyo al cuidador principal.
ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">○ Determinar el nivel de conocimiento del cuidador.○ Determinar la aceptación del cuidador de su papel.○ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.○ Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.○ Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.○ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.○ Proporcionar información sobre el estado del paciente.○ Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del neonato.○ Observar si hay indicios de estrés en los padres.○ Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.○ Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.○ Animar al cuidador durante los momentos difíciles del neonato.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN BASAL	PUNTUACIÓN POSTINTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN CAMBIO
➤ Crecimiento y desarrollo normal.	2	4	+2
➤ Necesidades de seguridad.	2	4	+2
➤ Prevención de lesiones.	3	4	+1
➤ Necesidades nutricionales.	2	4	+2
➤ Necesidades de cuidados físicos.	3	4	+1
➤ Prevención de enfermedades.	2	4	+2
➤ Control de problemas de salud comunes.	3	4	+1
➤ Prevención y control de infección.	2	3	+1
➤ Uso correcto de la medicación prescrita.	2	4	+2
➤ Régimen terapéutico.	2	4	+2
TOTAL DE PUNTUACIÓN	21	39	16

DOMINIO 7: Rol / relaciones.	CLASE 1: Roles del cuidador.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA(NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>DEFINICIÓN:</u> El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos del niño.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Riesgo de deterioro parental (00057).</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Dificultades económicas. ❖ Bajo nivel educacional. <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p>		<p>Afrontamiento de los problemas de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Afronta los problemas. ➤ Controla los problemas. ➤ Utiliza estrategia para controlar el conflicto de la familia. ➤ Establece prioridades. ➤ Comparte responsabilidades en las tareas familiares. ➤ Mantiene la estabilidad financiera. 	<p>Nunca demostrado. 1</p> <p>Raramente de 2</p> <p>A veces 3</p> <p>Frecuentemente demostrado. 4</p> <p>Siempre demostrado. 5</p>	<p>MANTENER A: 24 AUMENTAR A: 30</p>

INTERVENCIONES (NIC): Asistencia para los recursos financieros.	INTERVENCIONES (NIC): Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido).
ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudar a los padres a identificar las necesidades financieras. ○ Ayudar a los padres a determinar los gastos diarios del neonato. ○ Priorizar las necesidades diarias del paciente y ayudar a desarrollar un programa de acuerdo con estas necesidades. ○ Idear un plan de asistencia para animar al familiar a acceder a niveles adecuados de asistencia con el uso más eficaz posible de los costes. ○ Informar a los padres de los servicios disponibles a través de programas estatales y autonómicos. ○ Informar a los padres de los recursos disponibles y ayudarle a acceder a ellos (p. ej., programa de asistencia en la medicación, programa de beneficencia). ○ Ayudar a los padres a desarrollar un presupuesto y / o remitirle a la persona adecuada para obtener recursos financieros según sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer relaciones de confianza con los padres. ○ Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de los padres. ○ Identificar los patrones de interacción de los padres. ○ Identificar los mecanismos normales de los padres para enfrentarse a los problemas. ○ Observar la adaptación de los padres a la paternidad. ○ Ayudar a los padres a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal. ○ Animar a los padres a hablar de las responsabilidades en el mantenimiento de la casa. ○ Ayudar a los padres a identificar los sistemas de apoyo. ○ Animar a la familia a utilizar sistemas de apoyo, si procede. ○ Ofrecerse a asesorar a la familia.

EVALUACIÓN (NOC)			
INDICADORES	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
	BASAL	POSTINTERVENCIÓN	CAMBIO
➤ Afronta los problemas.	4	5	+1
➤ Controla los problemas.	4	5	+1
➤ Utiliza estrategia para controlar el conflicto de la familia.	4	5	+1
➤ Establece prioridades.			
➤ Comparte responsabilidades en las tareas familiares.	4	5	+1
➤ Mantiene la estabilidad financiera.	4	5	+1
	4	5	+1
TOTAL DE PUNTUACIÓN	24	30	6

Conclusiones

Luego de la satisfactoria culminación de este estudio de Plan de Cuidados de Enfermero, donde la NANDA, EL NIC y el NOC, constituyeron como una herramienta básica y primordial para proporcionarle los cuidados integrales y satisfacer las necesidades básicas al recién nacido y a su familia. Al término de este trabajo el paciente continua en estado delicado, ha respondido favorablemente al manejo médico y quirúrgico al que ha sido sometido, continua alimentándose por sonda de gastrostomía, se le retiro el aporte de oxígeno y la solución parenteral, continua con el catéter central y sello de heparina, los laboratorios se encuentran dentro de los parámetros normales, en relación al place las acciones tuvieron una evaluación favorable al término de cada procedimiento observándose una mejoría.

Referencias Bibliográficas y Electrónicas:

- <http://www.aeped.es/protocolos/neonatologia/index.htm>
- http://www.drrondonpediatra.com/taquipnea_transitoria_del_recien.htm
- <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/rnprenat.html>
- <http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/enfermería-pediatría/josue.pdf>
- <http://www.terra.es/personal/duenas/diagnanda.htm>
- McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2009.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2009.
- NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Young Thomas E, Magnum O. Barry. Manual de drogas neonatológicas NEOFAX. Edición 18. Editorial médica panamericana.

Anexos

A.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN H.A.E.DE LA M.	SERVICIO EN EL QUE SE REALIZA UCIN
FECHA: DÍA: 16 MES: OCTUBRE AÑO: 2011	

Yo G. H. H. mayor de edad, identificado como la madre y como responsable del paciente R/N H. H. autorizo al Dr. (a) Soto Mayor, con profesión o especialidad: cirujano pediatra, para la realización del procedimiento: internamiento y quirúrgico, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos:

Dehiscencia de la herida

Fístulas

Estenosis en sitio de la anastomosis

Sepsis

Neumonía

Reacción alérgica a medicamentos y transfusiones sanguíneas.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados. Comprendo estas

