



**UPAEP**

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE  
PUEBLA**

**CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADOS  
EN NEONATOLOGIA**

**PROCESO DE ENFERMERIA PARA UN RECIEN NACIDO  
PRETERMINO DE 36 SEMANAS DE GESTACION CON PESO  
BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL MAS GASTROSQUISIS**

**ELABORARON:**

**L. E. E. EMMA ELENA JUAREZ HIPOLITO**

**L.E. E. NELY ROMERO VASQUEZ**

**ASESOR:**

**L.E.E. SUSANA MONTAÑO SANCHEZ.**

**PUEBLA,**

**ENERO DEL 2012**



**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

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

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

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

**INDICE****PÁGINAS**

INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6
GASTROSQUISIS.....	7
DIAGNOSTICO.....	7
TRATAMIENTO.....	8
MANEJO NEONATAL INMEDIATO.....	8
PREPARACION DEL R.N. PARA EL TRASLADO .....	8
MANEJO PRE-OPERATORIO.....	9
CIRUGIA.....	10
MANEJO POST-OPERATORIO.....	10
COMPLICACIONES.....	11
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	13
ESTADO ACTUAL.....	14
INGRESO AL AREA DE URGENCIAS DEL HNP.....	14
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	15
AL INGRESAR EN AREA DE UCIN.....	15
VALORACION POR PATRONES.....	16
PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD.....	16
PATRON 2 NUTRICIONAL METABOLICO.....	16
PATRON DE ELIMINACIÓN.....	16
PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO.....	16
PATRON SUEÑO DESCANSO.....	17
PATRON COGNITIVO PERCEPTUAL.....	17
PATRON AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.....	17
PATRON ROL-RELACIONES.....	17
PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.....	17
PATRON ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.....	17
PATRON DE VALORES Y CREENCIAS.....	17
EXPLORACION FISICA.....	18
EVOLUCIÓN.....	19
AGRUPACION DE DATOS.....	20
PLACE.....	20
PLAN DE ALTA.....	34
RESUMEN CLINICO .....	35
ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.....	36
CONCLUSIÓN.....	36
SUGERENCIAS.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	37
GLOSARIO.....	39

## INTRODUCCIÓN

El proceso enfermero es un método que permite a las enfermeras a prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática que nos ayudará a brindar una atención de calidad a nuestros neonatos para lograr una pronta recuperación, apoyándose en un método científico y así proveer cuidados individualizados con enfoque holístico.

Enfermería es una ciencia aplicada, que requiere de cierta destreza para ser aplicada en individuos, familias o comunidades apoyándose en el proceso sistematizados, el manejo al igual que la aplicación apropiada de las técnicas como de los procedimientos con el cliente permitirá que recupere y conserve la salud. La valoración es la primera etapa del proceso a desarrollar en donde será imprescindible sea minuciosa para que tenga como resultados detectar los problemas de salud reales, potenciales o de riesgo, darles una pronta solución y evitar algún daño irreversible en el neonato, la valoración se hace con el fin de lograr llegar a un diagnóstico enfermero exacto. El diagnóstico nos dará la conclusión que se produce como resultado de la valoración que se realizó. Planeación se desarrollaran estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas y para promocionar la salud. Ejecución poner en práctica los cuidados programados que beneficiarán el estado del paciente. Evaluación determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

La norma oficial NOM034 SSA2-2002P/ la prevención y control de los defectos al nacimiento que son un conjunto de patologías que alteran la estructura anatómica, fisiológica de la misma, los procesos del metabolismo y del crecimiento y desarrollo de los fetos y neonatos. Algunos de estos defectos pueden ser prevenibles, diagnosticados y manejados oportunamente; esta última acción permite ofrecer a la madre atención con calidad al momento de la resolución obstétrica y al neonato, posibilidades de una mejor calidad de vida.

En los últimos años, los logros obtenidos en el campo de la genética y del diagnóstico prenatal han tenido gran trascendencia, y se orientan a proporcionar la detección temprana de alteraciones fetales o complicaciones maternas que colocan en riesgo al binomio-madre-hijo, así como plantear estrategias dirigidas a reducir el riesgo de recurrencia.

En esta norma oficial M- se incluyen los principales defectos prevenibles susceptibles de diagnóstico temprano, así como las medidas de prevención y control que puedan tener un impacto epidemiológico prioritario en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal durante un periodo no mayor de cinco años.

## JUSTIFICACIÓN

Este proceso se realiza con la finalidad de brindar una mejor atención a los neonatos que se encuentren en unidades de cuidados intensivos neonatales con Diagnóstico médico de Recién Nacido Pre término de 36 SDG con Gastrosquisis y poder otorgar cuidados de calidad, organizados y sistematizados que le permitan recuperar su Salud. La incidencia en México es de 0.5 a 1 caso por diez mil recién nacidos vivos y se asocia epidemiológica con la edad materna joven.

También se ha asociado su aparición con la exposición materna a diferentes sustancias vasoactivas, relacionado este defecto con la escolaridad y el nivel educativo bajo de la madre y con la existencia de un periodo corto entre la menarca y el primer embarazo. En 15 a 45% de los casos de gastrosquisis se encuentran alteraciones intestinales del tipo de mal rotación, vólvulos, atresia o infarto, a su vez la prematurez, el bajo peso son factores que limitan la recuperación de manera pronta, ya que las condiciones de diferentes aparatos y sistemas se encuentran inmaduros.

Se presenta el caso clínico de un recién nacido con gastrosquisis, que es un defecto congénito caracterizado por el cierre incompleto de la pared abdominal, que ingresa en la UCI Neonatal para su estabilización y posterior cierre quirúrgico del defecto. Tras la intervención y durante su estancia se aplicó un plan de cuidados individualizado basado en los diagnósticos NANDA, las intervenciones según la clasificación NIC y los resultados esperados según la clasificación NOC. Gracias al plan aplicado fue dado de alta tomando alimentación por succión y con adecuado tránsito gastrointestinal.

Los cuidados de enfermería son un factor determinante que evitará complicaciones durante su estancia hospitalaria y mejorará su nivel de supervivencia. En cuanto a la utilidad en la intervención de enfermería, para el tratamiento, esto marca la diferencia evidente en los casos de malformaciones intestinales o urológicas, en los cuales un procedimiento favorable evitara daños significativos extremos marca la diferencia entre la muerte del niño y la vida sin secuelas.

El ejercicio de la enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

## **OBJETIVOS**

### ***OBJETIVO GENERAL***

Diseñar un plan de cuidados para el paciente L. P. que le permita a las enfermeras (os) mediante acciones específicas de enfermería dar una mejor calidad de vida al neonato con malformación pared abdominal para disminuir índice de sepsis y el riesgo de secuelas que repercutieran en el futuro.

### ***OBJETIVOS ESPECIFICOS***

Realizar la valoración continua del neonato a través de una historia clínica y exploración física completa que permita determinar las necesidades de cuidado durante el tiempo de hospitalización.

Determinar las acciones de enfermería que se realizaran al neonato, previa elaboración de diagnósticos de enfermería reales y potenciales que le permita acortar su estancia hospitalaria.

Diseñar un plan de alta para el paciente que les permita a los padres mantener el estado de salud de su hijo en buenas condiciones para evitar un reingreso al Hospital.

## MARCO TEORICO

**RECIEN NACIDO PREMATURO** Es el que nace antes de las 37 semanas de gestación como consecuencia de un parto prematuro. Representa de un 8% a un 12% de todos los nacimientos. Tiene mayor incidencia estos bebés de dificultad para adaptarse al medio extrauterino por su inmadurez y su bajo peso.

Es importante conocer que el bebé experimenta su mayor crecimiento en las últimas 8 semanas de embarazo. En las primeras 32 semanas se adquiere el 1/3 del peso total y en las últimas 8 semanas los 2/3 restantes. Lo mismo ocurre con la maduración de los órganos fetales, siendo necesarios las últimas 8 semanas de la gestación para completar la maduración de todos los sistemas fetales para garantizar su autonomía extrauterina, cuanto más pequeño e inmaduro, mayores son los riesgos de enfermedades del bebé. Los sistemas respiratorios, nerviosos, digestivo, renal, inmunológico y la visión pueden estar comprometidos.

El aspecto físico de los bebés prematuros es característico. Presentan una cabeza grande, desproporcionada con respecto a las extremidades, tienen una piel muy fina y brillante que transparenta las venas y arterias superficiales, la masa muscular es pobre, con las palmas de las manos y plantas de los pies enrojecidos y con pocos surcos. Los genitales están poco desarrollados con los testículos todavía sin descender hacia el escroto y en las niñas, los labios mayores no cubren a los menores.

## **GASTROSQUISIS**

Es una evisceración del contenido abdominal a través de la pérdida de la solución de continuidad lateral derecha al ombligo el cual presenta una inserción normal el defecto puede medir más o menos 5 centímetros de diámetro.

Patogenia: se produce por una falla del cierre embriológico de la pared abdominal durante la décima primera semana de vida fetal, teniendo como resultado la protrusión hacia el exterior de vísceras abdominales, ya sea a nivel umbilical o lateral al cordón en varios casos no hay saco que contenga las vísceras por lo que estas, en el periodo prenatal flotan libres en el líquido amniótico. Esto tiene un efecto irritante y como resultado provocará inflamación de la pared intestinal, con fibrosis posterior lo que dará como resultado un intestino rígido y enmarañado. Otra característica es que el intestino suele ser más corto de lo normal y su falta de fijación puede predisponer a la formación de vólvulo.

## **DIAGNOSTICO**

El diagnóstico puede ser tanto prenatal, a través de una ecografía como neonatal, en donde el defecto es clínicamente evidente.

La clínica de estos cuadros consiste en la presencia de vísceras fuera de cavidad abdominal libres (gastrosquisis) o dentro de saco peritoneal (onfalocèle). Además se tiene que tener en cuenta las anomalías asociadas que se presentan en un 25 a 40% de los RN con estas patologías. Estas pueden ser anomalías cromosómicas (trisomía 13, 18, 21) o Hernia diafragmática congénita, defectos cardíacos, síndrome de Beckwith; defectos neurológicos y urológicos (extrofia de cloaca o vejiga).

Es imperativo, por lo tanto, realizar los exámenes imagen lógicos y genéticos necesarios ante la sospecha de alguna de estas entidades asociadas.

Por otro lado hay que prevenir, diagnosticar y manejar las complicaciones directas de la evisceración como son: hipotermia, hipovolemia, necrosis intestinal, infecciones, Sepsis.

## **TRATAMIENTO**

### **MANEJO NEONATAL INMEDIATO**

Durante la atención inmediata, se debe recibir al niño bajo cuna calefaccionada y pasarlo luego a incubadora.

Recibir al R.N. con ropa estéril y cubrir el defecto con plástico estéril (gastrosquisis)

Si el parto ocurriese en un centro de menor complejidad el R.N. debe ser trasladado a un centro que cuente con cirugía neonatal.

### **PREPARACION DEL R.N. PARA EL TRASLADO**

1. Instalación de SOG.
2. Posición decúbito dorsal fowler.
3. Administración de oxígeno según necesidad del R.N.
4. Inmovilizar al R.N. para evitar que rompa el saco peritoneal, si lo hubiere.
5. El saco o las vísceras deben ser cubiertas (para prevenir pérdidas de calor o líquidos) con una bolsa de plástico transparente y estéril, lo que permite la visualización del intestino durante el traslado; los apósitos estériles tibios, no deben usarse, ya que estos al enfriarse, enfriarán al R.N. y pueden adherirse a las vísceras corriendo el riesgo de romperlas al retirarlos.
6. Vía venosa permeable, (puncionar extremidades superiores).

## **MANEJO PRE-OPERATORIO**

Al recibir a un recién nacido con un defecto expuesto de la pared abdominal anterior, de inmediato deben extremarse las precauciones en su atención para evitar infección (recibirlo con ropa estéril y cubrir el defecto con plástico estéril), evitar la hipotermia y pérdida de líquidos insensible por evaporación.

1. Régimen cero.
2. Colocar sonda orogástrica a derivación.
3. Vigilar en forma estricta la termorregulación.
4. Oxigenoterapia según necesidades del R.N. (vía aérea permeable – ventilación mecánica.
5. Cobertura protectora: cubrir la lesión para prevenir la pérdida de calor y líquidos a un tercer espacio con un apósito oclusivo impermeable al agua (con una bolsa de plástico estéril hasta bajo las axilas). Está contraindicado el colocar gasas embebidas en solución salina salvo que se cubran con la bolsa de plástico descrita para evitar la pérdida de calor por evaporación.
6. Enfermería de UCIN:
  - Monitorización cardiaca
  - Oximetría de pulso.
  - Presión arterial no invasiva (según estado del paciente).
  - Balance hídrico estricto.
  - Medición de la diuresis horaria (debe ser mayor a 1ml/kg./hr.)
  - La cuna de procedimiento y/o la incubadora debe tener servo control para la regulación de la T° y control manual de esta cada 4 horas
  - Control de R.N. cada 1 hora.
7. Instalar catéter percutáneo (en extremidades superiores).
8. Manejo hidroelectrolítico estricto manteniendo vía venosa con solución electrolítica en volumen de 8 cc/kg/hora para prevenir shock por deshidratación dado que están aumentadas las pérdidas insensibles.
9. Nutrición parenteral total dado que el íleo paralítico es prolongado en estos pacientes. En gastrosquisis se usa régimen 0 por vía enteral hasta por 15 días.
10. Tomar exámenes indicados.
11. En todo momento manejo de recién nacido con técnica aséptica en Incubadora (aislamiento protector) por riesgo inminente de infección (guantes estériles, ropa estéril, bolsa de plástico estéril).

12. Administración de antibióticos profilácticos, por el alto riesgo de infección sobre todo en las lesiones rota
13. Inmovilizar al recién nacido, tanto extremidades inferiores como superiores para evitar traumatismos y compresión de zona expuesta.
14. Uso de drogas vaso activas (dopamina – dobutamina).
15. Analgesia apropiada (Fentanyl). Dosis media de 0.64  $\mu$ /kg por hora produce analgesia y sedación
16. Informar a los padres del estado del niño y su evolución.
17. Solicitar autorización escrita para la intervención; firmar el consentimiento informado.

### ***CIRUGIA:***

Los niños con gastrosquisis deben ser llevados a quirófano tan pronto como sea posible después de haber sido evaluados y estabilizados en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En la mayoría de los casos se puede realizar reducción del intestino herniado con cierre primario de la pared abdominal. En algunos casos esto no puede realizarse. La mayoría de estos defectos más complicados pueden ser cerrados dentro de la primera semana de vida usando una técnica de silo.

### ***MANEJO POST-OPERATORIO:***

1. Derivación a UCIN.
2. Conexión a ventilación mecánica, en el post operatorio inmediato hasta que haya remitido el efecto anestésico y por el compromiso respiratorio que produce el violento ascenso diafragmático.
3. Régimen 0. Hasta que el paciente recupere su tránsito intestinal (más o menos 15 días).
4. SOG a derivación
5. Alimentación Parenteral (catéter percutáneo).
6. Enfermería de UCIN  
Monitorización invasiva y no invasiva según lo requiera el paciente.

Oximetría de pulso.

Balance hídrico estricto.

Control de termorregulación estricto

Protocolo de manipulación mínima.

7. Uso de analgésicos y relajantes musculares para optimizar la oxigenación.
8. Manejo estricto de los volúmenes administrados, ya que una sobre carga agravaría la estasis venosa producida por el aumento de presión sobre la vena cava inferior.
9. No poner vías venosas en extremidades inferiores por la disminución del retorno venoso ocasionado por la presión sobre la vena cava inferior.
10. El Recién nacido debe permanecer en posición Fowler.
11. Mantención de antibiótico terapia.
12. Continuar el manejo del Recién Nacido con técnica estéril si la reparación quirúrgica ha sido parcial.
13. Sostener el silo (las asas intestinales contenidas dentro de la maya de Marlex) al techo de la incubadora.
14. Todos los días aplicar presión en la parte superior para introducir un poco las vísceras en la cavidad abdominal y así ir aumentando su capacidad.
15. Como antiséptico utilizamos clorhexídina para la piel de la base del abdomen.
16. Observar presencia de signos de infección.
17. Mantener al R.N. Sostenido para que en forma accidental no vaya a dañar las vísceras contenidas en el silo.
18. Cuidados específicos dependiendo de la cirugía realizada.
19. Informar a los padres sobre el estado del R.N.
20. Facilitar la relación con su R.N.
21. fomentar la lactancia materna (poner en contacto a la madre con el lactario).

### **COMPLICACIONES:**

Las complicaciones más graves y frecuentes asociadas a la gastrosquisis son las relacionadas con las asas intestinales.

El intestino delgado siempre se eviscera y a menudo se acompaña de intestino grueso e incluso estómago y vísceras sólidas.

Todos los fetos con gastrosquisis presentan algún grado de mal rotación o de falta de rotación.

Existe isquemia intestinal o estenosis intestinal en el 7-30% de los casos como consecuencia de la compresión de los vasos mesentéricos en su salida, por el defecto de la pared o bien por torsión alrededor del eje mesentérico. La isquemia puede llegar a causar gangrena, perforación e incluso peritonitis meconial, complicaciones que determina el pronóstico de estos fetos.

Se adopta a la teórica Callista Roy porque ella menciona el ser humano es un ser biopsicosocial en interacción constante con el entorno. Esta interacción para Roy, consiste en la adaptación de las 4 esferas de la vida:

Área fisiológica. Circulación, temperatura, oxígeno, líquidos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

Área de autoimagen. La imagen que uno tiene de sí mismo.

Área de dominio del rol. Los diferentes papeles que un ser humano cumple a lo largo de su vida.

Área de independencia. Interacciones positivas con su entorno, en este caso, las personas con las que intercambia influencias que le procuran un equilibrio de su autoimagen y dominio de roles.

El ser humano, a su vez, se halla en un determinado punto de lo que denomina salud-enfermedad. Este punto puede estar más cercano a la salud o a la enfermedad en virtud de la capacidad de cada individuo para responder a los estímulos que recibe de su entorno. Si responde positivamente, adaptándose, se acercará al estado de salud, en caso contrario, enfermará.

La salud es un estado y un proceso de ser y llega a ser integrado y global. Esta se puede ver modificada por los estímulos del medio, que para Callista son:

- **Estímulos focales.** Cambios precipitados a los que se ha de hacer frente, un proceso gripal.
- **Estímulos contextuales.** Todos aquellos que están presentes en el proceso temperatura ambiente,...
- **Estímulos residuales.** Son los valores y creencias procedentes de experiencias pasadas, que pueden tener influencia en la situación presente, abrigo, tratamientos caseros,...



Antecedentes familiares A.T.P. Abuela paterna cursa desde hace 4 años con diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento solo cuando se siente mal, el abuelo aparentemente sano.

A.T.M. Abuela aparentemente sana, abuelo se le diagnosticó cáncer óseo en región no específica en pierna izq. el familiar no da más datos.

. No hay antecedentes de prematuridad en la familia.

- Hábitos tóxicos en la familia: abuelo fumador ocasional y alcoholismo también.

- Sala de quirófano: se obtiene producto único de pretérmino, nacido el 11/07/11, con una edad gestacional de 35 semanas, con un peso al nacer de 1.900 gramos. Obtenido por cesárea producto único vivo con un Apgar de 5/6, con defecto abdominal por el cual el médico que lo recibe le da pocas posibilidades de vida solo horas por tal motivo indica solo esperar.

- Control del embarazo: La madre de 17 años de edad, ama de casa, nivel primaria, primigesta, G1, P0, A0, C1, hasta el quinto mes controles prenatales solo tres consultas se realizó un ultrasonido en el cual no reportan malformación sin ninguna complicación aparentemente durante el embarazo toxicomanías negadas, enfermedades congénitas negadas.

## ***ESTADO ACTUAL***

Neonato con un peso de 1,900gr. Talla de 45 cm, PC 29.6 cm, PA no valorable, que acude procedente de clínica particular de Acatzingo, Pué. Nace con defecto de la pared abdominal tipo Gastrosquisis de aproximadamente 20 cms de diámetro obtenido por vía abdominal cesárea por falta de progresión de Trabajo de Parto con 36 SDG por Capurro, con Apgar 5/6, donde refieren los padres no es canalizado a ningún otro hospital, no se le administran soluciones ni otras medidas ya que les comentaron que fallecería a las pocas horas, sin embargo transcurren más de 24 hrs sin manejo, sin soluciones, con deshidratación severa en estado de choque hipovolémico. Nunca se realizó diagnóstico prenatal.

## ***INGRESO AL AREA DE URGENCIAS DEL HNP***

Al ingreso deshidratada, en estado de choque hipovolémico por lo cual se pasa por vía intravenoso carga de Hartman a 20 ml/kg/dosis, se canaliza y se deja esquema de soluciones debido al defecto tan grande, condicionaba el patrón ventilatorio por lo cual se intuba con cánula 3.0 en el segundo intento, se coloca catéter percutáneo en miembro pélvico derecho, distérmico con sangrado en múltiples áreas, suministra ventilación mecánica, por lo que se da un Dx de RNPT de 36 SDG/PBED/Gastrosquisis, sepsis neonatal temprana ingresa al servicio de neonatología con una valoración la cual se refiere recibir a un paciente en fase 3 de ventilación, con deshidratación severa en estado de choque hipovolémico, distérmico, ojos anisocóricos, cavidad oral seca, labio y paladar integro, cuello cilíndrico, abdomen con peristalsis no valorable por defecto de abdomen Gastrosquisis la cual abarca, edema, pulsos presentes gran número de vísceras abdominales.

## **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### ***AL INGRESAR EN AREA DE UCIN***

El estado del neonato en este momento es grave, encontrándose con ventilación mecánica en modalidad Asisto Control con saturación de 90-95, sedado, con bolsa de Bogotá, se requiere valoración por cirugía pediátrica, anestesiología, genética y cardiología; se encuentra con esquema de soluciones, con sonda orogástrica a derivación, control de líquidos, aspiración de secreciones solo por razón necesaria, ayuno, destrostix dos veces por turno, toma de signos vitales cada 1 hrs , monitorización continua no invasiva y vigilancia del patrón respiratorio, no movilización y vigilar estrechamente defecto abdominal. Hasta el momento el neonato no cursa con ninguna infección aparentemente pero por la susceptibilidad de su patología inician antibioticoterapia, a la exploración y observación se encuentran: tegumentos con buena coloración, normo térmico de 36.6 a 36.7° axilar, frecuencia cardiaca 120 latidos por minuto, respiración 50 por minuto, destrostix de 81 mg/dl, hidratado, piel húmeda, no lesiones dermatológicas, el gasto de sonda orogástrica es mínimo y biliar, nula peristalsis, no evacuación y Diuresis Media Horaria de 0.9ml/kg/hr, no hay compromiso pulmonar ya que se encuentran las vías aéreas permeables aspirando secreciones por COT y boca una vez por turno hialinas y moderadas.

Presenta una saturación de 90 a 95%, con pupilas anisocóricas, con catéter percutáneo permeable con nutrición parenteral a infusión continua, monitorizado, paciente con herida quirúrgica limpia con probable necrosis de intestino delgado, con evacuaciones ausentes, realizan aseo corporal a través de baño de esponja,

## **VALORACION POR PATRONES**

RECIEN NACIDO PRETERMINO DE 36 SEMANAS DE GESTACION, CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL Y GASTROSQUISIS.

### ***Patrón 1. Percepción de la salud.***

-Aspecto general deteriorado. Ingresa en la unidad de cuidados intensivos 12/07/11 desde el servicio de urgencias, en fase III de ventilación manteniendo una saturación de pulso dentro de límites normales.

- Antecedentes del neonato: Debido a su prematurez permanece hospitalizado en unidad neonatal con silo por Gastrosquisis. Posteriormente de acuerdo a su evolución pasara a cierre de defecto al ser valorado por cirugía pediátrica. Está programado para colocación correcta de silo para el día 16 de julio 2011, este procedimiento cursa con eventualidad de resección de intestino de aproximadamente 50 cm. El cierre del defecto fue el día viernes 18 de julio, dicho procedimiento se realiza sin problemas en el pre, trans y postoperatorio, solo incrementando parámetros ventilatorios.

### ***PATRON 2 NUTRICIONAL METABOLICO***

-Alimentación que recibe: se encuentra en ayuno en este momento por cierre de defecto abdominal ya que se espera haya incremento de peristalsis; solo obteniendo aportes de líquidos por vía parenteral y continuara hasta ser valorado por cirugía pediátrica.

- Alteraciones digestivas: presenta mínimos ruidos peristálticos, solo presenta mínima evacuación meconial.

- El estado de la boca se encuentra con unas leves lesiones a la altura de la fijación de la cánula endotraqueal y sonda orogástrica.

- Estado de la piel y mucosas: presenta mínima alteración de la integridad cutánea por manipulación y por presión zona occipital, mínimo enrojecimiento en zonas de presión de la espalda, deterioro de la mucosa nasal por aspiración por razón necesaria y fijación de la sonda, por la mínima manipulación que se está realizando debido a la patología que presenta.

- Vías canalizadas: presenta una vía central periférica en el miembro pélvico inferior derecho funcional por ella se ministra líquidos.

Temperatura 35 -36 GRADOS centígrados por vía axilar.

### ***PATRON DE ELIMINACIÓN***

Eliminación intestinal: La eliminación intestinal es mínima ya que no existe peristalsis por la patología la cual ya fue corregida.

Eliminación urinaria: se lleva control de líquidos, pesando cada pañal para obtener ml. De orina por turno, hasta el momento la diuresis media horaria de es de 2.5 ml/hora adecuada para su edad.

### ***PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO***

Se le realiza baño de esponja con agua y jabón neutro, tardando para controlar temperatura aproximadamente una hora, se cambia de posición 2 veces por turno tratándolo de estimularlo lo menos posible.

### ***PATRON SUEÑO DESCANSO***

Se encuentra inquieta, duerme 3 horas consecutivas, solo despierta al estímulo.

### ***PATRON COGNITIVO PERCEPTUAL***

Responde con facilidad a estímulos se relaja al escuchar la voz de la madre, responde a estímulos luminosos con apertura ocular y movimiento del cuerpo.

### ***PATRON AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO***

No es valorable.

### ***PATRON ROL-RELACIONES***

Es un producto deseado, solo por la madre muestra interés por la salud de su hijo, aun en el estado en que se encuentra la paciente, la madre está pendiente y se integra a la rehabilitación de su bebe, esperando su pronta mejoría.

### ***PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN***

Genitales de acuerdo a edad y sexo, con labios menores prominentes.

### ***PATRON ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS***

Se inquieta con facilidad al recibir estímulos principalmente cuando acumula secreciones.

### ***PATRON DE VALORES Y CREENCIAS***

La madre profesa la religión católica e incluso antes de llegar al hospital fue bautizado en la iglesia del niño doctor de Tepeaca

## EXPLORACION FISICA

Cabeza: Fontanela anterior normo tensa, escaso cabello pero bien implantado, pupilas anisocóricas, con reacción foto motora presente, fosas nasales permeables, boca hidratada, paladar íntegro, buena implantación de pabellón auricular, cuello corto y cilíndrico sin compromiso, cuenta con sonda oro gástrica a derivación y cánula oro traqueal.

- Tórax íntegro con ruidos cardíacos con ritmo y frecuencia normal, ruidos pulmonares presentes con entrada y salida de oxígeno, permeable,

- Abdomen con herida quirúrgica por cierre de defecto de pared se encuentra está limpia y sin antecedentes de infección, ruidos peristálticos mínimos presentes, no viceromegalias hasta el momento de la exploración, columna vertebral íntegra sin compromiso.

- Genitales acorde a edad gestacional e íntegros y adecuado a sexo, ano permeable e implantado a nivel ,

- Extremidades superiores e inferiores sin compromiso y acorde para su edad. Cuenta con catéter percutáneo en miembro pélvico inferior derecho permeable el cual lleva tres días de colocación. No se puede valorar reflejos por que se encuentra bajo sedación.

## ***EVOLUCIÓN***

Hijo de madre de 17 años primigesta obtenido por vía abdominal por falta de progresión de TDP con 36 SDG por Capurro, apgar de 5/6 neonato con peso de 1,900 gr talla 45 cm, pc. 29.6 cm. P.A no valorable por presentar defecto abdominal al nacimiento tipo gastrosquisis de aproximadamente 20 cm no fue canalizado en las primeras horas a otro hospital para su atención por comentario del médico que la atendió transcurren 24 horas y la bebe continua con vida deciden los padres por sus propios medios acudir al HNP donde es recibido en el área de urgencias donde se estabiliza hemodinámicamente se traslada a quirófano para aseo quirúrgico y colocación de bolsa de Bogotá, manteniéndose en el área de cuidados intensivos realizándole plicaturas del silo cada tercer día hasta el 18 de Julio, que pasa a quirófano para cierre de pared; se mantiene en el área de cuidados intensivos neonatales con apoyo de aminas, en fase III de ventilación en SIMV, se programa para extubarse, se mantiene en ayuno con drenaje biliar por sonda orogástrica, continuando con NPT, sin peristalsis, ni evacuación.

Paciente clínicamente estable, se extuba y se coloca nebulizador al 50% con O2 a 5 litros por casco cefálico. Al transcurso de dos días más presenta peristalsis disminuida al tercer día se inicia estimulación enteral con 3 mililitros de formula con aumentos de 1 en 1 hasta 12 ml. Y posteriormente al doble hasta llegar a capacidad gástrica se prolonga egreso por presentar infección nosocomial por klebsiella tratado con antibióticos de tercera generación, presenta estreñimientos constantes.





DOMINIO: 11 Seguridad – protección CLASE: 2 Lesión física	NIVEL: IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD Q CONDUCTA DE SALUD				CLASE:
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
DEFINICION: Riesgo de alteración cutánea adversa.  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con déficit inmunológico, cambios de temperatura, inmovilización física.	1605 Control del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza medidas preventivas</li> <li>• Utiliza medidas de alivio no analgésicas</li> <li>• Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</li> </ul>	<p>A veces demostrado (3).</p> <p>A veces demostrado (3)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>	DE: 10 AUMENTAR: 15	
INTERVENCIONES (NIC): 1400 MANEJO DEL DOLOR			INTERVENCIONES (NIC): 6482 MANEJO AMBIENTAL ..CONFORT		
<b>ACTIVIDADES</b> Campo: 1 Fisiológico básico Nivel E: Fomento de la comodidad física <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar claves no verbales de molestias.</li> <li>✓ Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</li> <li>✓ Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.</li> <li>✓ Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</li> <li>✓ Control de los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias(temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)</li> <li>✓ Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.</li> <li>✓ Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</li> <li>✓ Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.</li> </ul>			<b>ACTIVIDADES</b> Campo: 1 Fisiológico Básico Nivel E: Fomento de la comodidad física. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preparar la transición del paciente y de la familia dándole una cálida bienvenida al nuevo ambiente.</li> <li>✓ Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>✓ Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> <li>✓ Proporcionar un ambiente limpio y seguro.</li> <li>✓ Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.</li> <li>✓ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona si fuera posible.</li> <li>✓ Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> <li>✓ Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la</li> </ul>		

	<p>persona (secar las cejas, aplicar crema dérmica o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.</li> <li>✓ Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes.</li> </ul>
--	---

### ***EVALUACIÓN***

Utiliza medidas preventivas A veces demostrado (3) aumento 2

Utiliza medidas de alivio no analgésicos A veces demostrado (3) aumento 2

Utiliza los analgésicos de forma apropiada Frecuentemente demostrada (4)  
aumento 1

Puntuación basal 10

Aumento a las intervenciones 5

Resultado esperado 15

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 4 Función respiratoria	NIVEL: II SALUD FISIOLÓGICA CARDIOPULMONAR			CLASE: E
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar. DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES RELACIONADO CON DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN-PERFUSIÓN EVIDENCIADO POR PALIDEZ TEGUMENTARIA, IRRITABILIDAD.	0402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturación de oxígeno</li> <li>• Inquietud</li> <li>• Cianosis</li> </ul>	Desviación leve del rango normal (4) Moderada (3) Moderada (3)	DE: 10 AUMENTAR: 15
INTERVENCIONES (NIC): 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial		INTERVENCIONES (NIC): 1910 Manejo ácido-base		
<b>ACTIVIDADES</b> Campo: 2 Fisiológico Complejo Nivel K: Control respiratorio <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Palpar la arteria braquial o radial para observar el pulso.</li> <li>✓ Limpiar la zona con solución adecuada.</li> <li>✓ Heparinizar jeringa.</li> <li>✓ Fijar la arteria tensando la piel.</li> <li>✓ Insertar la aguja en un ángulo de 45 a 60 grados.</li> <li>✓ Obtener muestra de 0.2 A 0.5ml de sangre.</li> <li>✓ Aplicar presión en el sitio de punción.</li> <li>✓ Interpretar los resultados y ajustar el tratamiento.</li> <li>✓ Mantener un acceso IV.</li> <li>✓ Mantener vías aéreas despejadas.</li> <li>✓ Controlar niveles de electrolitos.</li> <li>✓ Controlar estado hemodinámico.</li> <li>✓ Observar si hay pérdidas de bicarbonato.</li> <li>✓ Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.</li> </ul>		<b>ACTIVIDADES</b> Campo: 2 Fisiológico Complejo Nivel G: Control de electrolitos y ácido-base. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener un acceso i.v. permeable.</li> <li>✓ Mantener las vías aéreas despejadas.</li> <li>✓ Observar si hay pérdida de ácido.</li> <li>✓ Observar si hay pérdida de bicarbonato.</li> <li>✓ Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.</li> <li>✓ Controlar el patrón respiratorio.</li> <li>✓ Obtener muestras según orden médica.</li> <li>✓ Disminuir el consumo de oxígeno</li> </ul>		
<b>Evaluación</b> Saturación de oxígeno Desviación leve del rango normal (4) aumento 1 Inquietud Moderada (3) aumento 2 Cianosis Moderada (3) aumento 2 Puntuación basal 10 Aumento a las intervenciones 5 resultado esperado 15				



<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES (NIC): 3160 ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES (NIC): 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO Nivel: K CONTROL RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal</li> <li>✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración</li> <li>✓ Hiperoxigenar al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual</li> <li>✓ Observar el estado de oxigenación del paciente</li> <li>✓ Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal, extrayendo la sonda con movimientos rotatorios</li> <li>✓ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO Nivel: K CONTROL RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia</li> <li>✓ Practicar vibración torácica posterior a micro nebulizadores</li> <li>✓ Administrar broncodilatadores indicados</li> <li>✓ Administrar agentes mucolíticos de acuerdo al horario indicado</li> <li>✓ Observar la tolerancia del paciente, por medio de la saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia respiratoria, ritmo y frecuencia cardíaca y niveles de comodidad.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>INTERVENCIONES (NIC): 3180 MANEJO DE LAS VIAS AEREAS ARTIFICIALES</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p> <p>Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO Nivel: K CONTROL RESPIRATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporcionar humidificación al 100% al aire inspirado</li> <li>✓ Aspirar la orofaringe y las secreciones de la parte superior del tubo</li> <li>✓ Cambiar las cintas de sujeción por razón necesaria</li> <li>✓ Auscultar los campos pulmonares bilaterales después de cambiar la fijación del tubo endotraqueal</li> <li>✓ Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos</li> <li>✓ Ayudarse en el examen radiológico de tórax para comprobar la posición del tubo</li> <li>✓ Iniciar la aspiración endotraqueal cuando haya acumulo de secreciones</li> <li>✓ Preparar un equipo de intubación adicional y bolsa auto inflable en un sitio de fácil disponibilidad</li> <li>✓ Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe</li> <li>✓ Instituir medidas que eviten la extubación accidental: ministrar sedantes y relajantes indicados, revisar la fijación de la cánula, sujeción gentil del RN</li> </ul>	

## ***Evaluación***

Frecuencia Respiratoria Desviación moderada del rango normal (3) aumento 1

Ritmo respiratorio desviación moderada del rango normal (3) aumento 2

Profundidad de la inspiración Desviación moderada del rango normal (3) aumento 2

Capacidad de eliminación de secreciones (1) aumento 4

Uso de músculos accesorios moderado (3) aumento 2

Ansiedad moderado (3) aumento 1

Ruidos respiratorios patológicos (3) aumento 2

Puntuación basal 19

Aumento a las intervenciones 14

Resultado esperado 35

Hallazgos en radiografía (3) aumento 2

Expansión torasica Desviación moderada del rango normal (3) aumento 2

Atelectasias (2) aumento 3

Puntuación basal 8

Aumento a las intervenciones 7

Resultado esperado 15

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 6 Termorregulación	NIVEL: II SALUD FISIOLÓGICA METABOLICA		CLASE: I REGULACION	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia e hipertermia  TERMORREGULACION INEFICAZ RELACIONADA CON LA DISMINUCION DE LA GRASA PARDA EVIDENCIADO POR VARIABILIDAD DE TEMPERATURA POR DEBAJO DE LOS RANGOS NORMALES	0801 TERMORREGULACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inestabilidad de la temperatura cutánea</li> <li>✓ Cambios de Coloración cutánea</li> <li>✓ Frecuencia cardiaca</li> <li>✓ Hipo e hipertermia</li> </ul>	Sustancial (2)  Moderado (3)  Sustancialmente comprometido (2)  Moderado (3)	DE: 10  AUMENTAR: 20
INTERVENCIONES (NIC): 3900 REGULACION DE LA TEMPERATURA				
ACTIVIDADES				
Campo: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO Nivel: M TERMOREGULACION  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas</li> <li>✓ Vigilar la temperatura del R/N hasta que se estabilice</li> <li>✓ Observar el color y temperatura de la piel</li> <li>✓ Observar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia</li> <li>✓ Mantener la temperatura corporal del R/N</li> <li>✓ Colocar gorrito para evitar la pérdida del calor del R/N</li> </ul>				

**Evaluación**

Inestabilidad de la temperatura cutánea Sustancial (2) aumento 3  
 Cambios de coloración cutánea Moderado (3) aumento 2  
 Frecuencia cardiaca Sustancialmente comprometido (2) aumento 2  
 Hipo e hipertermia Moderado (3) Aumento 2  
 Puntuación basal 10  
 Aumento a las intervenciones 9  
 Resultado esperado 50

DOMINIO: 11 Seguridad /protección CLASE:1 Infección	NIVEL: IV CONOCIMIENTO DE CONDUCTA DE SALUD CLASE: T CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.  RIESGO DE INFECCIÓN, RELACIONADO CON DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS, PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	1902 Control del riesgo  1924 Control de riesgo: proceso infeccioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reconoce factores de riesgo</li> <li>✓ Supervisar factores de riesgo ambientales</li> <li>✓ Mantiene un entorno limpio</li> <li>✓ Utiliza estrategias para desinfectar suministros</li> <li>✓ Practica la higiene de las manos</li> </ul>	<p>Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p> <p>Frecuentemente demostrado (4)</p>	<p>DE: 8</p> <p>AUMENTAR: 10</p> <p>DE: 12</p> <p>AUMENTAR: 15</p>
INTERVENCIONES (NIC): 6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES		INTERVENCIONES (NIC): 6540 CONTROL DE INFECCIONES		
ACTIVIDADES		ACTIVIDADES		
<p>Campo: IV SEGURIDAD Nivel: V CONTROL DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones</li> <li>✓ Vigilar recuento de granulocitos absoluto, recuento de glóbulos blancos y resultados diferenciales</li> <li>✓ Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo</li> <li>✓ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel y membranas mucosas</li> <li>✓ Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica</li> <li>✓ Toma de cultivos</li> </ul>		<p>Campo: IV SEGURIDAD Nivel: V CONTROL DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener técnicas de aislamiento y manejo mínimo</li> <li>✓ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir</li> <li>✓ Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento al paciente</li> <li>✓ Poner en prácticas precauciones universales</li> <li>✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada</li> <li>✓ Ministrar terapia de antibióticos indicada</li> <li>✓ Uso de gorro y cubre bocas durante por procedimientos invasivos</li> </ul>		

## ***EVALUACION***

Reconoce factores de riesgo frecuentemente demostrado (4) aumento (1)

Supervisa factores de riesgo ambientales frecuentemente demostrado (4)  
aumento (1)

Puntuación basal (8)

Aumento a las intervenciones (2)

Resultado esperado (10)

Mantiene un entorno limpio frecuentemente demostrado (4) aumento (1)

Utiliza estrategias para desinfectar suministro frecuentemente demostrado (4)  
aumento (1)

Practica la higiene de las manos frecuentemente demostrado (4) aumento (1)

Puntuación basal (12)

Aumento a las intervenciones (3)

Resultado esperado (15)

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE: 2 Lesión física	NIVEL: IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CONTROL DE RIESGO Y SEGURIDAD			CLASE: T
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronqueal las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos  RIESGO DE ASPIRACIÓN RELACIONADO CON presencia de sonda gastrointestinal, intubación endotraqueal	1918 Prevención de la aspiración	Identificar factores de riesgo  Evitar factores de riesgo	A veces demostrado 3  A veces demostrado 3	DE: 6  AUMENTAR: 10
INTERVENCIONES (NIC): 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN				
ACTIVIDADES				
<p>Campo 4 SEGURIDAD Nivel: V CONTROL DE RIESGO</p> <p>Mantener vía aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración de vías aéreas</li> <li>• Manejo de ventilación mecánica invasiva</li> <li>• Manejo de vías aéreas artificiales</li> <li>• Monitorización respiratoria</li> </ul> <p>Mantener equipo de aspiración disponible Comprobar la colocación de sonda orogástrica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de sonda gastrointestinal</li> </ul> <p>Manejo del dolor Monitorización de signos vitales</p>				

### ***EVALUACIÓN***

Identificar factores de riesgo A veces demostrado (3) aumento 2

Evita factores de riesgo A veces demostrado (3) aumento 2

Puntuación basal 6

Aumento a las intervenciones 4

Resultado Esperado 10

<p>DOMINIO: 9 Afrontamiento – tolerancia al estrés protección CLASE: 3 Estrés neurocomportamental</p>	<p>NIVEL: IV CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD CLASE: Q CONDUCTA DE SALUD</p>			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>DEFINICION: riesgo de sufrir una alteración en la integración y la modulación de los sistema de funcionamiento fisiológico y conductual del lactante.</p> <p>Riesgo de conducta desorganizada del lactante relacionado con procedimientos invasivos, dolorosos y sobre estimulación ambiental.</p>	<p>1609 Conducta terapéutica enfermedad o lesión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumple el régimen terapéutico recomendado.</li> <li>• Realiza el procedimiento o descrito.</li> <li>• Cumple el nivel de actividades prescritas</li> <li>• Cumple el régimen de medicación</li> <li>• Sigue la dieta prescrita.</li> </ul>	<p>Frecuentemente Demostrado(4)</p> <p>Frecuentemente demostrado(4)</p> <p>A veces demostrado (3)</p> <p>Frecuentemente demostrado(4)</p> <p>Frecuentemente demostrado(4)</p>	<p>DE: 19 AUMENTAR: 25</p>
<p>INTERVENCIONES (NIC): 4354 MANEJO DE LA CONDUCTA AUTOLESION</p>		<p>INTERVENCIONES (NIC): 1910 Manejo ácido-base</p>		
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Campo: 3 Conductual Nivel o: Terapia conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente.</li> <li>✓ Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente.</li> <li>✓ Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.</li> <li>✓ Anticiparse a las situaciones desencadenarse que puedan provocar autolesión e intervenir para evitarlas.</li> <li>✓ Administrar medicamentos, si procede para disminuir la ansiedad, estabilizar el humor y disminuir la auto estimulación.</li> <li>✓</li> </ul>		<p>ACTIVIDADES</p> <p>Campo: 2 Fisiológico Complejo Nivel G: Control de electrolitos y ácido-base.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mantener un acceso i.v. permeable.</li> <li>✓ Mantener las vías aéreas despejadas.</li> <li>✓ Observar si hay pérdida de ácido.</li> <li>✓ Observar si hay pérdida de bicarbonato.</li> <li>✓ Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria.</li> <li>✓ Controlar el patrón respiratorio.</li> <li>✓ Obtener muestras según orden médica.</li> <li>✓ Disminuir el consumo de oxígeno.</li> </ul>		

## **EVALUACIÓN**

Cumple el régimen terapéutico recomendado Frecuentemente demostrado (4)  
aumento 1 Realiza el procedimiento descrito. Frecuentemente demostrado (4)  
aumento 1

Cumple el nivel de actividades prescritas A veces demostrado (3) A aumento 2

Cumple el régimen de medicación Frecuentemente demostrado (4) Aumento 1

Sigue la dieta prescrita. Frecuentemente demostrado (4) Aumento 1

Puntuación basal 19

Aumento a las intervenciones 6

Resultado esperado 25

## **PLAN DE ALTA**

NOMBRE: R/N Luna Pérez

EDAD: NEONATO 2 DVEU

FECHA DE NACIMIENTO: 11/ 7/ 2011

SEXO: Mujer

ESTADO CIVIL : Soltera

ESCOLARIDAD: Ninguna      DOMICILIO: Conocido Acatzingo

LUGAR DE NACIMIENTO: clínica particular Acatzingo, Puebla

FECHA DE NACIMIENTO: 11-07-2011

CUIDADOR: Rosa Luna Pérez madre

PARENTESCO: Hija      AFILIACIÓN: S.P. 21112304-12

INGRESO: 12 /7 / 2011      SERVICIO: Pediatría

DIAGNOSTICO MEDICO: Recién nacido de pretermino de 36 SDG con peso bajo para la edad gestacional más gastrisquisis APGAR: 5/6

FECHA DE INGRESO 12 DE JULIO 2011

FECHA DE EGRESO 20 DE OCTUBRE 2011

## RESUMEN CLINICO

Hijo de madre de 17 años primigesta obtenido por vía abdominal por falta de progresión de TDP con 36 SDG por Capurro, apgar de 5/6 neonato con peso de 1,900 gr talla 45 cm, pc. 29.6 cm. P.A no valorable por presentar defecto abdominal al nacimiento tipo gastrosquisis de aproximadamente 20 cm no fue canalizado en las primeras horas a otro hospital para su atención por comentario del médico que la atendió transcurren 24 horas y la bebe continua con vida deciden los padres por sus propios medios acudir al HNP donde es recibido en el área de urgencias donde se estabiliza hemodinámicamente se traslada a quirófano para aseo quirúrgico y colocación de bolsa de Bogotá, manteniéndose en el área de cuidados intensivos realizándole plicaturas del silo cada tercer día hasta el 18 de Julio, que pasa a quirófano para cierre de pared; se mantiene en el área de cuidados intensivos neonatales con apoyo de aminas, en fase III de ventilación en SIMV, se programa para extubarse, se mantiene en ayuno con drenaje biliar por sonda orogástrica, continuando con NPT, sin peristalsis, ni evacuación.

Paciente clínicamente estable, se ex tuba y se coloca nebulizador al 50% con O2 a 5 litros por casco cefálico. Al transcurso de dos días más presenta peristalsis disminuida al tercer día se inicia estimulación enteral con 3 mililitros de formula con aumentos de 1 en 1 hasta 12 ml. Y posteriormente al doble hasta llegar a capacidad gástrica se prolonga egreso por presentar infección nosocomial por klebsiella tratado con antibióticos de tercera generación, presenta estreñimientos constantes.

## **ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

Sele oriento sobre el manejo de medicamentos en casa

Capacitar la madre sobre masajes en región abdominal y flexión de miembros inferiores

Se le hablo sobre la importancia de la estimulación temprana, aplicación de sus primeras vacunas, lactancia materna.

Se adiestra sobre las técnicas de extracción de leche y técnicas de amamantamiento observando la devolución de procedimiento.

Verificar la información de que tienen sobre el padecimiento de su hijo y se disipan dudas

Se otorga una lista de los signos de alarma para que determine cuando debe acudir al hospital para su atención

## **CONCLUSIÓN**

El proceso enfermero es una herramienta de trabajo que nos permitirá dar una mejor atención a nuestros neonatos en forma más humana y holística que nos permite conocer desde su seno familiar de donde vienen nuestros pacientes para tener bases específicas en cuanto a su manejo y tratamiento del neonato formando un equipo más completo para acortar su estancia hospitalaria con la participación del familiar daremos atención de calidad

Definitivamente un trabajo en conjunto con otros especialistas mejorara la coordinación, la calidad del manejo de las malformaciones y probablemente mejora la mortalidad perinatal.

En base a todo el trayecto del cual analizamos este caso clínico.

- La relevancia de implementar programas de: detección prenatal precoz por ultrasonografía, en sus tres beneficios el eventual tratamiento médico quirúrgico y la adecuada información a los padres, en el peor de los casos evitar cirugías obstétricas innecesarias (actitudes, activas y pasivas).
- Son índices altos de malformación los antecedentes familiares y alteraciones del líquido amniótico.
- El aplicar procedimientos idóneos y adecuados por el personal multidisciplinario de salud, pronósticos que predicen adecuadamente la mortalidad perinatal.

## **SUGERENCIAS**

- Control prenatal estricto,
- Acudir a genética especializada
- Promover planificación familiar

## **BIBLIOGRAFIA**

ACKLEY J. BETTY, ET. AL. MANUAL DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA. ELSEVIER, SÉPTIMA EDICIÓN, 2007, ESPAÑA

AVERY, ENFERMEDADES DEL RECIEN NACIDO, PANAMERICANA, 6ª EDICIÓN. 1993.

CLOHERTY, MANUAL DE CUIDADOS NEONATALES. 3ª EDICIÓN. 2000.

GORDON, MARJORY. DIAGNOSTICO ENFERMERO. MOSBY. 1996. MADRID ESPAÑA.

GRIFFTI W. JENET. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. MANUAL MODERNO. 1993. MÉXICO

LEONARD LOWDERMILK, DEITRA, ET. AL. ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL, HARCOURT, BRACE. 1998. BARCELONA ESPAÑA

LONDON L. MARCIAL. ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL. INTERAMERICANA. 1992, IMPRESO EN MÉXICO

NANDA, DIAGNOSTICOS ENFERMEROS-DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2007-2008, ELSEVIER MASSON MEXICO, 2008, MEXICO

NELSON. TRATADO DE PEDIATRÍA. INTERAMERICANA. 15ª EDICIÓN. 1999

OCÉANO, MANUAL DE LA ENFERMERÍA, OCÉANO- CENTRUM, 1998, BARCELONA ESPAÑA

## VALORACIÓN POR PATRONES

### *DATOS BIOGRAFICOS*

Fecha de Ingreso: 12-07-11

Nombre: R.N L.P.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 11-07-11

Hora de nacimiento:

Nombre del Padre: R.G.G.

Edad: 16 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Campesino

Religión: Católica

Domicilio: Acatzingo D/C

Teléfono:

Nombre de la Madre: A.L.P

Edad: 17 Años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Hogar

Religión: Católica

Domicilio: Acatzingo D/C

Teléfono:

Ingreso económico familiar mensual: Dependen aun de los padres

Diagnostico medico: Recién nacido de 36 SDG con peso bajo para la edad gestacional más gastrosquisis

Tratamiento médico actual: Recién nacido de 36 SDG con peso bajo para la edad gestacional, gastrosquisis más sepsis temprana

Tipo de alimentación: NPT.

Medicamentos: de tercera generación.

## **ANTECEDENTES**

Historia familiar de enfermedad:

Historia prenatal:

### **Historia del trabajo de parto**

### **Historia de recién nacido**

Exploración física:

Peso: 1,900cm Talla: 45 cm PC: 29.6 cm PT: 28.5cm PA: No valorable  
Pie: 8cm Temperatura: 36 APGAR: 5/6

### ***I Patrón percepción / mantenimiento de la salud***

Servicios con lo que cuenta la casa/habitaciones (especificar): cuenta con tres cuartos de material perdurable.

Características higiénicas de la vivienda, especificar: Realizan aseo todos los días.

### ***II Patrón nutricional / metabólico***

Estado físico actual

Peso: 1,900 gr

Talla: 45 cm

Perímetro torácico: 28.5 cm  
valorable

Perímetro abdominal: No

Segmento superior: 22 cm

Segmento inferior: 23 cm

Glucemia: 80mg dl

Temperatura corporal: 36grados

Características de:

Piel: clara hidratada

Cabello: castaño

Uñas: rosadas

Mucosa oral:

Encías:

Lengua:

Labios:

Faringe:

Presencia de:

Incapacidad para la succión: NPT

Resultados de los estudios de laboratorio y gabinete (registrar la fecha):

Biometría hemática:

Ultrasonido transfontanelar:

Alimentación al seno materno, en caso de no especificar porque?

Alimentación láctea artificial, de que tipo?

Horario de alimentación:

Características de las tetadas:

Cantidad de líquido ingerido en 24 hrs, especificar:

### ***III Patrón de eliminación***

Estado físico actual

Características de:

Orina: Clara                      Heces: muy poco meconio                      Sudor:                      Peristaltismo  
intestinal: por el momento no presenta peristaltismo

Presencia de:

Resultados de los estudios de laboratorio y gabinete (registrar fecha):

Biometría hemática

Ultrasonido transfontanelar:

Evacuación en 24 hrs, especificar: cada tercer día muy poco

Micciones en 24 hrs, especificar: 21 mililitros en 24 horas

#### ***IV Patrón actividad/ ejercicio***

Estado físico actual

Frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto      Frecuencia respiratoria: 50 respiraciones por minuto      Condición durante su registro:

#### ***Características de:***

Frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto      Llenado capilar: 2 segundos      Ritmo cardiaco:

Respiración: de acuerdo a ventilación mecánica programada

Secreciones bronco-pulmonares:

Fuerza muscular: no es valorado

Capacidad de los padres para crea un entorno propicio para el crecimiento y desarrollo del recién nacido:

#### ***V Patrón reposo/sueño***

Ciclo de sueño del recién nacido, especificar: actualmente no es valorable se encuentra bajo relajación y sedación.

#### ***VI Patrón cognitivo/perceptual***

Estado físico actual.

Nivel de conciencia: Se encuentra bajo efectos de relajación

Presencia de reflejos normales en el recién nacido, especificar, cuales

Presión palmar

Características de: Responde con facilidad a estímulos se relaja al escuchar la voz de la madre, responde a estímulos luminosos con apertura ocular y movimientos del cuerpo

Fontanela anterior y posterior, especificar:

Tono muscular, especificar:

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (anotar fecha)

Biometría hemática.

Ultrasonido transfontanelar:

Existe capacidad de los padres para la toma de decisiones:

### ***VII Patrón de autoimagen / auto concepto***

Existencia de preocupaciones de los padres, especificar, cuáles?

Existencia de algún temor en los padres, especificar a qué?

Satisfacción en los padres con el cumplimiento del cometido, en caso de negativo, especificar, porque?

Estado de ánimo de los padres, especificar:

Ayuda que la enfermera pueda brindarles:

Este patrón no es valorado.

### ***VIII Patrón rol / relaciones***

Lugar que ocupa el recién nacido en la familia: primer hija

Numero de hermanos: Primera hija

Estado civil de los padres, especificar: Padres solteros

Ayuda que la enfermera pueda brindarles:

### ***IX Patrón sexualidad/reproducción***

Estado físico actual Genitales de acuerdo a edad y sexo con labios menores prominentes.

### ***X Patrón afrontamiento o / estrés***

Existencia de temor en padres relacionado con el cuidado del recién nacido: La madre tiene miedo de la salud de su hija.

Adaptación de la familia al recién nacido: Al recibir estímulos principalmente cuando acumula secreciones.

Ayuda q la enfermera pueda brindar: se orienta a la madre sobre el cuidado de su bebe.

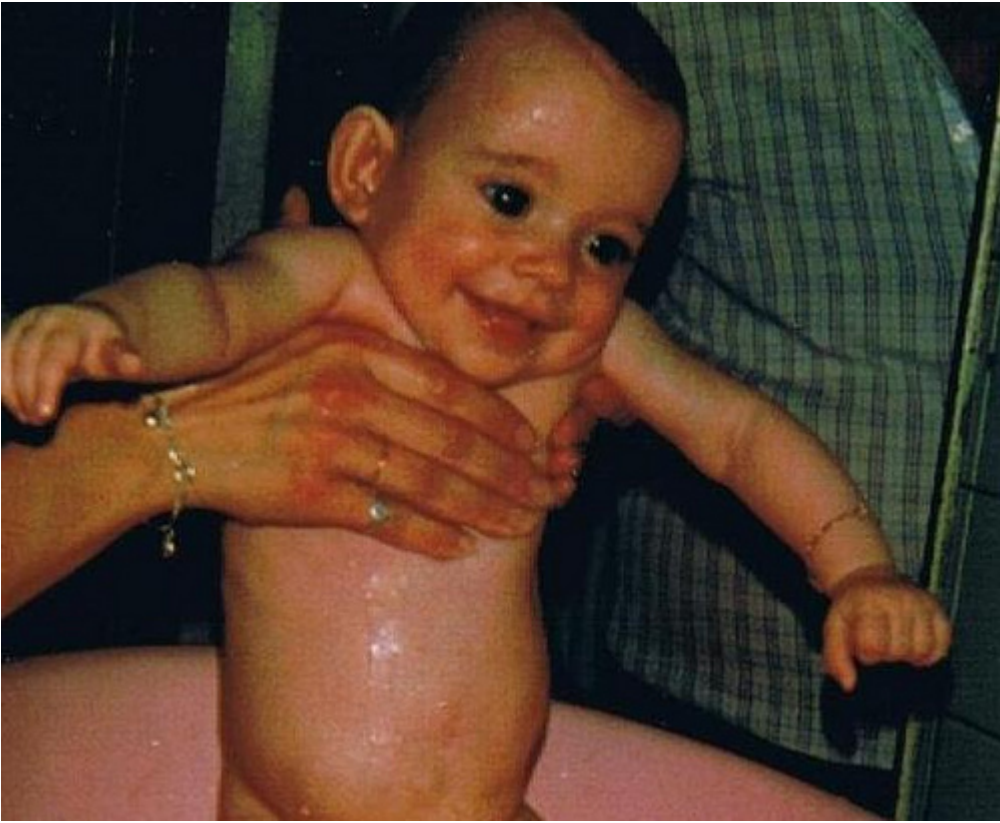
### ***XI Patrón valores / creencias***

Actitud religiosa de los padres: Católicos.

Demanda de servicios religiosos del recién nacido: Bautizado en la iglesia del niño doctor de Tepeaca.

Mito y creencias de los padres: Ejercen la religión católica.





## **GLOSARIO**

### **Anestesia:**

Medicamento para reducir el dolor.

### **Anomalía:**

Malformación o anormalidad.

### **Antibióticos:**

Medicamentos que matan bacterias o que disminuyen su tasa de crecimiento; se usan para tratar las infecciones causadas por bacterias.

### **Estasis venosa**

Compresión de las venas debido al aumento de la presión.

Estancamiento de la sangre en una vena consiste en un trastorno en el que el flujo normal de sangre a través de una vena esta enlentecida.

### **Evisceración**

Salida de la masa intestinal fuera del abdomen por traumatismo o por dehiscencia de una sutura.

### ***Extrofia vesical***

La palabra extrofia se deriva de la palabra griega *ekstriphein* que literalmente significa vuelta o giro de dentro a fuera. La extrofia de la vejiga es una malformación de la vejiga y uretra, en la que la vejiga ha girado de adentro a fuera. La uretra, que es el canal que lleva la orina fuera del cuerpo, no se ha formado completamente. Esto se llama epispadias. En chicos, el pene tiene apariencia aplastada y podría estar levantado (alzado) hacia el abdomen. En las niñas, la uretra abierta es localizada entre un clítoris dividido y el labio menor.

### **Hipovolemia**

Disminución del volumen total de sangre.

### **Isquemia**

El engrosamiento arterial reduce el paso de sangre a los tejidos lo que produce isquemia a la isquemia o disminución del riego a los tejidos.

### **Intubación:**

Inserción de un tubo ET (endotraqueal) [ver la definición] a través de la nariz o la boca del bebé hasta la tráquea. Mientras el tubo está en posición el bebé no emite sonidos de llanto.

**Nutrición Parenteral Total:**

Nutrición líquida que contiene proteínas, azúcar, materias grasas, vitaminas y minerales que se dan al bebé por vía intravenosa.

**Prueba de detección genética:**

Pruebas para determinar posibles enfermedades, anomalías y defectos de nacimiento heredados.

**Succión:**

Extracción de mucosidad de la nariz y de la garganta o del tubo ET (ver tubo endotraqueal) con un tubo de plástico unido a un dispositivo de succión.

**El régimen cero**

Es el reposo intestinal.

**Que es el Vólvulos**

Es la obstrucción intestinal por torsión de una asa alrededor del mesenterio.

El síndrome Beckwith-Wiedemann (SBW) es una enfermedad genética o epigenética de sobre crecimiento asociada con un elevado riesgo de formación de tumor embrionario.<sup>1</sup> La enfermedad es causada por mutaciones en genes reguladores del crecimiento en el cromosoma 11(en la región11p15.5) o por errores en impronta genómica.<sup>2</sup> Los pacientes presentan de forma típica vísceras fuera de la zona abdominal (onfalocele), lengua grande (macroglosia), y peso elevado al nacer (macrosomía).<sup>3</sup>

**Tubo endotraqueal:**

(Endotraqueal Tubo, ET Tube)

Tubo que se introduce por la nariz o la boca y que baja por la tráquea. Se usa para formar una vía respiratoria de la tráquea a los pulmones.

**Vólvulos**

Es la obstrucción intestinal por torsión de una asa alrededor del mesenterio.