



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

Tesina

Trabajo Práctico de:

***Patrón Respiratorio Ineficaz Relacionado con Inmadurez Neurológica
Manifestado Por Uso de los Músculos Accesorios para Respirar***

Trabajo Práctico Para Obtener el Grado de la Especialidad de Enfermería en Neonatología.

Presenta

Glorisela Aguirre Millán



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

Tesina

Trabajo Práctico de:

***Patrón Respiratorio Ineficaz Relacionado con Inmadurez Neurológica
Manifestado Por Uso de los Músculos Accesorios para Respirar***

Trabajo Práctico para Obtener el Grado de la Especialidad de Enfermería en Neonatología.

Presenta

Glorisela Aguirre Millán

Directora de Tesina

LEEP. Diana María López García

Créditos

Elaboró:

LE. Glorisola Aguirre Millán

Directora 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 Patrón Respiratorio Ineficaz Relacionado con Inmadurez
Neurológica Manifestado Por Uso de los Músculos Accesorios para Respirar

Comisión Revisora de Tesina para su Aprobación:

LEEP. Diana María López García

Directora de Tesina

MCE.Florentina Salazar Mendoza

Presidenta

MCE. Elsa Guadalupe Jiménez Lara

Secretario

LEEP. Diana María López García

Vocal

Agradecimientos

A Dios:

Primeramente por darme el don de la vida, salud y muchas bendiciones pudiendo así cumplir la meta trazada.

A mi madre y hermanos:

Porque a pesar de la distancia cuento con todo su apoyo incondicional, sus muestras de cariño y a quienes amo con todo mi corazón.

A mi amiga:

Por desvelarse conmigo para estudiar y por su apoyo en las buenas y en las malas.

A esa persona especial:

Por impulsarme a estudiar y motivarme con sus palabras de ánimo y porque uno que otra exhortación para poder ser mejor profesionalista.

Agradezco muy en especial a la Maestra Diana María López García, por su orientación, tiempo y consejos para la realización de este trabajo y a los demás maestros que gustosamente estuvieron allí para compartir sus conocimientos con una servidora,

Contenido

	Pagina
Introducción	1
Justificación	3
Objetivo General	
Objetivo Especifico	4
Marco Teórico del Proceso Enfermero	
Valoración	5
Diagnostico de Enfermería	9
Planeación	10
Ejecución	12
Evaluación	12
Marco Teórico del Plan de Cuidados de Enfermería.	13
Marco Teórico de la Patología	15
Prematurez	
Proceso de Enfermería	
Valoración	17
Exploración Física	21
Diagnósticos Enfermeros	23
Plan de Cuidados de Enfermería	26
Conclusión	63
Bibliografía	64
Anexos	
Mapa Mental	65
Monitorización de Signos Vitales	66
Carta de Consentimiento Informado	67

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) definió a la Enfermería como una actividad fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en el diagnóstico de las respuestas humanas a la salud y a la enfermedad y a la aplicación de intervenciones, considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

Desde hace varias décadas en la literatura enfermera se discute la necesidad de unificar o estandarizar el lenguaje enfermero. Cuando se utiliza un lenguaje normalizado para documentar la práctica profesional, se puede comparar y evaluar la efectividad de los cuidados suministrados en múltiples situaciones por profesionales de la Enfermería. El uso del lenguaje normalizado hace visible la esencia de los cuidados enfermeros y ayuda en la mejora de la práctica cotidiana. Su desarrollo y utilización sirve de apoyo para avanzar en el conocimiento de los cuidados facilitando la aplicación clínica de las intervenciones de Enfermería.

Un lenguaje enfermero estandarizado tiene varios propósitos:

- Proporciona una herramienta a los profesionales de la Enfermería para comunicar lo que realizan entre ellos mismos, en colaboración con otros profesionales sanitarios y con la población destinataria de los cuidados.
- Permite la recogida y el análisis de la información documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros.
- Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Permite el desarrollo de sistemas de información clínica y de registro de datos

En los últimos años la profesión de enfermería ha tenido modificaciones importantes que son reflejo de los cambios en el desarrollo social. El proceso enfermero se

considera una herramienta fundamental para el ejercicio profesional en la práctica del cuidado a la salud.

Las enfermeras, por tanto, aunque han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas han sumado las acciones interdependientes, con otros profesionales del equipo de salud; pero lo más importante de todo, han iniciado la realización de un grupo, cada vez más numeroso, de acciones independientes, frente a las cuales son las únicas responsables.

Así que al realizar este plan de cuidados en enfermería individualizado (PLACE) se tiene que echar mano de todos los recursos del proceso enfermero para darle calidad y calidez a un paciente que depende de mis intervenciones para poder mejorar su salud.

Justificación

Cada vez dependemos mas de los planes de cuidados individualizados; para poder usar esta información de manera segura, debo dominar los principios que rigen el proceso enfermero. Sólo cuando sea una enfermera que se rige por la reflexión, en vez de una enfermera centrada en las tareas, estaré en el mundo actual. Sólo entonces seré capaz de pensar críticamente sobre cómo lograr los objetivos finales enfermeros y proporcionar calidad a mi paciente.

Por tal motivo la escuela de educación continua y posgrados en Enfermería de la universidad del estado de Puebla implementa estrategias de enseñanza destacando el proceso de atención de Enfermería como una herramienta de soporte vital para la profesión, así que en cumplimiento de los lineamientos para la culminación satisfactoria de la especialidad en neonatología se tiene en bien realizar un PLACE individualizado, fomentando de esta manera la investigación y sirviéndome como método de desarrollo en la práctica diaria de la profesión de Enfermería.

Objetivo General

Realizar actividades de investigación teórica- metodológica e instrumental del proceso de enfermería para el cuidado integral de la persona, familia o comunidad mediante la aplicación de cada una de sus etapas: la valoración, el diagnóstico de enfermería, la planeación, la ejecución y la evaluación que en conjunto pretenden la promoción, el fortalecimiento y recuperación de la salud con la aplicación del plan de cuidados de Enfermería (PLACE)

Objetivo Especifico

- Conocer al cliente integralmente e identificar sus problemas y agruparlos por patrones funcionales de salud de la Dra. Margory Gordon
- Realizar diagnósticos enfermeros asertivos que detecten respuestas humanas, problemas o cambios físicos.
- Desarrollar un plan de cuidados individualizado que especifique los objetivos/resultados esperados del paciente y las intervenciones de enfermería relacionadas.
- Ayudar al paciente a lograr los objetivos/resultados esperados; promover el bienestar; prevenir las enfermedades y otros problemas de salud; restablecer la salud, y potenciar la capacidad de afrontamiento en condiciones de funcionalidad alterada.
- Evaluar oportunamente todas las actividades realizadas mediante la puntuación diana.

Marco Teórico del Proceso Enfermero

El concepto de proceso de Enfermería ha venido evolucionando a través de los años, bien se sabe que en pleno siglo XXI, en algunas instituciones de salud aún el profesional de Enfermería centra su actuación con base en las indicaciones médicas enfocadas más a la enfermedad que a la persona, pero paralelo a esto también se conoce que existen organizaciones en las que trabajan para la profesionalización de enfermería en un sentido más independiente, lo cual se refleja a través de la historia donde el gremio a propuesto avances en el método del cuidado para su comprensión, utilización y sobre todo para el fortalecimiento de la identidad profesional. El proceso enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad.

Específicamente, el proceso es un enfoque sistemático, empleado por las enfermeras para recoger datos del cliente, examinar y analizar críticamente esos datos, identificar las respuestas del cliente al problema de salud, designar los resultados esperados, poner en práctica la acción apropiada y después evaluar si la acción es efectiva. El proceso incorpora competencias de pensamiento crítico general y específica de manera que lo centra en las necesidades particulares de un cliente concreto. El formato para el proceso enfermero es específico de la disciplina enfermera y proporciona un lenguaje común y un proceso para que las enfermeras piensen intensamente en los problemas clínicos de los clientes, en este caso de un lactante menor.

Etapas del Proceso de Enfermería

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:

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

b).- Validación de la información.

c).- Registro de la información finalmente se deben registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

También se necesita la ayuda de los patrones funcionales de salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la escuela de Enfermería de Boston, la valoración de los pacientes. La palabra patrón para Gordon significa “una secuencia de comportamientos”,

Los agrupó en 11 patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo.

Los once patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.

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

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. 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.

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. 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. Se incluyen el estado de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas, dientes, medidas de la temperatura corporal, altura y peso.

III.-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.

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. 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.

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. También se incluyen las ayudas para dormir como medicación o rutinas para irse a dormir que emplea el individuo.

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. 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.

VII.-Patrón Aautopercepción- 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.

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.

Diagnostico de Enfermería.

El termino diagnostico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, donde afirmaba que una vez que las necesidades del paciente son identificadas se pasa al siguiente apartado: Formular un diagnostico de enfermería

Los diagnósticos enfermeros, son los problemas de salud o necesidades detectados en la Valoración y que entran dentro de la competencia de Enfermería. Es la segunda etapa del proceso enfermero. “El diagnostico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable”. (NANDA 2009)

El juicio clínico es el acto del intelecto de emitir una apreciación, una opinión, de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y sistemas en referencia al estado de salud de una persona.

El registro va a depender de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnostico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnostico de Enfermería es porque el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona, familia y comunidad y de si mismo será líder ante otros profesionales del área de salud.

Si es un diagnóstico de enfermería real, éste se estructura por tres enunciados: El primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problema (E) y el tercer enunciado indica la sintomatología y los signos (S); en un conjunto a esta estructura se le ha denominado formato PES

El diagnóstico de Enfermería de riesgo, sólo se conforma por dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo está generando y esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema.

El diagnóstico de Enfermería de salud y promoción de la salud es un enunciado que indica las fortalezas que la persona, familia o comunidad tienen para seguir estilos de vida saludables. Las ventajas del diagnóstico de Enfermería son:

- Adoptar un vocabulario común.
- Identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en aspectos de Enfermería.
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados, humanizados.
- Facilitar la coordinación del trabajo en equipo.
- Dar mayor prevención.
- Proporcionar elementos de información.
- Establecer una base para la evaluación.
- Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional.

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, 1997)

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 2003) Las intervenciones de Enfermería son estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos 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 alcanza

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 1997: 224). Los pasos de la ejecución son: preparación, intervención y documentación.

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.

Marco Teórico del Plan de Cuidados de Enfermería

Los PLACE en el sistema nacional de salud responden a las necesidades de unificar criterios en la atención de Enfermería teniendo como objetivo un lenguaje común entre los profesionales del país. (Comisión permanente de enfermería 2010)

La mujer mexicana, generosa y alerta, lanza su entusiasmo por los caminos de la ciencia y del arte de curar y se coloca junto al médico, preparada y dispuesta para colaborar con él eficazmente en la lucha eterna por la salud por eso se diseña un plan de cuidados de enfermería propiamente en donde este instrumento será el principal recurso de la enfermera. Un plan de cuidados individualizado favorece una práctica más independiente y no está guiada a una práctica sujeta a las indicaciones médicas, una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlos.

Existen en la actualidad diferentes definiciones del proceso de Enfermería tales como: “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de Enfermería individualizados” ya que cada persona responde de forma distinta ante una alteración real o potencial. Es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la enfermera en un orden específico con el fin de que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de Enfermería posible. Otros lo definen como “El pensar como Enfermería”, analizando este concepto con las definiciones anteriores de enfermería, se observa que es importante conocer los fines de la profesión para entender que el proceso de Enfermería es una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos adquiridos teniendo en cuenta las capacidades propias de cada individuo entre las cuales están el manejo de las relaciones interpersonales y la capacidad de análisis entre otros, con el fin de orientarlos hacia actividades que satisfagan las necesidades del usuario y su familia. El proceso de Enfermería es una serie designada de acciones que pretenden cumplir con el propósito de enfermería. Este propósito es conservar el estado óptimo de salud del cliente y en caso de

cambiar este estado proporcionar la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requiera su estado para recuperar la salud, en caso de no poder recuperar la salud el proceso de Enfermería debe contribuir a la calidad de vida del cliente, aumentando los recursos para alcanzar la mayor calidad de vida posible durante el máximo tiempo posible.

La maestría y eficiencia de la actuación de Enfermería dependen de la utilización exacta del proceso de Enfermería, así mismo se entiende que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con su paciente en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica, en este caso en la unidad de cuidados intensivos, donde se encuentran pacientes en quienes serán ejecutados el plan de cuidados individualizados.

Marco Teórico de la Patología

Prematurez

La duración del embarazo se considera normal cuando el parto se produce entre las semanas 37 y 42 (Martín, 2000). Cuando el niño nace antes de las 37 semanas se le llama “prematureo o pretérmino”. El niño prematureo nace con una “inmadurez” de sus órganos y sistemas (respiración, control de temperatura, digestión, metabolismo, etc.) esto le hace más vulnerable a las enfermedades y más sensible a los agentes externos (luz, ruido, etc.). No todos los niños prematureos van a presentar los mismos problemas. Por debajo de 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno, por lo que deberán ingresar en una sala de neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas esta en relación a la edad gestacional.

GRUPO I, de 33 a 36 semanas de gestación:

GRUPO II, de 26 a 32 semanas de gestación: comprende al neonato que es candidato a la aplicación de surfactante exógeno profiláctico.

GRUPO III, de 25 semanas o menos de gestación: en este grupo se encuentra al recién nacido con prematurez extrema.

Diagnóstico por imágenes: De acuerdo a los diagnósticos sospechados: Rx simple de tórax, abdomen de pie y tangencial, cráneo.

La prematurez se debe a muchos factores etiológicos como son: nivel socioeconómico bajo, ausencia de cuidados prenatales, mal nutrición materna, enfermedad hipertensiva crónica, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas, etc. Lo que explica la gran tasa de morbilidad y mortalidad en los prematureos es debido a su incapacidad inmunológica caracterizada por la extraordinaria susceptibilidad a las infecciones.

Un bebé prematureo 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).

El bajo peso al nacimiento en los niños pretérminos, aumenta la gravedad de las infecciones neonatales y reduce sus manifestaciones clínicas, lo que hace más difícil el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y prevención.

*Proceso de Enfermería**Valoración**Ficha de identificación.*

Nombre: lactante menor P.M

Fecha de nacimiento: 26 de mayo del 2011.

Género: femenino.

Hora de nacimiento: 04:17.

Fecha de ingreso: 26 de mayo 2011

Servicio: UCIN

Cama: 19

Numero de afiliación: 81303

Nombre del padre o tutor: J. P. M.

Edad: 26 años.

Ocupación: ayudante de taquero.

Escolaridad: secundaria.

Religión: Católica.

Domicilio: Ranchería Sarabia, municipio del centro, Tabasco

Nombre de la madre: N. P. M.

Edad: 19 años.

Ocupación: ama de casa.

Escolaridad: primaria.

Religión: Católica.

Domicilio: Ranchería Sarabia, municipio del centro, Tabasco

Ingreso económico familiar mensual: \$ 3,500.

Diagnostico: displasia broncopulmonar, SDR tipo 1 remitida, desnutrición, Sepsis tardía remitida, Fx de tercio distal de humero.

Antecedentes Heredo familiares

Historia familiar de enfermedad: Madre sana, abuela paterna hipertensa.

Historia prenatal: La madre refiere que acude a las 5 consultas en unidad de salud. Fum 27/10/10 gesta 2 aborto 1.

Historia del trabajo de parto y parto: La madre fue manipulada por empírica, traída por familiares al hospital de alta especialidad de la mujer y se atiende parto sin complicaciones.

Historia del recién nacido: R/N prematuro de 32 semanas de gestación por Capurro, con 1000 g. al nacer. Talla 34 cm. Perímetro cefálico: 24 cm. Perímetro torácico: 22 cm. Perímetro abdominal: 20 cm. Pie: 5. Apgar: 5/7. Silverman: 2. Displacia broncopulmonar al nacer.

*Valoración por Patrones Funcionales de Salud.**Percepción/ mantenimiento de la salud.*

Se trata de lactante menor cuya madre refiere ser de religión católica, ama de casa, no realiza ningún ejercicio. Casada, con su pareja, no cuenta con casa propia (vive con su suegros) construida con techo de lamina y paredes de concreto, con piso de cemento, cuenta con drenaje y agua potable, luz eléctrica, refiere que utilizan el agua de garrafón para tomar y de la llave para usos de limpieza (lavado de ropa, aseo de la casa, lavado de trastes, etc.). La basura la tiran al carro recolector de basura, no cuenta con automóvil propio. Durante su estancia hospitalaria el recién nacido recibe baño diario, aseo de cuna radiante, cambio de sábanas y nido, uso de crema y aceites corporales, atención personalizada por parte de equipo multidisciplinario, notándose los resultados para mantener la salud pues la mayoría de sus diagnósticos ya están en remisión.

Nutricional/metabólico.

Estado físico actual. El día 18 de julio 2011 Peso: 1170grs. Perímetro cefálico: 25, Talla: 35. Perímetro abdominal: 23cm. Perímetro torácico: 22. Segmento superior: 23. Segmento inferior: 12. Glicemia: 80mg/dl. Temperatura corporal: 36.7°

Resultado de estudios de laboratorio del 20 de julio 2011. BD: 0.31 BI: 0.81. BT: 1.12.
Glucosa: 102. Urea: 55.6. Creatinina: 0.8. BUN: 26

Lactante menor con incapacidad para la succión y la deglución, debido a su prematuridad, reincide en fase III de ventilación, presenta dificultades para regular la temperatura y cuenta con fractura de tercio distal del humero.

Inicia su alimentación con una dosificación de 4 ml. de leche para prematuro, por sonda orogastrica a gravedad cada 3 horas los horarios son 9:00 am, 12:00 pm, 15 hrs, 18hrs, 21hrs, 24 hrs, 3 hrs y 6 hrs. De acuerdo a su peso y tolerancia se incrementa todos los días a razón de 4 ml por día. Debido a que presento sepsis y principalmente por prematuridad sus defensas están vulnerables. es apoyado por antibióticos.

Eliminación.

Sus evacuaciones son 2 veces al día, de color verdoso, con una consistencia dura con una cantidad que varía de 10 a 15 ml al día con un olor tolerable. Micción 4 veces al día de color amarillo concentrado. Sudor mínimo se palpa abdomen duro, se encuentra con estreñimiento.

Actividad – ejercicio.

Su baño se le realiza diario, se lleva acabo también cambios de posición 3 veces al día por turno se le realiza mínima manipulación, frecuencia cardiaca de 145 x minuto, frecuencia respiratoria de 47 x minuto, llenado capilar de 2 segundos, ritmo cardiaco rítmico, secreciones broncopulmonares espesas, su fuerza muscular, es de bajo tono. Se encuentra con apoyo ventilatorio fase III en modalidad CPAP, FIO2 25%. Saturación de oxígeno 95%.

Reposo/sueño

El bebe duerme durante todo el día y durante toda la noche; solo se despierta con la manipulación, la iluminación, oxígeno no humidificado, manipulación para muestras de sangre, baño y aspiración de secreciones.

Cognitivo/ perceptual

Permanece somnoliento, irritable por el tubo endotraqueal, reflejos:

- Moro (sobresalto). Ligeramente presente cuando percibe ruidos fuertes
- Presión. El neonato emite una buena presión al tocar su palma o al ponerle algún objeto sobre su manita, la cual su respuesta es de una breve presión que puede tardar por un momento al igual ocurre si se le coloco mi dedo.
- Plantar. Al estimular la planta del pie del niño, éste aprieta los dedos hacia adentro.
- Babinski. Débil pero presente.
- Marcha. Al sostener al recién nacido erecto, este trata de de movilizar uno de sus pies si uno de sus piecitos sobre la superficie plana dando como resultado la movilización del otro.
- Curvatura lateral del tronco. El recién nacido presenta buena percepción de sensibilidad al ponerlo en posición supina, frotándole la columna vertebral, este dobla el tronco al lado que se le estimulo.
- Pupilar. Al ponerle el recién nacido una luz brillante sobre sus ojitos, este dio como respuesta la constricción de sus pupilas.
- succión. Presente pero débil.
- Orientación (búsqueda). Al estimular o rosar las mejillas a los labios del bebe este vuelve la cabeza al lado estimulado.

Se anima a la madre en relación a los cuidados y se motiva a que le hable a su hija le dé su fórmula por sonda orogástrica, bajo mi supervisión para que se sienta confiada en la evolución hacia la mejoría de su bebe.

Autoimagen/ Autoconcepto

La madre se encuentra preocupada por la larga estancia intrahospitalaria de su hija además de su estado de salud, ya que la ve frágil, de bajo peso, y con su fractura ya mencionada, pero se encuentra conforme con el cuidado que proporcionan los médicos y enfermeras y lo externa mencionando su agradecimiento, por parte mía se le anima a la madre a seguir luchando por su hijo.

Rol/relaciones.

Es el primer hijo de padres casados, pero solo la madre y la tía lo visitan. Se le apoya por parte del equipo de enfermería con algunos medicamentos

Afrontamiento/estrés

El estrés de la madre es elevado dado que su hijo lleva 54 días de estancia intrahospitalaria. La enfermera sigue dando apoyo psicológico. El lactante menor también presenta estrés.

Exploración física

Cabeza.

- Cuero cabelludo: Escaso, bien implantado e hidratado, sin presencia de masas y sin ninguna anomalía.
- Ojos: Simétricos, con glándulas lagrimales funcionables, cejas alineadas poco abundantes, pestañas ligeramente
- Cráneo: Normocefalico, con fontanela normotensas.
- Cara: Redonda piel poca hacia afuera, con parparos lubricados.
- Nariz: Simétricamente recta, color uniforme, sin inflamación y sin presencia de secreciones, con presencia de dificultad respiratoria, mucosa reseca, tabique nasal sin desviación alguna.
- Boca: Labios simétricos, con presencia de cianosis, encías blandas y pálidas, textura firme, deshidratada; lengua lisa. Presencia de tubo endotraqueal.
- Orejas: posición simétrica; pabellón auricular móvil. Simétricas y con presencia de pliegues.

Cuello: Cilíndrico e integro, con tráquea desplazable sin presencia de ganglios, con presencia de pulso carotideo. Venodisección en lado derecho.

Tórax: Con síndrome de dificultad respiratoria, mostrando taquipnea tiraje intercostales retracción xifoidea Leve.

Extremidades: Extremidad superior derecha. Con fractura de tercio distal de humero y vendaje tipo velpeau. Resto de las extremidades normalmente firmes integras bien conformadas existe un buen llenado capilar en los pulsos de las extremidades en miembros superiores e inferiores.

Abdomen: Semigloboso depresible. Ruidos intestinales hipoactivos. Muñón umbilical: con buena cicatrización.

Genitales: Órganos reproductivos íntegros sin presencia de anomalías. Con presencia de ano.

Glándulas mamarias: Areola punteada, sin bordes levantados

Diagnósticos Enfermeros

Diagnostico enfermero 1

Dominio 2: Actividad/Reposo

Clase 1: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Patrón respiratorio ineficaz r/c Inmadurez neurológica, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios, dolor m/p Taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar, alteración de los movimientos torácicos.

Diagnostico enfermero 2

Dominio 2: Actividad/Reposo.

Clase 1: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

Respuestas ventilatoria disfuncional al destete r/c Nutrición inadecuada, deterioro del patrón del sueño, dolor no controlado, historia de dependencia ventilatoria de más de 4 días, antecedente de múltiples fracasos en el intento de destete m/p Fatiga, agitación, uso discreto de los músculos accesorios de la respiración, secreciones audibles en la vía aérea, cianosis Aumento de la frecuencia respiratoria basal, disminución de la entrada de aire en la auscultación, incapacidad para cooperar.

Diagnostico enfermero 3

Dominio 11: seguridad/protección

Clase 6: termorregulación.

Termorregulación ineficaz r/c Temperatura ambiental fluctuante, Inmadurez, enfermedad m/p Frialdad de la piel, cianosis de los lechos ungueales, fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia.

Diagnostico enfermero 4

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 2: Lesión física

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, vía aéreas artificial, retención de las secreciones, infección m/p cambios en la frecuencia respiratoria, saturación de 89%, agitación, excesiva cantidad de esputo, cianosis.

Diagnostico enfermero 5

Dominio12: Confort

Clase1: Confort físico

Dolor agudo r/c agentes lesivos como Fx de tercio distal de humero, procedimientos invasivos como tubo endotraqueal, m/p cambios de la frecuencia cardiaca, conducta expresiva como inquietud, gemidos, llanto, irritabilidad y observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.

Diagnostico enfermero 6

Dominio 2: nutrición

Clase 1: ingestión.

Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c Retraso neurológico, prematuridad, dieta absoluta prolongada m/p Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración, incapacidad para iniciar una succión eficaz, incapacidad para obtener una succión eficaz.

Diagnostico enfermero 7

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 2: función gastrointestinal

Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c Nutrición enteral, inmovilidad, agentes farmacológicos (antibióticos) prematuridad m/p Ausencia de ventosidades, distensión abdominal, heces secas, eliminación dificultosa de las heces, cambios en los ruidos intestinales, (hipoactivos).

Diagnostico enfermero 8

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 1: sueño/reposo

Trastorno del patrón del sueño r/c humedad, temperatura ambiental, interrupciones (administración de terapias, control de pruebas de laboratorio), iluminación, ruidos m/p cambios en el patrón normal de sueño.

Diagnostico enfermeros 9

Dominio 2: Nutrición

Clase 4: Metabolismo

Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c prematuridad, monitorización inadecuada de la glicemia, estado de salud física, estrés, pérdida de peso.

Diagnostico enfermero 10

Dominio 7: Rol/relaciones

Clase 1: Roles del cuidador

Riesgo del deterioro parental r/c retraso del desarrollo, enfermedad, nacimiento prematuro, prolongada separación de los padres, falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño, juventud de los padres. Dificultades económicas, bajo nivel educacional, clase socioeconómica baja, separación de los padres y el niño, entorno domestico pobre, estrés.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las vías aéreas</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Intubación y estabilización de las vías aéreas</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de vías aéreas. • Realizar fisioterapia pulmonar si lo requiere y aspiración de secreciones en caso de ser necesario. • Auscultar campos pulmonares identificando áreas de disminución o ausencia de entrada de aire y la presencia de ruidos anormales. • Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede. • Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. • Vigilar el estado respiratorio, oxigenación. 			<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar el tamaño y tipo correcto de la vía aérea en este caso orofaríngea y calibre de la cánula endotraqueal de acuerdo a peso del neonato: 1.kg= a 3. • Colaborar durante la intubación, dar posición (neutra), administrar • medicamentos prescritos acorde a la prescripción médica y observar la • presencia de alguna complicación durante el procedimiento. • Auscultar tórax después de la intubación para corroborar colocación correcta del tubo endotraqueal así como la ventilación de ambos campos pulmonares. • marcar el tubo endotraqueal de acuerdo al tamaño y peso del neonato y registrar (peso + 6 = número de referencia) • Fijar cánula endotraqueal con cinta adhesiva o un dispositivo de estabilización. • Verificar posición del tubo endotraqueal por medio de radiografía de tórax para asegurando la canulación de la tráquea 2 a 4 cm por encima de las Carina. • Minimizar tracción y palanca de la vía aérea artificial colgando el intubado de ventilador de soportes desde arriba, utilizando montajes flexibles del catéter, soportando los tubos durante el giro, succión y conexión/desconexión del ventilador.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Monitorización respiratoria</i>		<i>INTERVENCIONES (NIC): Aspiración de la vías aéreas</i>
<i>ACTIVIDADES:</i>		<i>ACTIVIDADES:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si se producen respiraciones ruidosas. • Palpar para ver si la expansión pulmonar es simétrica • Auscultar los sonidos respiratorios. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. • Observar si hay disnea o sucesos que la mejoren o empeoren. • Realizar seguimiento de los informes radiológicos. • Observar la presencia de fatiga muscular diafragmática. 		<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y /o traqueal. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara. • Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador mecánico o bolsa de resucitación manual. • Seleccionar un catéter de aspiración en este caso sonda de alimentación Fr. 8 para el tubo endotraqueal, 5Fr para narinas. • Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para la extracción de las secreciones. • Observar el estado de oxígeno del paciente (saO2) y estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de la succión. • Aspirar lo orofaringe después de terminar la succión traqueal. • Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia y /o desaturación. Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 9 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Se efectúa vigilancia estricta del patrón respiratorio del neonato observando la frecuencia, ritmo, profundidad y saturación de oxígeno. • La elevación de la barbilla se realiza abriendo la vía aérea favoreciendo la ventilación pulmonar. • El paciente se encuentra en fase ventilatoria III en modalidad TCPL/SIMV con una presión , máxima de 13 y PEEP de 3, con FIO2 de .25 frecuencia 20, flujo máximo 8.0, la saturación de oxígeno se mantiene en promedio de 96%. • 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: 14 Puntuación postintervención: 20 Puntuación cambio fue (+6).</p> <p>Resultado esperado: Mantener el aporte de oxígeno y saturación</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia respiratoria(3) a (5) 2. Ritmo respiratorio(3) a (5) 3. Profundidad de la respiración(4) a (5) 4. Saturación de oxígeno.(4) a(5) <p>Se tuvo una puntuación basal: 13 Puntuación postintervención: 20 Puntuación cambio fue (+7).</p> <p>Resultado esperado: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria(3)a (5) • Ritmo respiratorio (4)a (5) • Profundidad de la inspiración.(4) a(5) • Capacidad de eliminar secreciones(2)a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio 2: Actividad/reposo</i>	<i>Clase 1: Respuesta cardiovascular/pulmonar</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: incapacidad para adaptarse a la reducción de los niveles del soporte ventilatorio mecánico, lo que interrumpe y prolonga el periodo de destete.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Respuesta ventilatoria disfuncional al destete.(00034)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Nutrición inadecuada, deterioro del patrón del sueño, dolor no controlado, historia de dependencia ventilatoria de más de 4 días, antecedente de múltiples fracasos en el intento de destete.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Fatiga, agitación, uso discreto de los músculos accesorios de la respiración, secreciones audibles en la vía aérea, cianosis Aumento de la frecuencia respiratoria basal, disminución de la entrada de aire en la auscultación, incapacidad para cooperar.</p>			Estado respiratorio: Mantener el aporte de oxígeno y saturación.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria(3) • Ritmo respiratorio(3) • Profundidad de la respiración(4) • Capacidad vital.(4) • Saturación de oxígeno.(4) 	<p>1.- Desviación grave del rango normal</p> <p>2.- Desviación sustancial</p> <p>3.- Desviación moderada</p> <p>4.- Desviación leve</p> <p>5.- Sin Desviación del rango normal</p>	<p>Mantener a:18</p> <p>Aumentar a :25</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Destete de la ventilación mecánica</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar las condiciones que indican la necesidad de un soporte de ventilación, como fatiga de los músculos respiratorios. • El paciente presenta modalidad CPAP esta listo para el destete. • Asegúrese de que las alarmas del ventilador están conectadas. • controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno, (fiebre dolor.) 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. • Proporcionar cuidados para aliviar el distress del paciente, posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación. • Realizar terapia antiséptica en todos los procedimientos de succión, si procede. • Documentar todas respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador. • Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada 			<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la preparación del paciente para el destete. • Controlar los predictores de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro. • Asegurarse de que el lactante esté libre de infecciones importantes antes del destete. • Observar si el estado de líquidos y electrolítico es el óptimo. • Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático. • Aspirar la vía aérea si es necesario. • Observar si ay signos de fatiga muscular respiratoria, hipoxemia e hipoxia tisular mientras se procede al destete. • Administrar medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso. • Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante los intentos iniciales del destete.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Desintubación endotraqueal</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero de la cama elevado a 75°. • Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal. • Aspirar la vía aérea bucal. • Administra oxígeno según prescripción. • Aspirar la vía aérea si es preciso. • Observar si hay distres respiratorio. • Observar si hay signos de oclusión. • Vigilar los signos vitales. 			<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 calefactado y humidificado. • Administrar oxígeno suplementario según ordenes. • Vigilar el flujo de litro de oxígeno. • Evaluar la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso • comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. • Observar signos de hipoventilación inducida por el oxígeno, toxicidad o atelectasia por absorción. • Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 9 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El día 20 de julio del 2011, El paciente se encuentra en fase ventilatoria III en modalidad CPAP/PSV con una saturación de 98% y el médico informa a los padres que está listo para quitarle el ventilador mecánico durante el día. Se retira en el turno vespertino. ▪ Para el día 21 de julio a las 8 hrs se recibe al paciente en fase ventilatoria I con oxígeno en escafandra a 3 lts, minuto, y la saturación se mantiene en 96%. ▪ Se sigue monitorizando los signos vitales cada hora sin presentar ninguna alteración en el estado respiratorio, ni hemodinámico. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 18 Puntuación postintervención: 25 Puntuación cambio fue (+7).</p> <p>Resultado esperado: Estado respiratorio: Mantener el aporte de oxígeno y saturación.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Frecuencia respiratoria(3) a (5) 6. Ritmo respiratorio(3) a (5) 7. Profundidad de la respiración(4) a (5) 8. Capacidad vital.(4) a (5) 9. Saturación de oxígeno.(4) a(5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

<i>INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de los signos vitales.</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Tratamiento de la hipotermia</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • controlar periódicamente pulso, temperatura y respiración. • Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura • Observar y registrar si ay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Controlar periódicamente la pulsioximetría. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Observar si ay cianosis distal y periférica. • Observar si ay llenado capilar normal • Identificar causas probables de los cambios en los signos vitales. 			<ul style="list-style-type: none"> • Retirar al paciente del frio y colocarlo en un ambiente cálido. • Monitorizar la temperatura del paciente con un termómetro. • Instaurar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura corporal. • Observar si se presentan cambios en la coloración de piel y escalofríos. • Cubrir con mantas calientes o colocar un gorro. Si procede. • Administrar oxígeno calentado si procede. • Monitorizar el color y la temperatura de la piel. • Monitorizar los signos vitales.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Regulación de la temperatura</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental: confort</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura cada hora. • Vigilar la temperatura hasta que se estabilice. • Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua. • Controlar los demás signos vitales. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Observar y registrar si ay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Favorecer la ingesta nutricional y de líquidos adecuada. • Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor. • Colocar mantas previamente calentadas. • Colocar al paciente en cuna térmica radiante. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 			<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente tranquilo, limpio y seguro. • Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el lactante. • Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura. • Realizar baño con agua tibia. • Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio.

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 19 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La temperatura de la UCIN es de 25 °C., la cuna térmica se revisa y mantiene una temperatura ideal para proporcionar una eutermia de entre 36.5 y 37.5 °C. ▪ Se toman signos vitales cada hora encontrándose que desciende la temperatura a la hora del baño, por lo tanto se toman medidas de precaución, como agua tibia y un baño rápido, las actividades que se realizan son mantener la temperatura con sabanas para cambiar la cuna; precalentadas. ▪ En la sala no se cuenta con oxígeno precalentado, por lo tanto se vigila estrechamente sus signos vitales. ▪ Se mantiene eutermia durante el resto de su estancia intrahospitalaria. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 9 Puntuación postintervención: 15 Puntuación cambio fue: (+6).</p> <p>Resultado esperado: signos vitales estables.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal(2) a (5) • frecuencia cardiaca apical.(3) a (5) • Frecuencia respiratoria.(4) a (5) <p>Se tuvo una puntuación basal: 14 Puntuación postintervención: 20 Puntuación cambio fue :(+6).</p> <p>Resultado esperado: termorregulación: recién nacido</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de la temperatura(3) a (5) • Inquietud(4) a (5) • Cambios de coloración cutánea (3) a(5) • Hipotermia(4) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio I: seguridad/protección</i>	<i>Clase : lesión física</i>						
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</i>				<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
<p>DEFINICION: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u></p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas.(00031)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Mucosidad excesiva, vía aérea artificial, retención de las secreciones, infección.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></p> <p>Cambios en la frecuencia respiratoria, saturación 89%, agitación, excesiva cantidad de esputo, cianosis.</p>				<p>Estado Respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria(3) • Ritmo respiratorio.(4) • Profundidad de la inspiración.(3) • Capacidad de eliminar secreciones(2) 	<p>1.- Desviación grave del rango normal</p> <p>2.- Desviación sustancial</p> <p>3.- Desviación moderada</p> <p>4.- Desviación leve</p> <p>5.- Sin Desviación del rango normal</p>	<p>Mantener: 12</p> <p>Aumentar a:20</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC) Monitorización respiratoria</i>		<i>INTERVENCIONES (NIC): Aspiración de la vías aéreas</i>
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si se producen respiraciones ruidosas. • Palpar para ver si la expansión pulmonar es simétrica • Auscultar los sonidos respiratorios. • Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitaciones. • Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. • Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. • Observar si hay disnea o sucesos que la mejoren o empeoren. • Realizar seguimiento de los informes radiológicos. • Observar la presencia de fatiga muscular diafragmática. 		<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y /o traqueal. • Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. • Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara. • Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador mecánico o bolsa de resucitación manual. • Seleccionar un catéter de aspiración en este caso sonda de alimentación Fr. 8 para el tubo endotraqueal, 5Fr para narinas. • Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para la extracción de las secreciones. • Observar el estado de oxígeno del paciente (saO2) y estado hemodinámico, inmediatamente antes, durante y después de la succión. • Aspirar lo orofarínge después de terminar la succión traqueal. • Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia y /o desaturación. • Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas

<i>INTERVENCIONES (NIC):Fisioterapia respiratoria</i>		<i>INTERVENCIONES (NIC): Oxigenoterapia</i>
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado. • Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada. • Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos. • Utilizar nebulizador. • Administrar broncodilatadores, si está indicado. • Administrar agentes mucolíticos. • Controlar la cantidad y tipo de expectoraciones de esputos. • Observar la tolerancia del paciente por medio de la saturación de oxígeno ritmo y frecuencias respiratorios. 		<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 calefactado y humidificado. • Administrar oxígeno suplementario según ordenes. • evaluar la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso • comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia. • Observar signos de hipoventilación inducida por el oxígeno, toxicidad o atelectasia por absorción. • Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas según tolerancia

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El día 18 de julio del 2011 se recibe al lactante menor con fase ventilatoria III ayuda a la eliminación de las secreciones por medio de aspiración de las secreciones de manera gentil y técnica estéril, observándose secreciones espesas abundantes. ▪ A las 12 hrs se proporciona micronebulizaciones con 3ml de solución hipertónica (resulta de la unión de 2 ml de concentrado de sodio y 8 ml de SAF al 0.9%) mas 0.3 ml de salbutamol para nebulizar mas 1ml de pulmicort cada 6 hrs. ▪ Posterior se realiza fisioterapia pulmonar dando ligeros golpecitos en la espalda y se procede nuevamente a las aspiración de secreciones dejando el tracto respiratorio libre de secreciones pulmonares estas a la vez se encuentran escasa y blanquecinas. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 12 Puntuación postintervención: 20 Puntuación cambio fue :(+8).</p> <p>Resultado esperado: Estado Respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria(3) a(5) • Ritmo respiratorio.(4) a(5) • Profundidad de la inspiración.(3) a(5) • Capacidad de eliminar secreciones(2) a(5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio 12: confort</i>		<i>Clase 1: confort físico.</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Dolor agudo (000132)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Agentes lesivos como: Fx de tercio distal del humero, procedimientos invasivos.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Cambios de la frecuencia cardiaca, conducta expresiva como inquietud, gemidos, llanto, irritabilidad y observación de evidencias de dolor, trastornos del sueño.</p>				<p>Nivel del dolor</p> <p>Severidad de la lesión física</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gemidos y gritos (3) Expresiones faciales de dolor.(2) Agitación(3) Irritabilidad (2) Muecas de dolor(3) Fractura de extremidad(1) Alteración de la movilidad.(1) Deterioro cognitivo.(2) 	<p>1.- Grave</p> <p>2.- Sustancial</p> <p>3.- Moderado</p> <p>4.- Leve</p> <p>5.- Ninguno</p>	<p>Mantener a: 13</p> <p>Aumentar :25</p> <p>Mantener a: 4</p> <p>Aumentar :15</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo del dolor</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Precauciones circulatorias</i>
<i>ACTIVIDADES:</i>			<i>ACTIVIDADES:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, /duración, severidad del dolor y factores desencadenantes. • Observar claves no verbales de molestia. • Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva). • Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos). • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológicas) que faciliten el alivio del dolor, si procede • Utilizar medidas del control de dolor antes que el dolor sea más severo. • Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo. • Fomentar periodos de descanso/sueños adecuados que faciliten el alivio del dolor 			<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 aplicar presión o realizar torniquete en la extremidad afectada. • Evitar lesiones en la parte afectada. • Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor, o edema.

<i>INTERVENCIONES (NIC):Inmovilización</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de tracción/movilización.</i>
ACTIVIDADES:			ACTIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar con soporte la parte corporal afectada. • Colocar un cabestrillo para el reposo de la parte corporal lesionada. • Acolchar la parte lesionada para evitar la fricción con otro dispositivo. • Vendaje tipo velpeu. • Mover la extremidad lesionada lo menos posible. • Comprobar la circulación de la parte corporal afectada. • Vigilar la integridad de la piel. • Realizar el apoyo de las manos paralizadas en una posición funcional. 			<ul style="list-style-type: none"> • Colocarlo en una correcta alineación corporal. • Vigilar la piel y las prominencias Oseas para vigilar si ay signos de ulcera por decúbito. • Vigilar la circulación, movimiento y sensibilidad de la extremidad afectada • Observar si se producen complicaciones por la inmovilidad.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Monitorización de signos vitales</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Administración de analgésicos</i>
ACTIVIDADES:			ACTIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • controlar periódicamente pulso, temperatura y respiración. • Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura • Observar y registrar si ay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Observar la presencia y calidad de los pulsos. • Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio. • Controlar periódicamente la pulsioximetría. • Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. • Observar si ay cianosis distal y periférica. • Observar si ay llenado capilar normal • Identificar causas probables de los cambios en los signos vitales. 			<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Elegir la vía i.v. para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor. • Controlar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos narcóticos. • Evaluar la eficacia del analgésico y efectos adversos (depresión respiratoria estreñimiento, náuseas, vómito) • Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos.

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realiza exploración física encontrándose edema en miembro superior derecho, placa muestra fx de tercio distal de humero, manifiesta dolor por expresiones faciales a la manipulación, se disminuye la manipulación. ▪ Se mantiene inmovilización del miembro y se coloca vendaje tipo velpeau. ▪ Se proporciona confort colocándolo en decúbito lateral izquierdo u otras que mejoren la circulación sanguínea. ▪ Se colocan almohadillas para ayudar en el soporte de la extremidad. ▪ El día 22 de julio disminuye el edema de la extremidad. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 13 Puntuación postintervención: 25 Puntuación cambio fue (+12).</p> <p>Resultado esperado: Nivel de dolor.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemidos y gritos (3) a(5) • Expresiones faciales de dolor.(2) a (5) • Agitación(3) a(5) • Irritabilidad (2) a (5) • Muecas de dolor(3) a (5) <p>Se tuvo una puntuación basal: 4 Puntuación postintervención: 15 Puntuación cambio fue (+11).</p> <p>Resultado esperado: severidad de la lesión física.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fractura de extremidad(1) a(5) • Alteración de la movilidad.(1) a(5) • Deterioro cognitivo.(2) a(5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio 2: Nutrición</i>		<i>Clase 1: Ingestión</i>				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: 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><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Patrón de alimentación ineficaz del lactante.(00107)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Retraso neurológico, prematuridad, dieta absoluta prolongada.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración, incapacidad para iniciar una succión eficaz, incapacidad para obtener una succión eficaz</p>			<p>Estabilidad del estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Función gastrointestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria por sonda.(3) • Administración de líquidos i.v.(3) • Tolerancia alimentos/alimentación. (3) • Perímetro abdominal(3) • Ruidos abdominales(4) 	<p>1.- inadecuado. 2.- ligeramente adecuado. 3.- moderadamente adecuado. 4.- sustancialmente adecuado. 5.- completamente adecuado.</p> <p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.,moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido. 5.- no comprometido.</p>	<p>Mantener a: 6</p> <p>Aumentar a : 10</p> <p>Mantener a:10</p> <p>Aumentar a:15</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo de electrolíticos.</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Terapia intravenosa.</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Observar si los electrolíticos en suero son normales. • Observar si ay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. • Mantener acceso i.v. permeable. • Mantener solución intravenosa que contenga electrolitos a un flujo constante. • Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación. • Administras medicamentos productores de electrolitos (espirinolactona). • Obtener muestras de laboratorio de los niveles de electrolitos 			<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la orden de la terapia intravenosa. • Realizar aséptica estricta. • Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad, y catéter de soluciones, y que no haya daños en el envase. • Realizar los 5 principios antes de iniciar la infusión o administración de medicamentos. (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia). • Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v. si está indicado. • Realizar los cuidados del sitio i.v. de acuerdo con el protocolo del centro. • Volver a colocar el sistema i.v., los aparatos a la solución de infusión cada 48 hrs horas, según el protocolo del centro. • Mantener las precauciones universales. • Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas. • Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v. • Irrigar las vías intravenosas ante la administración de soluciones incompatibles. Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión. • Registra los ingresos y egresos si procede. • Documentar la terapia prescrita según protocolo del centro. • Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Ayuda para ganar peso</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Alimentación enteral por sonda</i>
<i>ACTIVIDADES</i>			<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente a los intervalos determinados. • Analizar las posibles causas del bajo peso corporal. • Controlar periódicamente el consumo diario de calorías. • Proporcionar alimentos adecuados al paciente formulas mezcladas por medio de sonda orogástrica. 			<ul style="list-style-type: none"> • Insertar una sonda orogastrica. • Aplicar sustancia de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo. • Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando en la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. • Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta. • Confirmar la colocación del tubo mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través del tubo, según protocolo del centro. • Observar si ay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 hrs si procede. • Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. • Elevar el cabecero de 30 a 45° durante la alimentación. • Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal. • Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°. • Irrigar la sonda cada 4 a 6 hrs, durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. • Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. • Observar si ay sensación de plenitud, nauseas y vomito. • Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos. • Mantener inflado el dispositivo de sujeción del tubo endotraqueal o traqueotomía durante la alimentación si es el caso. • Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral • Cambiar el lugar de introducción y l tubo de infusión según el protocolo del centro. • Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 9 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> El día 18 de julio de 2011 se encuentra en ayuno con sonda orogástrica No. 5 French, se mantiene con esquema de soluciones parenterales con electrolitos manteniendo un flujo constante para 24 hrs. Pasando por catéter central por venodisección control estricto de ingresos y egresos. El peso del neonato durante la estancia hospitalaria es 1.170 Kg monitorizado todos los jueves por el personal de Enfermería observando el día 21 de julio un peso de .1.2 Kg. El día 18 de julio a las 9:00 horas es iniciada la alimentación por sonda orogastrica con fórmula para prematuro 4 ml cada 3 hrs, sin presentando leve distensión abdominal. Para el día 19 de julio no ay alteración en el perímetro abdominal. El día 22 de julio se incrementa la fórmula maternizada a 12 ml. Por incremento de peso. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 6 Puntuación postintervención: 10 Puntuación cambio fue (+4).</p> <p>Resultado esperado: Estabilidad del estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingestión alimentaria por sonda.(3)a (5) Administración de líquidos i.v.(3)a (5) <p>Se tuvo una puntuación basal: 10 Puntuación postintervención: 15 Puntuación cambio fue (+5).</p> <p>Resultado esperado: función gastrointestinal.</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tolerancia alimentos/alimentación.(3) a(5) Perímetro abdominal (3) a (5) Ruidos abdominales (4) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio 3: eliminación e intercambio</i>	<i>Clase 2: función gastrointestinal</i>							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>DEFINICION: aumento o disminución, ineficacia falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Nutrición enteral, inmovilidad, agentes farmacológicos(antibióticos) prematuridad</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Ausencia de ventosidades, distensión abdominal, heces secas, eliminación dificultosa de las heces, cambios en los ruidos intestinales, (hipoactivos).</p>				Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Color de las heces(4) • Cantidad de las heces en relación con la dieta.(1) • Facilidad de eliminación de las heces.(2) 	<p>1.-Gravemente comprometido. 2.-Sustancialmente comprometido. 3.,moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido. 5.- no comprometido.</p>	<p>Mantener a:7</p> <p>Aumentar a :15</p>	

<i>INTERVENCIONES (NIC): Evacuación inmediata</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo del estreñimiento/impactación</i>
<i>ACTIVIDADES:</i>			<i>ACTIVIDADES:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la habilidad para reconocer la urgencia de evacuar. • Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón de las evacuaciones. • Establecer intervalos del programa inicial de evacuación puntual a partir del patrón de las evacuaciones. • Establecer un inicio y un final para el programa de evacuación puntual si no es de 24 horas. 			<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los signos y síntomas de estreñimiento • Vigilar los signos y síntomas de impactación. • Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color • Vigilar la existencia de peristaltismo. • Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo. • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Evaluar la medicación para ver si ay efectos gastrointestinales secundarios. • Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional • Extraer la impactación manualmente. • Pesar al paciente regularmente.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo intestinal</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Entrenamiento intestinal</i>
ACTIVIDADES:			ACTIVIDADES:
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal • Observar si ay sonidos intestinales. • Informar si ay disminución de los ruidos intestinales. • Informar si ay síntomas de estreñimiento o impactacion. • Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. • Obtener un estimulante para las heces si procede. 			<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. • Realizar estimulación rectal si procede. • Enseñar a los familiares como realizar la estimulación rectal si procede. • Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

Nombre: P.M.
 Edad: lactante menor
 Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
 Fecha: 18 de julio 2011
 Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCION	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El día 18 de julio del 2011 no se observa ninguna evacuación durante el turno, se avisa al médico y ordena estimulación rectal por razón necesaria. ▪ Al iniciar la dieta se ausculta buena motilidad intestinal. ▪ Como maneja antibióticos que ayudan ala impactacion se sigue manteniendo la estimulación rectal. ▪ Se proporciona ligero masaje abdominal. ▪ Para el 20 de julio se observan aumento de las evacuaciones a razón de la ingesta de la dieta obteniéndose una evacuación por toma. ▪ Para el 22 de julio ya no es necesaria la estimulación rectal. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 7 Puntuación postintervención: 15 Puntuación cambio fue (+8).</p> <p>Resultado esperado: Eliminación intestinal</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Color de las heces(4)a (5) • Cantidad de las heces en relación con la dieta.(1) a (5) • Facilidad de eliminación de las heces.(2) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio 4: actividad/reposo</i>		<i>Clase 1:sueño/ reposo</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: interrupción durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debido a factores externos</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u> Trastorno del patrón del sueño (00198)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u> Humedad, temperatura ambiental, interrupciones (administración de terapias, control de pruebas de laboratorio), iluminación ruidos.</p> <p><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Cambios en el patrón normal del sueño, disminución de la capacidad para funcionar.</p>				Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño(3) • Patrón del sueño(2) • Duerme toda la noche(3) • Cama confortable (4) • Temperatura de la habitación confortable.(4) 	<p>1.-Gravemente comprometido.</p> <p>2.-Sustancialmente comprometido.</p> <p>3.,moderadamente comprometido</p> <p>4.-Levemente comprometido.</p> <p>5.- no comprometido.</p>	<p>Mantener a :16</p> <p>Aumentar a :25</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo ambiental</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Técnicas de relajación</i>
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • .Crear un ambiente seguro para el paciente. • disponer de medidas de seguridad mediante uso de acolchonamiento. • Proporcionar un entorno limpio y cómodo. • Evitar las exposiciones a corrientes exceso de calefacción o frío. • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos cuando sea posible. • Disminuir los estímulos ambientales. • Ajustar una temperatura ambiental, adaptadas a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal. • Evitar o controlar los ruidos indeseables o excesivos. • Limitar las visitas. 			<ul style="list-style-type: none"> • Coger y calmar al bebe. • Hablar suavemente o cantar al bebe. • Ofrecer tranquilidad. • Facilitar “tiempos muertos” en la habitación • Permanecer con el paciente. • Ofrecer leche. • Acariciar la frente. • Frotar la espalda. • Ofrecer un baño o ducha caliente.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Mejorar el sueño</i>			<i>INTERVENCIONES (NIC): Baño</i>
ACTIVIDADES			ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Observar las circunstancias físicas que interrumpen el sueño como vías aéreas obstruidas, dolor estrés. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes. • Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso. • Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de por lo menos 90 minutos. • Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales. 			<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar con la ducha de cama. • Lavar el cabello. • Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable. • Ayudar con el cuidado perianal. • Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. • Controlar la capacidad funcional durante el baño.

Nombre: P.M.
 Edad: lactante menor
 Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
 Fecha: 18 de julio 2011
 Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El día 18 de julio 2011 se observa al lactante menor con breves periodos de sueño por la iluminación, se realiza aislamiento ocular. ▪ Todos los días se realiza baño con agua tibia ayudando a la relajación. ▪ Se coloca crema en el cuerpo y se da un ligero masaje. ▪ Se evita la estimulación táctil excesiva, y se procede al manejo de la voz suave. ▪ Para el día 22 de julio Se observan mejoría en el patrón del sueño 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 16 Puntuación postintervención: 25 Puntuación cambio fue (+9).</p> <p>Resultado esperado: sueño</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño(3) a(5) • Patrón del sueño(2)a (5) • Duerme toda la noche(3) a(5) • Cama confortable (4) a(5) • Temperatura de la habitación confortable.(4) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio2:nutrición</i>		<i>Clase 4:Metabolismo</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.</p> <p><u>Etiqueta (problema) (P)</u></p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable.(00179)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Nivel de desarrollo, aporte dietético, monitorización inadecuada, estado de salud física, periodos de crecimiento rápidos aumento de peso, pérdida de peso, estrés.</p>				Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> • Concentración sanguínea de glucosa.(4) • Hemoglobina glucosilada.(4) 	<p>1.- Desviación grave del rango normal</p> <p>2.- Desviación Sustancial del rango normal</p> <p>3.- Desviación Moderada del rango normal</p> <p>4.- Desviación leve del rango normal</p> <p>5.- Sin Desviación del rango normal</p>	<p>Mantener a:13</p> <p>Aumentar a : 15</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Muestra de sangre capilar.</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Reposición de líquidos.</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la identificación correcta del paciente. • Elegir el lugar de punción cara inferior externa del talón. • Utilizar técnicas asépticas en la punción. • Pinchar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de punción aprobado. • Quitar la primera gota de sangre con una gasa seca, según protocolo. • Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba (dejar caer una gota en la zona del filtro). • Vendar el lugar de punción. Documentar la realización de la extracción de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vena periférica de grueso calibre. • Administración de líquidos intravenosos según prescripción. • Monitorizar el estado de oxigenación. • Observar si existe sobre carga de líquidos. • Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hipoglucemia.</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la hiperglucemia.</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia. • Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia. • Vigilar los niveles de glucosa en sangre si procede. • Monitorizar si ay signos y síntomas de hipoglucemia(palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, temblores, somnolencia, ataques convulsivos, debilidad, irritabilidad,) • Administración de glucosa intravenosa si está indicado. • Mantener una vía i.v. permeable. • Mantener vías aéreas libres si está indicado. • Proteger contra lesiones si está indicado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles de glucosa en sangre si procede. • Observar signos y síntomas de hiperglucemia (poliuria, malestar, letargia). • Vigilar la presencia de cuerpos cetonicos en orina. • Administrar insulina si procede. • Realizar balance hídrico(incluyendo ingesta y eliminación) si está indicado • Mantener una vía i.v. si lo requiere. • Administrar líquidos i.v. si procede. • Consultar al médico si persiste o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia

Nombre: P.M.
Edad: lactante menor
Hora: 8 hrs

Servicio: UCIN
Fecha: 18 de julio 2011
Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La glicemia capilar se realiza todos los días cada 24 hrs, a las 8 hrs junto con los signos vitales y el baño para disminuir la manipulación. ▪ Se vigila estrechamente todos los signos de hipo e hiperglucemia. ▪ Se monitorizan los signos vitales. ▪ El aporte calórico de la alimentación enteral, y los líquidos intravenosos mantienen la glucosa en los niveles séricos adecuados. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 13 Puntuación postintervención: 15 Puntuación cambio fue (+): 2</p> <p>Resultado esperado: nivel de glucemia</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentración sanguínea de glucosa. (4) a (5) • Hemoglobina glucosilada. (4) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ

<i>Dominio7:rol/relaciones</i>	<i>Clase 1:roles del cuidador</i>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>DEFINICION: 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></p> <p>Riesgo del deterioro parental(00057)</p> <p><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></p> <p>Retraso del desarrollo, enfermedad, nacimiento prematuro, prolongada separación de los padres, falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño, juventud de los padres. Dificultades económicas, bajo nivel educacional, clase socioeconómica baja, separación de los padres y el niño, entorno domestico pobre, estrés.</p>			<p>Conocimiento: cuidados del lactante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo normal del lactante(1) • Practicas para la seguridad del lactante.(2) • Técnicas de alimentación del lactante.(1) • Patrones de sueño y despertar del lactante.(2) • Métodos de estimulación para el lactante.(1) • Necesidades asistenciales especiales.(2) • Recursos sociales disponibles(3) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso. 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso. 	<p>Mantener a:12</p> <p>Aumentar a: 35</p>

<i>INTERVENCIONES (NIC): Apoyo al cuidador principal</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza: nutrición del bebe(0-3 meses)</i>
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes débiles. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede. • Animar al cuidador que asuma su responsabilidad, si es el caso. • Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. • Animar a la aceptación de independencia entre los miembros de la familia. • Controlar el problema de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. • Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. • Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente. • Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del paciente. • Observar si hay indicios de estrés. • Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés. • Educar al cuidador sobre los procesos de quejas. • Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. • Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. • Promover una red social de cuidadores. • Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. • Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas. • Enseñar a los padres/cuidador a sujetar siempre al bebé mientras se le dé el biberón. • Enseñar a los padres/cuidador a alimentar solo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses). • Enseñar a los padres/cuidador a no dar el biberón en la cama. • Enseñar a los padres a evitar el uso de miel o jarabe de cereales. • Enseñar a los padres/cuidador a desechar las sobras de leche de fórmula y limpiar el biberón después de cada toma.

<i>INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza: seguridad del bebé(0-3 meses)</i>	<i>INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza: estimulación del bebe(0-4 meses)</i>
<p align="center">ACTIVIDADES:</p>	<p align="center">ACTIVIDADES:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas. • Enseñar a los padres/cuidador a colocar la bebe sobre la espalda para dormir y evitar dejar suelta la ropa de cama, almohadas y juguetes. • Enseñar a los padres/cuidador a utilizar y mantener correctamente todo el equipo, por ejemplo hamacas, cunas portátiles. • Enseñar a los padres/cuidador a evitar coger al bebe mientras se toman bebidas calientes. • Enseñar a los padres/cuidador a sujetar al bebe mientras se alimenta, evitando apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de formula. • Enseñar a los padres/cuidador a comprobar la temperatura del agua del baño. • Enseñar a los padres/cuidador a no agitar, sacudir o balancear al bebe en el aire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Describir el desarrollo normal del pequeño. • Ayudar a los bebes a identificar aspectos de predisposición a la estimulación por parte del niño. • Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebe. • Enseñar a los padres/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial. • Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza. • Enseñar a los padres a fomentar la interacción cara a cara con el bebe. • Enseñar a los padres a hablar, cantar, y sonreír al bebe mientras se le cuida. • Enseñar a los padres a dar un masaje al bebe con una loción o con caricias suaves pero firmes. • Enseñar a los padres a decir el nombre del bebe con frecuencia. • Enseñara a los padres a tocar y abrazar al bebe con frecuencia. • Enseñar a los padres a responder a los lloros, cogiendo, acunando, hablando, cambiando de posición, frotando/ masajeando al bebe. • Enseñar a los padres a potenciar el uso de sonajeros, animando a seguir el sonido. • Enseñar a los padres a dar oportunidades al niño para que alcance los objetos. • Enseñar a los padres a colocar al bebe boca abajo mientras está despierto para animarle a levantar la cabeza.

Nombre: P.M.
 Edad: lactante menor
 Hora: 9 hrs

Servicio: UCIN
 Fecha: 20 de julio 2011
 Ingreso: 26 de mayo de 2011

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • El día 20 de julio del 2011 durante la hora de visita se informa a los padres sobre la aplicación del proceso enfermero sobre su hijo se obtiene el consentimiento informado por parte de la madre y se platica sobre las dudas que tienen sobre la enfermedad de su hijo. • En los horarios de visita se le explico a los padres la importancia de manifestar afecto a su hijo proporcionándole caricias, masajes, platicarle. • Los padres responden favorablemente participando en el cuidado del bebe durante la visita. • El día 5 de agosto se les da a conocer a los padres los ejercicios del programa de estimulación temprana del niño de 0 a 3 meses, informándole a la madre que estos deben ser realizados durante la visita y en su casa la madre expresa sus dudas y realiza la devolución del procedimiento. • Se insta a que al egreso del lactante se interesen en darle seguimiento a las consultas con el pediatra. • Se anima a hacer uso del seguro popular de cual ya tienen información. 	<p>Se tuvo una puntuación basal: 12 Puntuación postintervención: 35 Puntuación cambio fue (+): 23</p> <p>Resultado esperado: Conocimiento: cuidados del lactante</p> <p>Indicadores (basal y postintervención)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo normal del lactante (1) a (5) • Practicas para la seguridad del lactante. (2) a (5) • Técnicas de alimentación del lactante. (1) a (5) • Patrones de sueño y despertar del lactante. (2) a (5) • Métodos de estimulación para el lactante. (1) a (5) • Necesidades asistenciales especiales. (2) a (5) • Recursos sociales disponibles (3) a (5)

Nombre de la enfermera: _____

L.E. Glorisela Aguirre Millán

Conclusión

La elaboración de este proceso de atención de Enfermería realmente me compromete con mi profesión ya que me permitió darme cuenta de la importancia que tiene el saber más que nada el fundamento científico de las cosas que se hacen en forma rutinaria y que a veces no se le da la importancia que requieren, y que vienen a afectar a estos seres tan vulnerables como son los prematuros.

De igual forma al aplicar el proceso enfermero se logro ayudar al lactante menor de manera holística, así como era importante vigilar el patrón respiratorio también lo era regular y mantener la eutermia, ya que la hipotermia puede matar a un prematuro incapaz de regular todas sus funciones metabólicas.

Todo esto me sirvió de motivación para seguir superándome, adquirir más conocimientos y al llevarlos a la práctica colaborar con la mejoría del lactante menor quien fue el más beneficiado ya que al priorizar las intervenciones de Enfermería los resultados fueron los esperados en la mayoría de los casos.

Agradezco a las personas que en todo momento me apoyaron y me orientaron para lograr este requisito académico y educativo ahora se un poquito más y él porque estoy haciendo las cosas, adquirir más conocimientos los lleve a la práctica y sobre todo me humanice.

Referencias Bibliográficas

Internet

Comisión permanente de Enfermería (2011) disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/. Recuperado: 17/diciembre/ 2011

Organización Mundial de la Salud (2010). *Enfermería*. Disponible en:

<http://www.who.int/topics/nursing/es/>. Recuperado: 22/noviembre/2011.

Martín, Martín. *Prematurez*. Disponible en:

http://www.elizalde.gov.ar/area_medica/Normas/nuevas/prematurez.doc. Recuperado: 18/diciembre/ 2011.

Secretaría de Salud [SSA] 2007-2012. Programa Nacional de Salud 2007- 2012 en la Estrategia 5.1. Implantar un sistema integral y sectorial de calidad a través del programa SI CALIDAD. México, D.F.

Libros:

Alfaro-lefevre, Rosalinda (2008). *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración* 7ª edición. MASSON

Gordon, M. (1995). *Diagnóstico enfermero*. Editorial Harcourt Brace. 3 Edición Barcelona España.

Iyer, Patricia W. (1997) *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. 3°.edición. McGraw-Hill Interamericana.

Johnson, Marion. Maas, Meridean. Moorhead, Sue. (2008). *Clasificación de resultados de enfermería (Noc)*. Editorial Harcourt Mosby. 4° edición. Madrid, España.

McCloskey C. Joanne, Bulecher M. Gloria. (2008). *Clasificación de las intervenciones de enfermería (Nic)*. Editorial Harcourt Mosby. 5° edición. Madrid, España.

NANDA (2009 –2011). *Diagnóstico enfermero*. Editorial Elsevier. Edición en Español.

Anexos

Mapa Mental





Monitorización y estabilización de los signos vitales.

Carta de Consentimiento Informado

20 de julio del 2011

La Lic. En Enfermería Glorisela Aguirre Millan me ha solicitado mi autorización para la realización del Proceso de Enfermería y me ha informado los fines que convendrán a mi hijo.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y, se me ha explicado que los datos que proporcione serán confidenciales y solo se utilizarán con fines académicos.

Se me ha comentado que los resultados se darán a conocer a la institución, conservando siempre el anonimato de los participantes. Informándome que tengo derecho a desistirme y a terminar mi participación en el momento que yo lo desee.

Acepto participar voluntariamente en el estudio

N.P.M