



Universidad popular autónoma del estado de puebla
Centro interdisciplinario de posgrado
Investigación y consultoría
Especialidad de enfermería en neonatología

Tesina:

Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con patrón respiratorio ineficaz.

Presenta:

L.E. Sara de la Cruz Hernández.

Para obtener el grado de especialista de enfermería en neonatología.

Villahermosa, Tabasco, 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:

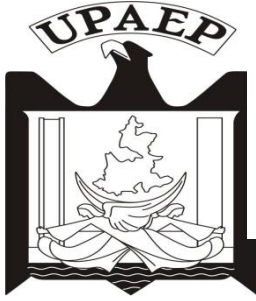
DERECHOS RESERVADOS ©

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.



Universidad popular autónoma del estado de puebla
Centro interdisciplinario de posgrado
Investigación y consultoría
Especialidad de enfermería en neonatología

Tesina.

Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con patrón respiratorio ineficaz.

Presenta:

LE. Sara de la Cruz Hernández.

Directora de tesina:

LEP. Diana María López García

Para Obtener el grado de Especialista de Enfermería en neonatología.

Villahermosa, Tabasco, Enero de 2012

Créditos:

Elaboró:

LE Sara de la Cruz Hernández

Directora de Tesina:

LEP. Diana María López García.

Revisores y Jurados de Examen Profesional:

Presidente: MCE. Florentina Salazar Mendoza.

Secretario: MEC. Elsa Guadalupe Jiménez Lara.

Vocal: LEP. Diana María López García

Tesina:

Proceso de enfermería en un recién nacido con patrón respiratorio ineficaz

Comisión revisora de tesina para su aprobación:

Directora de Tesina:

LEP. Diana María López García.

Revisores y Jurados de Examen Profesional:

Presidente: MCE. Florentina Salazar Mendoza.

Secretario: MEC. Elsa Guadalupe Jiménez Lara.

Vocal: LEP. Diana María López García

LEP. Diana María López García.
Directora de tesina

MTRA. Florentina Salazar Mendoza
Coordinadora de posgrados de enfermería.

Agradecimiento:

Doy infinitas gracias...

A Dios, por el camino recorrido....

A mis hijos, por ser mi fuerza y templanza...

A mi madre, por su amor y apoyo...

A mi esposo, por su comprensión...

A la vida.... Por lo aprendido.

Tabla de Contenido

Introducción.	1
Justificación.	3
Objetivos.	4
Marco teórico: Proceso de enfermero.	5
Marco teórico: patrones funcionales de Margory Gordon.	10
Fundamentos fisiopatológicos de la taquipnea transitoria del recién nacido.	13
Proceso enfermero.	17
Valoración	17
Historia clínica.	18
Valoración por patrones funcionales.	18
Diagnósticos de enfermería	23
Patrón respiratorio ineficaz	26
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	30
Deterioro del intercambio de gases	34
Deterioro de la ventilación espontanea	38
Termorregulación ineficaz	42
Interrupción de la lactancia materna	45
Riesgo de infección	48
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	52
Trastorno del patrón del sueño	56
Deterioro parental	59
Conclusión	62
Bibliografía	63
Mapa mental: taquipnea transitoria del recién nacido	64
Consentimiento informado	65

Introducción.

...La atención de la salud en el período perinatal requiere que el recurso humano de enfermería, como integrante del equipo de salud perinatal, cuente con conocimientos específicos que asegure la eficacia en las intervenciones en los distintos niveles de prevención.

....Como miembro del equipo de salud neonatal, la enfermera participa en los controles prenatales, identifica riesgos que afectan la salud materno-fetal y se integra a programas preventivos y de educación para la salud.

.....La enfermera que se desempeña en el área neonatológica participa en el equipo de recepción del recién nacido, garantizando cuidados integrales tanto para el niño sano como aquél que presenta alteraciones en su salud.

.....En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, brinda cuidados de enfermería al recién nacido críticamente enfermo, promoviendo la participación activa de los padres y el grupo familiar.

.....Al mismo tiempo, fortalece la relación institución-familia-comunidad, participa en la preparación para el alta, considerando las complejas necesidades del recién nacido y la familia contribuyendo a una adecuada orientación.

En este marco, la especialidad de Enfermería en Neonatológica constituye un escenario adecuado para la formación de recursos humanos en enfermería capaces de contribuir a la optimización del modelo de atención y la calidad de vida de la población.

.....La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio, es decir el "estudio del recién nacido". El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo.

.....El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un importante espacio en esta especialidad, pero se debe sistematizar la capacitación del personal de las (UCIN) unidad de cuidados intensivos neonatales para lograr una atención óptima en los (RN) recién nacido con (SDR) síndrome de dificultad respiratoria y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial (Manual para enfermería), sobre los cuidados que se deben aplicar a los RN con SDR y que sirva de consulta tanto para pregrado, posgrado como para los enfermeros asistenciales.

Justificación

.....A nivel mundial la taquipnea transitoria del recién nacido se presenta entre el 0.3 y el 0.5% de todos los recién nacidos, aunque existen algunas series mexicanas que reportan hasta el 2% de todos los recién nacidos vivos. Comprenden el 35 al 50% de todos los casos de dificultad respiratoria no infecciosa que ingresan a los cueros patológicos o unidad de cuidados intensivos neonatal.

....La asfixia del nacimiento como segunda causa de morbilidad neonatal en este trabajo, concuerda con lo reportado por la OMS organización mundial de la salud, que la identifica como causante del 21% de las hospitalizaciones y muertes neonatales, en el estudio las cifras son menores, pero existe la posibilidad de que haya tendencia, lo cual es una situación que requiere de vigilancia. Las causas, probablemente se relacionen con abuso de cesáreas; prácticas médicas iatrogenas o Preeclampsia-eclampsia y otras entidades maternas que condicionan hipoxia materno-fetal.

.....La taquipnea transitoria del recién nacido, que no ocupa ningún lugar importante en las estadísticas de morbimortalidad internacionales, en este estudio fue la tercera causa de morbilidad. Si bien este padecimiento no tiene una etiología establecida, su frecuencia de aparición está íntimamente relacionada con el parto por cesárea.

.....El propósito de elaborar este plan de cuidados de enfermería en neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido, es de servir como herramienta para lograr mi titulación como enfermera especialista en neonatología y que este sirva como herramienta para otorgar cuidados de enfermería estandarizados al personal de la unidad de cuidados intensivos neonatal.

Objetivo general.

.....Brindar cuidado de enfermería durante la adaptación del neonato de acuerdo a los cambios fisiológicos propios de la edad, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal.

Objetivos específicos.

.....Contar con un lineamiento para la estructura, elaboración, implementación y evaluación plan de cuidados de Enfermería (PLACE). En la atención del neonato con taquipnea transitoria del recién nacido.

.....Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado a fin de que exista una comunicación eficaz y eficiente entre profesionales de enfermería en México que proporciona atención al recién nacido con taquipnea transitoria del recién nacido (TTR/N).

Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada de los neonatos.

.....Homologar los criterios para la construcción de plan de cuidados de enfermería (PLACES) con base en el proceso de atención en enfermería (PAE) y con la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC y NIC

.....Conformar un catálogo de plan de cuidados de enfermera (PLACE's) para su difusión en las unidades que prestan atención a los recién nacidos.

Marco teórico: proceso enfermero

.....El proceso enfermero se emplea para identificar, diagnosticar y tratar las respuestas humanas ante la salud y la enfermedad (American Nurses Association (ANA), 1995). Su procedimiento incluye cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación.

.....Su objetivo favorece el cuidado individualizado, permite a la enfermera organizar y presentar cuidados enfermeros para responder al cliente con calidad, calidez y profesionalismo en el cuidado, mejora o mantenimiento de su salud.

Valoración

.....Es la más importante, porque nos permite la identificación de problemas reales o de riesgo y de evidencias existentes para emitir juicios de valor.

La valoración se integra por tres subprocesos:

Recolección de la información

Validación de la información

Registro de la información.

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)

Indirectas (expediente clínico e índice bibliográfico).

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

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

Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares) y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: hipertensión, la deshidratación, el sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad, etc.). Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas se complementan y clarifican mutuamente, (Alfaro 1998:41) en consecuencia se pueden presentar en forma simultánea. Se inicia desde el primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, (Alfaro 1999:30)

Validación de la información

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

Para la validación de datos es necesario que al inicio de la entrevista, se encuentre un observador para que en un momento dado pueda consultar al usuario, familia y a otros integrantes del equipo de salud en caso necesario y así poder realizar comparaciones.

Registro de la información

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico. Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en Enfermería (Iyer 1997:81).

Diagnóstico enfermero

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual y compleja, (Iyer 1997:3) al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades).

Es un “juicio clínico sobre la respuesta (...)”, (Alfaro 199:81) humana “(...) de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales (...)” (Luis 1998:6) y de riesgo, en donde la enfermera (o) es responsable de predicción prevención u tratamiento en forma independiente.

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, de riesgo y de salud. El diagnóstico real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad (...) y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) (...)”, (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados. El diagnóstico de riesgo (potencial): “describe respuestas humanas (...) que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, (Luis 1998:7) no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología). El diagnóstico de salud: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor” (Luis 1998:8)

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 la respuestas del cliente enfermo (...)” (Iyer 1997:157).

Posterior a la evaluación y etapa de diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

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

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

Las intervenciones de Enfermería son estrategias diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos”, (Iyer 1997:186) y están encaminadas a tratar los factores relacionados de riesgo del problemas de salud, señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación de dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico, para analizar la situación “problema” mediante cuestionamiento que conducen a la selección de acciones de Enfermería específicas

Los planes de cuidados de Enfermería son documentos que contiene: el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), objetivo(s), acciones de Enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas independientes; la diferencia entre ambos es que uno

Se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatológica (problema interdependiente) y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen los planes de cuidados para problemas interdependientes.

Son características de los planes de cuidado: la individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionados/riesgo específico, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de enfermería.

La documentación del plan de cuidados es el registro que la enfermera realiza de los componentes del plan que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Ejecución

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado "...y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados" (Iyer 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.

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

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

Marco teórico: patrones funcionales de Margory Gordon

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

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

Patrones físicos.

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.

Patrones emocionales.

VII. Patrón auto percepción- auto concepto.

Describe el patrón auto concepto de percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo sobre sí mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), la imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional. Se incluye el patrón de postura corporal y movimiento, contacto ocular, voz y patrón de conversación.

VII.-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.

Fundamentos fisiopatológicos de la taquipnea transitoria del recién nacido.

Definición:

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) es un proceso respiratorio no infeccioso que se presenta con más frecuencia en los recién nacidos de término o cercanos a término. La literatura abarca en que coincide en que abarca del 35 al 50% de los casos de insuficiencia respiratoria no infecciosas de los recién nacidos que ingresan a los servicios de neonatología.

Se inicia en las primeras horas y se caracteriza por taquipnea (frecuencia respiratoria mayor de 60 x'), insuficiencia respiratoria y aumento del requerimiento de oxígeno, con niveles de CO² normales o ligeramente aumentados. Es un proceso generalmente auto limitado que se resuelve aproximadamente de 24 a 72 horas. (Pérez MJ, 2006, Siva KN, 2006) 15

Etiopatogenia.

La causa precisa de la taquipnea transitoria neonatal, no está perfectamente aclarada, se postula que se produce por la distensión de los espacios intersticiales por líquido pulmonar, que da lugar al atrapamiento del aire alveolar y al descenso de la distensibilidad pulmonar. Otros consideran que se produce por una demora en la eliminación del líquido pulmonar normalmente presente en la vida fetal, por ausencia de compresión torácica (parto por cesárea), además que durante el trabajo de parto se estimularía la reabsorción del líquido pulmonar, probablemente mediado por la secreción de catecolaminas.

Aspectos Epidemiológicos

Aproximadamente 1 a 2 por ciento de todos los recién nacidos desarrollan taquipnea transitoria lo que representa el 32% de los cuadros de dificultad respiratoria neonatal. En el Perú los registros de hospitalización muestran que el 0.87/1000 nacidos vivos cursan con taquipnea transitoria.

Factores de Riesgo Asociados

Recién nacidos a término o cercanos a término.

Parto por Cesárea electiva (sin trabajo de parto).

Sexo masculino

Macrosómicos.

Podálico.

Sedación materna excesiva

Trabajo de parto prolongado.

Fosfatidilglicerol negativo en líquido amniótico.

Asfixia al nacer.

Sobrecarga de líquidos de la madre.

Pinzamiento del cordón umbilical mayor de 3 minutos

Policitemia fetal.

Hijo de madre diabética

Cuadro clínico

Dificultad respiratoria presente desde el nacimiento.

Taquipnea (usualmente mayor de 60 respiraciones por minuto).

Diámetro antero posterior del tórax normal o aumentado.

La auscultación puede ser normal o con murmullo vesicular disminuid

Quejido espiratorio, cianosis, retracciones en las formas graves

La clínica puede agravarse en las primeras 6-8 horas, para luego estabilizarse y, a partir de las 12-24 horas experimentar una rápida mejoría. Puede persistir la taquipnea con respiración superficial durante 3-4 días.

Diagnóstico

Si bien existen hechos clínicos y radiológicos que caracterizan a la taquipnea transitoria del recién nacido, éste debe ser un diagnóstico de exclusión. Criterios clínicos Destaca la taquipnea.

Requerimiento de oxígeno bajo ($FiO_2 < 0.4$). Criterios radiológicos

Refuerzo de la trama bronco vascular hilar (“Corazón vellosa”).

Presencia de líquido pleural.

Derrame en cisuras.

Hiperinsuflación (Atrapa miento aéreo: más de 7 espacios intercostales).

Rayos X Normal.

Tratamiento:

Se administra oxígeno húmedo, de ser posible tibio, a través de cabezal (Fase I) para mantener una presión de oxígeno (PaO_2) normal según los requerimientos determinados por los gases en sangre y/o monitoreo por oximetría de pulso de la saturación de oxígeno en hemoglobina (SO_2) la cual debe permanecer entre 88 - 95%.

Balance hídrico.

Control de funciones vitales.

Reposo gástrico y vía periférica, hasta que la frecuencia respiratoria sea menor de 80 por minuto.

Entre 60 - 80 respiraciones por minuto, administre preferentemente leche materna por sonda orogástrica (SOG) y lactancia materna directa si la frecuencia respiratoria es menor de 60 por minuto.

Mantener T° axilar en $36.5^{\circ}C$ (incubadora).

Ante la sospecha de otra patología actuar según guía específica.

La necesidad del uso de CPAP y ventilación mecánica es rara, de ser necesario derivar a cuidados intensivos.

Proceso de enfermero.

Valoración

Ficha de identificación:

Fecha: 14 de septiembre 2011

Fecha de ingreso: 13 de septiembre de 2011.

Nombre: r/n C. R. género: masculino

Fecha de nacimiento: 12 de septiembre de 2011 hora de nacimiento: 05:48 am

Numero de afiliación: 76065 servicio: ucin cama: 19

Nombre de la madre/tutor: R.C.R edad: 35

Escolaridad ocupación: labores del hogar.

Religión: católica

Nombre del padre: rosa refiere ser madre soltera.

Domicilio: primo de verdad s/n centro, pichucalco, Chiapas

Diagnostico medico: taquipnea transitoria del recién nacido/ prematurez

Ingreso económico familiar mensual: \$770.00 m/n

Historia clínica:

Historia familiar de enfermedad

La madre del neonato refiere no haber ningún antecedente de hipertensión ni diabetes en su familia. Solo un familiar muere por un infarto.

Historia prenatal

Madre que refiere haber asistido a sus consultas completas durante la gestación, durante el embarazo no presenta complicaciones ni amenazas de aborto solo una incidencia de infección urinaria que fue tratada en tiempo y forma por medico durante el embarazo. Se aplica esquema de toxoide tetánico, manifiesta ser primer hijo.

Historia de trabajo de parto:

Embarazo de 36 semanas de gestación (SDG) por fecha de ultima regla (FUR), el cual inicia con contracciones por lo que acude a servicio médico, iniciando trabajo de parto efectivo, el cual refiere haber dilatación y borramiento completo presentando el producto descenso de la frecuencia cardiaca, por lo que se decide realizar cesárea.

Historia del recién nacido.

Nace producto masculino por vía abdominal presenta flacidez, sin tono muscular y sin llanto, el cual lo presento a los cinco minutos después del nacimiento y con dificultad respiratoria que se mantiene hasta la actualidad. Nace con un peso bajo de 2,200 grs, talla de 47cm perímetro cefálico de 32cm, perímetro torácico de 32cm, perímetro abdominal de 29cm, pie de 7cm. Presento apgar de 7/8, con capurro de 36 semanas de gestación (SDG y silverman de 3, sin presencia de malformaciones, con dificultad respiratoria, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales acentuados, y la prematurez.

Valoración por patrones funcionales

1.- patrón: percepción manejo de la salud

La madre del neonato refiere que su casa cuenta con 2 habitaciones vive con sus padre, con piso de cemento y paredes de block cuenta con los servicios de agua potable, luz, drenaje. Refiere conocer las medidas higiénicas para el recién nacido, en su comunidad cuenta con los servicios médicos, como el centro de salud que refiere acude cuando presenta problemas de salud, no tienen animales domésticos, solo viven tres adultos y el bebe, sus padres cuentan con un buen estado de salud mental y sin alteraciones físicas. Rosa refiere tener interés en el cuidado de su hijo por lo cual desea saber sobre la salud de su hijo, aprender a conservar y recuperar la salud de su hijo.

2.- patrón: nutricional metabólico.

Se observa al neonato con palidez generalizada, con un peso de bajo por su prematurez de 2,200 grs, talla de 47cm perímetro cefálico de 32cm, perímetro torácico de 32cm, perímetro abdominal de 29cm, pie de 7cm. Eutermico con 36.8 refiere hoja de enfermería presentar distermias y glucemia de 98mg/dl. En estos momentos se encuentra en ayuno por motivo del tratamiento, y enfermedad actual.

Se observa incapacidad para la succión, deglución por la prematurez y el apoyo ventilatorio colocado, se observa irritabilidad en fosas nasales, sonda orogastrica a drenaje y onfalocclisis permeable, sensor de oxímetro en miembro inferior derecho, sujeción del cpap nasal con venda con dificultad para dar cambios de posición se observa irritable a la manipulación.

Piel: Presenta palidez e integridad cutánea delgada por la prematurez en su totalidad con buena hidratación, eutérmico durante el día.

Cabeza: Simétrica, cabello bien implantado delgado de color negro con fontanelas palpables abombadas.

Uñas: presenta cianosis distal con poca perfusión.

Cara: Ovalada. Simétrica

Mucosas

Oral: se observa buena hidratación, con cierta palidez de encías y lengua, labios con buena perfusión y cavidad orofaringe con secreciones moderadas que pueden obstruir las vía aérea.

Muñón umbilical: con presencia de catéter de onfalocclisis venoso pasando líquidos y electrolitos se observa con permeabilidad.

Boca: Palidez de labios simétricos con hidratación oral, sonda orogastrica a derivación con escaso drenaje de contenido gástrico claro, sialorrea moderada, sin reflejo de búsqueda y succión.

Orejas: Normales simétricas con buena implantación y permeabilidad auditiva sin presencia de cerumen y respuesta a la estimulación externa activamente.

Cuello: Simétrico anatómicamente corto y movimientos normales sin alteraciones aparentes.

Líquidos en 24 horas de 7.7 ml/hrs de glucosa al 10% y gluconato de calcio.

Existe problema eminente de tener defensas baja por la prematurez, en cuanto a las infecciones intrahospitalarias, procedimientos invasivos, catéteres, sonda orogastrica, puntas nasales de CPAP, etc.

3.- patrón: eliminación

Eliminación intestinal cada 12 horas de color café, pastoso de 8 a 10 gr y diuresis de 2ml por hora día, todo esto de manera espontanea. Con perístasis presente.

Abdomen: Abdomen blando sin patomegalias con perístasis normal.

Presenta sonda orogastrica a derivación drenando contenido gástrico escaso con coloración clara.

4.- patrón: actividad ejercicio

A la auscultación el recién nacido presenta una frecuencia cardiaca de 145 por minutos, se encuentra despierto, un poco inquieto a la manipulación, frecuencia respiratoria de 82 por minuto, con buen ritmo cardiaco no se oyen soplos disritmias, el llenado capilar es de 3 segundos, la respiraciones son rapidas con aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales, se oyen ruidos vesiculares y crepitos basales, con buen tono muscular, se encuentra con en segunda fase ventilatoria con cpap nasa con 5 ml de agua y 4 de peep

Ojos: Ambos asimétricos con movilidad ocular normal, conjuntivas hidratadas sin presencia de secreciones, pestañas escasas con buena implantación.

Nariz: Presenta buena hidratación simétrica permeable con presencia de irritación mínima en fosas nasales por puntas nasales de CPAP nasal a cinco litros de oxígeno y 4cm de agua (PEEP), se observa tiros intercostales y disnea, se intenta retiro de CPAP nasal sin tolerar presentando disneas y polipneas, subsecuentemente se observan secreciones moderas por lo cual se aspira por razón necesaria.

Madre la cual consume sus tres comidas del día y menciona que cubre su requerimiento nutricional.

Gasometría: acidosis respiratoria leve e hipoxemia leve.

RX.

Gasometría Arterial: hipoxemia e hipercapnea leve.

Se realiza baño de esponja en servocuna cada 24 horas con jabón neutro y se mantiene solo con pañal desechable, se pesa cada tercer día con glicemia capilar cada 24 horas o por razón necesaria, se realizan cambios de posición cada tres horas para evitar daño cutáneo por presión. Lactante el cual se presenta fuerte y ágil en sus movimientos.

5.- patrón: descanso y sueño

El neonato se observa muy irritable al realizar la toma de los signos vitales, con poco ruido a manipulación se observa irritable y despierta en seguida.

6.- patrón: cognitivo-perceptual

Presente reacción a los estímulos externos, observándose reflejo de orientación y búsqueda al igual Babinski como al estímulo plantar, el reflejo de succión presente debilidad. la fontanela anterior normotensas, irritabilidad a mínima estimulación.

7.- patrón: auto percepción auto concepto

La madre demuestra cariño hacia su hijo durante la visita hospitalaria, manifiesta que acepta la situación y la patología de su hijo. Refiere ser madre soltera y único sustento familiar en el hogar, no contando con apoyo de ninguna otra persona para cuidar a su hijo, por lo que le preocupa ya que ella tiene que salir a vender productos para obtener ingresos económicos.

8.- patrón: rol relaciones

La madre del neonato refiere preocuparle el estado de salud de su hijo ya que es su primer hijo, solo cuenta con el apoyo de sus padres que son de la tercera edad. El tiempo de hospitalización ya que ella es única cuidadora de su hijo. Hace manifestar que ella asume ambos roles ya que es madre soltera y único soporte económico para ella y su hijo, pero que piensa que su bebe saldrá adelante.

9.- patrón: sexualidad y reproducción

Sexo masculino con genitales de acuerdo a la edad y genero, testículos no descendidos con escroto pigmentado y uretra permeable, orificio anal permeable con tono de esfínteres.

10.-patrón: adaptación y tolerancia al estrés

La madre no muy tolerante al manejo del estrés, presenta irritabilidad muy fácilmente.

11.- patrón: valores y creencias

Madre católica con creencia a Dios, refiere que con ayuda de él puede lograr que su hijo salga adelante. Le pide a dios en oración por la salud de su hijo.

Diagnósticos de enfermería.

Diagnostico de enfermería 1:

Dominio 4: actividad reposo

Clase 4: respiración cardiovascular/pulmonar

Patrón respiratorio ineficaz R/C Hiperventilación, inmadurez neurológica M/P Disnea, aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Diagnostico de enfermería 2:

Dominio 11 seguridad y protección

Clase 2 lesión física

Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de las secreciones bronquiales, apoyo ventilatorio CPAP M/P Cambios en la frecuencia y ritmos respiratorios, excesiva cantidad de esputo.

Diagnostico de enfermería 3:

Dominio 3: eliminación e intercambio

Clase: 4 función respiratoria

Deterioro del intercambio de gases R/C cambio de la membrana y la ventilación- perfusión M/P polinia, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales, gasometría arterial alterada

Diagnostico de enfermería 4:

Dominio 4 actividad/reposo

Clase 4 respuesta cardiovascular/pulmonar

Deterioro de la ventilación espontanea R/C fatiga de los músculos respiratorios M/P uso creciente de los músculos accesorio.

Diagnostico de enfermería 5:

Dominio 11 seguridad y protección

Clase 6: termorregulación

Termorregulación ineficaz R/C prematurez M/P Fluctuaciones de la temperatura, por encima y por debajo del rango normal.

Diagnostico de enfermería 6:

Dominio 7: rol/relaciones.

Clase 3: desempeño del rol

Interrupción de la lactancia materna R/C hospitalización del niño (prematurez) M/P Separación madre – hijo.

Diagnostico de enfermería.

Dominio 11: seguridad/protección

clase1: infección

Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, defensas secundarias inadecuadas prematurez.

Diagnostico de enfermería 8.

Domino 11: seguridad/protección.

Clase 2: lesión física.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C la presión que ejerce la mascarilla facial en determinados puntos (puente de la nariz).prematurez

Diagnostico de enfermería 9:

Dominio 4: actividad/reposo

Clase 1: sueño/reposo.

Trastorno del patrón de sueño R/C interrupciones: toma de signos vitales y procedimientos cada hora, ruidos en el dispositivo de apoyo ventilatorio M/P Cambios en el patrón de sueño.

Diagnostico de enfermería 10:

Dominio 7: rol relaciones

Clase 1: roles del cuidador

Deterioro parental R/C enfermedad del neonato M/P Vinculación inadecuada, Verbalización de frustración, Verbalización de inadecuación del rol.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

dominio:4 actividad/ reposo	Clase. 4 respuesta cardiovascular/pulmonar						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) : 1				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DEFINICION: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada Etiqueta (problema) (P) Patrón respiratorio ineficaz (00032) Factores relacionados (causas) (E) Hiperventilación, inmadurez neurológica Características definitorias (signos y síntomas) Disnea, aleteo nasal, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar				Dominio: salud fisiológica (II)Clase: cardiopulmonar (E) Estado respiratorio (0415)	Frecuencia respiratoria(2) Ritmo respiratorio(2) Murmullo vesicular auscultado(2) saturación de oxígeno(3) uso de músculos accesorios(3) retracción torácica(2) acumulación de esputo(2) aleteo nasal(2) inquietud(2)	1.Grave 2.sustancial 3.moderado 4.leve 5.ninguno	MANTENER A:20 AUMENTAR A:45 puntuación basal de (20) pos intervención de (41) puntuación cambio fue de (+ 21)

<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC): aspiración de las vías aéreas (3160)</p>			<p style="text-align: center;">INTERVENCIONES (NIC): ayuda a la ventilación (3390)</p>	
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio</p>			<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio</p>	
<ul style="list-style-type: none"> * Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. * Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara, si es el caso. * Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones. * Observar el estado de oxigenación del paciente (niveles de S_aO_2) y estado hemodinámico (Pam y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión * Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente. * Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 			<ul style="list-style-type: none"> * Mantener una vía aérea permeable * Colocar al paciente de forma que alivie la disnea * Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/ perfusión * Colocar al paciente de forma que minimice el esfuerzo respiratorio * Administrar medicación adecuada contar el dolor que minimice la hiperventilación * Administrar medicamentos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases 	

	INTERVENCIONES (NIC): manejo acido base (1910)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de la ventilación mecánica no invasiva (3302)	
	ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: G control de electrolitos y acido- base			ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio	
	<ul style="list-style-type: none"> * Mantener un acceso iv permeable * Mantener las vías aéreas despejadas * Colocación optima para una ventilación * Controlar el patrón respiratorio * Controlar los factores determinantes de aporte de oxigeno tisular (niveles de pao2 y sao2 y hemoglobina y gasto cardiaco) * Obtener muestras de según orden medica para el análisis en el laboratorio del equilibrio acido-base * Proporcionar una higiene bucal frecuente 			<ul style="list-style-type: none"> * Controlar las condiciones que indican la necesidad de un soporte de ventilación. * Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. * Explicar a la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos. * Comprobar regularmente las conexiones del CPAP. * Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio. * Realizar una técnica antiséptica a todos los procedimientos de succión. * Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar los resultados periódicamente. * Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada. * Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas y succión suave 	

EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
<p>se le proporciono aspiración de secreciones cada vez que lo requería manteniendo permeabilidad de las vías aéreas disminuyendo progresivamente cantidad de esputos,</p> <p>se coloco en posición de manera que mejore su ventilación Se le instalo solución parenteral manteniendo hidratación y mantener vía aérea permeable evitando alteración de acido base. Vigilancia en el control de gases arteriales y funcionalidad del cpap nasal.</p>		<p>con puntuación basal de (20) se obtiene puntuación pos intervención de (41) la puntuación cambio fue de (+ 21) resultado esperado: estado respiratorio frecuencia respiratoria de (2) a (5) ritmo respiratorio de (2) a (4) murmullo vesicular auscultado de (2) a (5) saturación de oxigeno de (3) a (5) uso de músculos accesorios de (3) a (5) retracción torácica de (2) a (4) acumulación de esputo de (2) a (4) aleteo nasal de (2) a (5) inquietud de (2) a (4)</p>
Nombre de la enfermera:	Sara de la cruz Hernández	



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA):2	CLASE: 2. LESIÓN FÍSICA	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>Definición: incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p> <p>etiqueta (problema) (p) Limpieza ineficaz de las vías aéreas. (00031)</p> <p>factores relacionados (causas) (e) retención de las secreciones bronquiales, apoyo ventilatorio (cpap)</p> <p>características definitorias (signos y síntomas) Cambios en la frecuencia y ritmos respiratorios, excesiva cantidad de esputo.</p>		<p>Dominio: salud fisiológica (II) Clase cardiopulmonar (E)</p> <p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas. (0419)</p>	<p>frecuencia respiratoria (2) ritmo respiratorio(3) profundidad de la inspiración(2) capacidad de eliminar secreciones(2) uso de músculos accesorios (3) aleteo nasal(2) acumulación de esputos.(2)</p>	<p>1.desviación grave del rango normal 2.desviación sustancial del rango normal 3.desviación moderada del rango normal 4.desviación leve del rango normal 5.sin desviación del rango normal</p>	<p>mantener a: 16 aumentar a : 35</p> <p>puntuación basal de (16) posintervencion de (29) puntuación cambio fue de (+ 13)</p>

	INTERVENCIONES (NIC): aspiración de las vías aéreas (3160)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de la ventilación mecánica no invasiva (3302)	
	ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio			ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio	
	<ul style="list-style-type: none"> * Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. * Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara, si es el caso. * Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones. * Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente. * Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 			<ul style="list-style-type: none"> * Controlar las condiciones que indican la necesidad de un soporte de ventilación. * Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. * Explicar a la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos. * Comprobar regularmente las conexiones del cpap. * Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio. * Realizar una técnica antiséptica a todos los procedimientos de succión. * Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar los resultados periódicamente. * Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada. * Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas y succión suave. 	

INTERVENCIONES (NIC): monitorización respiratoria (3350)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de las vías aéreas (3140)
ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio			ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio
<ul style="list-style-type: none"> * vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones * Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares. * Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual. * Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. * Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. * Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. 			<ul style="list-style-type: none"> * Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. * Eliminar las secreciones fomentando la succión. * Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación. * Administrar aire u oxígeno humidificado. * Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. * Vigilar el estado de respiratorio y de oxigenación, si procede.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se manejo monitoreo continuo de la frecuencia respiratoria, mejorando favorablemente después de realizar aspiración de secreciones, las cuales eran moderadas.</p> <p>Al mejorar su patrón respiratorio el neonato se observo con buena coloración menos irritable, disminuyendo el exceso de sialorrea.</p>	<p>Se obtuvo una puntuación basal de (16) aumentando favorablemente a una puntuación posintervención de (29) sin presentar cambios desfavorables en el rango normal.</p> <p>la puntuación cambio fue de (+ 13)</p> <p>Resultado esperado: estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>frecuencia respiratoria de (2) a (4)</p> <p>ritmo respiratorio de (3) a (4)</p> <p>profundidad de la inspiración de (2) a (4)</p> <p>capacidad de eliminar secreciones de (2) a (3)</p> <p>uso de músculos accesorios de (3) a (5)</p> <p>aleteo nasal de(2) a (5)</p> <p>Acumulación de esputos. de (2) a (4)</p>
Nombre de la enfermera:	Sara de la cruz Hernández



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO 03: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	CLASE 4: FUNCIÓN RESPIRATORIA						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA):3			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p>Definición: exceso o déficit de la oxigenación y eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar.</p> <p><i>etiqueta (problema) (p)</i> deterioro del intercambio de gases (00030)</p> <p><i>factores relacionados (causas) (e)</i> cambio de la membrana y la ventilación- perfusión</p> <p><i>características definatorias (signos y síntomas)</i> polinia, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiros intercostales, gasometría arterial alterada</p>			<p>Dominio: salud fisiológica (II) Clase: cardiopulmonar (E)</p> <p>(0402) estado respiratorio: intercambio gaseoso.</p>	<p>presión parcial de ($p_a\text{CO}_2$) (3)</p> <p>Saturación de oxígeno. (2)</p> <p>disnea en reposo(2)</p> <p>Cianosis. (3)</p>	<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: 10</p> <p>aumentar a:20</p> <p>puntuación basal de (10) postintervencion fue de (16) puntuación cambio fue de (+6)</p>	

	INTERVENCIONES (NIC): aspiración de las vías aéreas (3160)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de la ventilación mecánica no invasiva(3302)	
	ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio			ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio	
	<ul style="list-style-type: none"> * Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal. * Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. * Disponer precauciones universales: guantes, gafas y mascara, si es el caso. * Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones. * observar el estado de oxigenación del paciente (niveles de s_aO_2) y estado hemodinámico (pam y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión * Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente. * Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. 			<ul style="list-style-type: none"> * Controlar las condiciones que indican la necesidad de un soporte de ventilación. * Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente. * Explicar a la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos. * Comprobar regularmente las conexiones del cpap. * controlar las actividades que aumenten el consumo de oxígeno que pueden sustituir los ajuste de soporte del cpap y causar una desaturación de O_2 * Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio. * Proporcionar cuidados para aliviar el distres del paciente. * Realizar una técnica antiséptica a todos los procedimientos de succión. * Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares y documentar los resultados periódicamente. * Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal por presión de las puntas nasales del cpap. * Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada. * Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas y succión suave. * Documentar todos los cambios de ajustes del cpap. 	

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>A la instalación del cpap el neonato mejora coloración. disminuye esfuerzo respiratorio paulatinamente la saturación de oxígeno hasta 95% se le aspiran secreciones por cavidad oral disminuyendo y mejorando patrón respiratorio en el neonato Se le aspiran secreciones con delicadeza, colocando al neonato en leve extensión de la cabeza. disminuye la acidosis respiratoria, mejorando estado de salud del paciente</p>	<p>Se obtuvo una puntuación basal de 10 la puntuación alcanzada postintervención fue de 16 sin desviación del rango normal. Resultado esperado: estado respiratorio: intercambio de gases. la puntuación cambio fue de (+6) 1 presión parcial de co2 de (3) a (4) 2. saturación de oxígeno (2) a (4) 3. disnea en reposo de (2) a (4) 4. cianosis de (3) a (4)</p>
	Sara de la cruz Hernández

Nombre de la enfermera



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 4. ACTIVIDAD REPOSO	CLASE : 4. RESPUESTA CARDIOVASCULAR / PULMONAR								
<i>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 4</i>						<i>RESULTADO (NOC)</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>PUNTUACIÓN DIANA</i>
<p>Definición: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad de la persona para sostener la respiración adecuada para el mantenimiento de la vida.</p> <p><u>etiqueta (problema) (p)</u> deterioro de la ventilación espontanea (00033)</p> <p><u>factores relacionados (causas) (e)</u> fatiga de los músculos respiratorios</p> <p><u>características definitorias (signos y síntomas)</u> uso creciente de los músculos accesorio.</p>						<p>Dominio: salud fisiológica (II) Clase: cardiopulmonar(E) estado respiratorio: ventilación (0403)</p>	<p>frecuencia respiratoria(2) ritmo respiratorio(2) profundidad de la respiración (2) uso de músculos accesorios(2) retracción torácica(3) cianosis(2) disnea de reposo(2) acumulación de esputo(2) ruidos respiratorios accesorio(2) espiración alterada(2)</p>	<p>1.desviación grave del rango normal 2.desviación sustancial del rango normal 3.desviación moderada del rango normal 4.desviación leve del rango normal 5.sin desviación del rango normal</p>	<p>mantener en:21 aumentar a:50 basal de (21) pos intervención de (47) cambio de (+26)</p>

INTERVENCIONES (NIC): monitorización respiratoria (3350)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de las vías aéreas (3140)
ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio			ACTIVIDADES Campo: 2 fisiológico: complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: k control respiratorio
<ul style="list-style-type: none"> * vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones * anotar el movimiento torácico mirando la simetría, utilización de músculos accesorias y retracción de músculos intercostales y supraclaviculares * controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, etc, * palpar para ver la expansión pulmonar es igual * realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta la base de forma bilateral * observar si hay fatiga muscular diafragmática * Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados. * Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. * Anotar los cambios de saO₂ y CO₂ corriente final y los cambios de los valores de gases arteriales. * Vigilar las secreciones respiratorias del paciente. 			<ul style="list-style-type: none"> * colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible * eliminar las secreciones fomentando la succión * regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos * Vigilar el estado respiratorio t de oxigenación.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>se le proporcione apoyo respiratorio colocando la cabeza del neonato de manera que facilite la respiración</p> <p>se le proporcione cuidados al sistema de ventilación no invasivo (cpap) desde vigilar estrechamente la funcionalidad del los circuitos ,lubricar narinas constantemente, aseo peri bucal</p> <p>se le monitoreo por medio de oxímetro y gases arteriales la constante mejoría del pacientes</p>	<p>se obtuvo una puntuación basal de (21) llevándolo a una puntuación pos intervención de (47) logrando obtener una puntuación cambio de (+26)</p> <p>resultado esperado: estado respiratorio: ventilación</p> <p>frecuencia respiratoria de (2) a (5)</p> <p>ritmo respiratorio de (2) a (4)</p> <p>profundidad de la respiración de (2) a (5)</p> <p>uso de músculos accesorios de (2) (4)</p> <p>retracción torácica de (3) a (5)</p> <p>cianosis de (2) a (5)</p> <p>disnea de reposo de (2) a (5)</p> <p>acumulación de esputo de (2) a (4)</p> <p>ruidos respiratorios accesorio de (2) a (5)</p> <p>espiración alterada de (2) a (5)</p>
Nombre de la enfermera:	Sara de la Cruz Hernández.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 4. seguridad y protección		CLASE: 6 termorregulación					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 5				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia. <u>etiqueta (problema) (p)</u> termorregulación ineficaz (00008) <u>factores relacionados (causas) (e):</u> prematurez <u>características definitorias (signos y síntomas)</u> Fluctuaciones de la temperatura, por encima y por debajo del rango normal.				dominio: salud fisiológica (II) clase: regulación metabólica (I) termorregulación: recién nacido (0801)	uso de postura conservadora de calor.(2) uso de postura disipadora de calor(2) Inestabilidad de la temperatura (2). hipotermia.(3) hipertermia.(3) taquipnea (2) Inquietud. (2)	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	mantener a: 16 aumentar a: 35 basal de (16) aumentando pos intervención de (30) puntuación cambio fue de (+14)

	INTERVENCIONES (NIC): regulación de la temperatura (3900)			INTERVENCIONES (NIC): tratamiento de la hipotermia (3790)
	ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: M termorregulación			ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. Cuidados que apoyan la regulación homeostática Clase: M termorregulación
	<ul style="list-style-type: none"> * Comprobar la temperatura cada hora. * Observar el color y la temperatura de la piel. * observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia * mantener la temperatura corporal del recién nacido * Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido. * Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío. * Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 			<ul style="list-style-type: none"> * Monitorizar la temperatura del paciente. * Observar si presenta síntomas asociados con la hipotermia. * Minimizar la estimulación del paciente para evitar precipitar una desfibrilación ventricular. * Administrar oxígeno calentado. * Monitorizar el color y la temperatura de la piel. * Monitorizar signos vitales. * Valorar el estado de la piel.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Se le proporciona monitoreo contante a la temperatura del neonato. se mantuvo eutermico se manejo cuidadosamente la cuna térmica se le coloco gorro para evitar pérdidas de calor el neonato se mantuvo con parámetros vitales estables el neonato presento estabilidad en su temperatura monitoreo constante de los signos vitales dentro de los límites normales</p>	<p>Se obtuvo una puntuación basal de (16) aumentando favorablemente a una puntuación pos intervención de (30) sin presentar cambios en el rango normal. la puntuación cambio fue de (+14) resultado esperado: termorregulación recién nacido uso de posturas conservadoras de calor de (2) a(4) uso de postura disipadora de calor de(2) a (3) inestabilidad de la temperatura de (2) a (5) hipotermia de (3) a (5) hipertermia de (3) a (5) taquipnea de (2) a (5) inquietud de (2) a (3)</p>
<p>nombre de la enfermera:</p>	<p>Sara de la cruz Hernández</p>



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO:7. rol/relaciones		CLASE:3 desempeño del rol					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 6				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debido a la incapacidad o inconveniencia de poner al niño al pecho para que mame. etiqueta (problema) (p) interrupción de la lactancia materna factores relacionados (causas) (e) hospitalización del niño (prematurez) características definitorias (signos y síntomas) Separación madre – hijo.				Dominio: salud fisiológica (II) Clase: nutrición(k) mantenimiento de la lactancia materna (1002)	conocimiento de que la lactancia materna puede continuar (2) conocimientos de los beneficios de la lactancia materna continuada(2) Conocimientos de los recursos de apoyo. (2)	1.inadecuado 2.ligeramente adecuado 3.moderadamente adecuado 4.sustancialmente adecuado 5.completamente adecuado	mantener a:6 aumentar a:15 basal de (6) pos intervención de (12) la puntuación cambio fue de (+6)

INTERVENCIONES (NIC):
asesoramiento en la lactancia (5544)

ACTIVIDADES

Campo: familia cuidados que apoyan a la unidad familiar

Clase: z cuidados de crianza de un nuevo bebé

- * Instruir a la madre o al padre acerca de la alimentación de bebé para que puede realizar una toma de decisión informada.
- * Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.
- * Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.
- * Evaluar lo adecuado de vaciar el pecho con la alimentación.
- * Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.
- * Monitorizar la capacidad de aliviar correctamente la congestión de los pechos.
- * Evaluar la comprensión de los conductos de leche taponeados y la mastitis.
- * Fomentar que se les facilite a las madres la extracción y almacenamiento de la leche durante la hospitalización del niño.

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>se le proporciono asesoramiento a la madre sobre la importancia de la lactancia materna, la manera de ordeñarse para conservar la lactancia hasta iniciar la alimentación del neonato</p>	<p>con una puntuación basal de (6) se obtiene una puntuación pos intervención de (12) la puntuación cambio fue de (+6) resultado esperado: mantenimiento de la lactancia materna conocimiento de que la lactancia materna puede continuar de (2) a (4) conocimientos de los beneficios de la lactancia materna continuada de (2) a (4) conocimientos de los recursos de apoyo de (2) a (4)</p>
<p>nombre de la enfermera:</p>	<p>Sara de la cruz Hernández</p>



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 11. seguridad/protección	CLASE: 1. infección						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 7			RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
definición: aumento del riesgo de ser invadido por órganos patógenos <u>etiqueta (problema) (p)</u> riesgo de infección.(00004) <u>factores relacionados (causas) (e)</u> <i>Procedimientos invasivos, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, defensas secundarias inadecuadas prematurez.</i> <u>características definitorias (signos y síntomas)</u>			Dominio: salud fisiológica (II) Clase: (H) respuesta inmune estado inmune(0702)	estado respiratorio(2) temperatura corporal(2) integridad cutánea(2) integridad mucosa(2)	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	mantener a: 8 aumentar a: 20 basal de (8) se obtiene una puntuación pos intervención de (15) la puntuación cambio fue de (+7)	

	INTERVENCIONES (NIC): Vigilancia de la piel. (3590)			INTERVENCIONES (NIC): identificación de riesgo (6610)
	ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. Cuidados que apoya la regulación homeostática Clase (L) Control de la piel/ heridas			ACTIVIDADES Campos: seguridad. Cuidados que apoyan la protección contra peligros Clase(V) control de riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> * Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje de la piel y las membranas mucosas. * Valorar el estado de los sitios de punción de los diversos catéteres. * Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. * Tomar nota de los cambios en la piel o membranas mucosas. * Vigilar el color y la temperatura de la piel. * Llevar a cabo las diversas curaciones de los sitios de punción de acuerdo a los indicadores universales. 			<ul style="list-style-type: none"> * Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. * Mantener en los registros clínicos la fecha y hora de instalación de los diversos dispositivos terapéuticos. * Realizar los cambios oportunos de los dispositivos terapéuticos (sondas de drenaje, venoclisis, etc.) de acuerdo a los indicadores de la secretaria de salud. * Vigilar el sitio de inserción de catéteres y sondas que tenga el paciente. * Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas. * Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y cuidados. * Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/grupo.

	INTERVENCIONES (NIC): control de infecciones (6540)			INTERVENCIONES (NIC): protección contra las infecciones (6550)	
	ACTIVIDADES Campos: seguridad. Cuidados que apoyan la protección contra peligros Clase(V) control de riesgo			ACTIVIDADES Campos: seguridad. Cuidados que apoyan la protección contra peligros Clase(V) control de riesgo	
	<ul style="list-style-type: none"> * Cambiar el equipo de cuidados del paciente según la norma de la institución. * enseñar al personal el cuidados de manos apropiados * Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos. * Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. * Aplicar las normas universales. * Enseñar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de las habitaciones a si como el uso de gorro, bata y cubre bocas. 			<ul style="list-style-type: none"> * Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. * Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. * Limitar el número de visitas. * Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles. * Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. * Proporcionar los cuidados adecuados a la piel. * Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. * Inspeccionar el estado de cualquier incisión/drenaje. * Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar. * Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones. * Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones. 	

EJECUCIÓN		EVALUACIÓN
<p>Durante la hospitalización se mantuvo el manejo de control de infecciones usando las técnicas adecuadas para evitar infecciones en el neonato. se le realizo curación del catéter umbilical Protegiendo la piel manteniéndola hidratada. Lubricando la piel después del baño del neonato evitando resequedad y acumulación de la humedad.</p>		<p>puntuación basal de (8) se obtiene una puntuación pos intervención de (15) la puntuación cambio fue de (+7) resultado esperado: estado inmune estado respiratorio(2) a (4) temperatura corporal(2) a (4) integridad cutánea(2) a (3) integridad mucosa(2) a (4)</p>
nombre de la enfermera:	Sara de la cruz Hernández	



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 11. seguridad/protección	CLASE: 2. lesión física						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 8				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: riesgo de alteración cutánea adversa. etiqueta (problema) (p) riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) factores relacionados (causas) (e) la presión que ejerce la mascarilla facial en determinados puntos (puente de la nariz).prematurez características definitorias (signos y síntomas)				control de riesgo (1902)(dominio: conocimiento y conducta de salud (IV) clase: control de riesgo y seguridad (T)) detección de riesgo (1908)(dominio: salud percibida (IV) clase: control de riesgo y seguridad (T)) integridad tisular: piel y membrana mucosa (1101) (dominio: salud fisiológica (II)clase: integridad tisular (L))	temperatura de la piel (2) sensibilidad(2) textura(2) grosor(1) perfusión tisular(2) Integridad de la piel. (2) basal de (11) pos intervención de (22) cambio fue de (+11) lesiones cutáneas(2) lesiones de la membrana mucosa.(2)	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	mantener a: 11 aumentar a:30 mantener a: 4 aumentar a:10 basal de (4) pos intervención de (9) cambio fue de (+5)

	INTERVENCIONES (NIC): cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584)			INTERVENCIONES (NIC): manejo de presiones (3500)	
	ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. cuidados que apoyan la regulación homeostática clase: (L) control de la piel / heridas			ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. cuidados que apoyan la regulación homeostática clase: (L) control de la piel / heridas	
	<ul style="list-style-type: none"> * aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal * cambiar de puntas nasales que sean apropiadas para la nariz del neonato * Aplicar antibióticos en la zona afectada. Narinas. * inspeccionar diariamente la piel del neonato con riesgo de pérdida de la integridad cutánea * registrar el grado de afectación de la piel 			<ul style="list-style-type: none"> * elegir tamaño y modelo adecuado de mascarilla * aproximar la mascarilla al paciente sin ajustar el arnés inicialmente * almohadillar el puente nasal y fijar el arnés, primero sin apretar mucho, buscando primero la adaptación y luego evitar fugas * vigilar el estado nutricional del paciente 	

	INTERVENCIONES (NIC): vigilancia de la piel (3590)			INTERVENCIONES (NIC): prevención de úlceras por presión (3540)	
	ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. Cuidados que apoya la regulación homeostática Clase (L) Control de la piel/ heridas			ACTIVIDADES Campos: fisiológico complejo. Cuidados que apoya la regulación homeostática Clase (L) Control de la piel/ heridas	
	<ul style="list-style-type: none"> * observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas * utilizar una herramienta de evaluación para identificar al neonato con riesgo de pérdida de la integridad cutánea * observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y membranas mucosas y pérdida de la integridad * observar si hay erupciones y abrasiones en la piel * observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel * observar si hay zona de presión y fricción * tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas * instaurar medidas para evitar mayor deterioro 			<ul style="list-style-type: none"> * registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario * vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida * eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración materia fecal y urinaria * aplicar barreras de protección, como cremas para eliminar el exceso de humedad * mantener la ropa de cama limpia, seca, sin arrugas * humedecer la piel seca intacta * vigilar las fuentes de presión y de fricción 	

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>se manejo en el neonato control para evitar riesgo como el lavado de manos durante procedimientos de aspiración uso de gorro y cubre bocas. en todo momento buscar signos de riesgo que puedan comprometer la integridad cutánea del neonato.</p>	<p>puntuación basal de (11) se obtiene una puntuación pos intervención de (22) la puntuación cambio fue de (+11) resultado esperado control de riesgo detección de riesgo temperatura de la piel (2) a (4) sensibilidad(2) a (3) textura(2) a (3) grosor(1) a (4) perfusión tisular(2) a (4) Integridad de la piel. (2) a (4)</p> <p>puntuación basal de (4) se obtiene una puntuación pos intervención de (9) la puntuación cambio fue de (+5) resultado esperado integridad tisular: piel y membrana mucosa lesiones cutáneas(2) a (5) lesiones de la membrana mucosa.(2) a (4)</p>
Nombre de la enfermera:	
	Sara de la Cruz Hernández.



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 4. actividad/reposo	CLASE: 11.seguridad / protección						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 9				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
definición interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño etiqueta (problema) (p) trastorno de patrón de sueño (00198) factores relacionados (causas) (e) interrupciones: toma de signos vitales y procedimientos cada hora, ruidos en el dispositivo de apoyo ventilatorio características definatorias (signos y síntomas) Cambios en el patrón de sueño.				descanso (0003)(dominio: salud funcional (I)clase: mantenimiento de la energía (A)) nivel de fatiga (0007)(dominio: salud funcional (I) clase: mantenimiento de energía (A)) sueño (0004)(dominio: salud funcional (I) clase: mantenimiento de la energía (A))	tiempo de descanso(2) patrón de descanso(2) calidad de descanso(2) basal de (6)pos intervención de (12) cambio fue de (+6) calidad de descanso(2) calidad del sueño(1) saturación de oxígeno(3) basal de (6) pos intervención de (13) cambio de (+7) sueño interrumpido(2) siesta inapropiada(2)	1.gravemente comprometido 2.sustancialmente comprometido 3.moderadamente comprometido 4.levemente comprometido 5.no comprometido	mantener a: 6 aumentar a:15 mantener a:6 aumentar a:15 aumentar a:4 mantener a:10 basal de (4) pos intervención de (8) la puntuación cambio de (+4)

INTERVENCIONES (NIC): manejo ambiental : confort (6482))			INTERVENCIONES (NIC): relajación muscular progresiva (1460)
ACTIVIDADES Campo: fisiológico: básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Clase: (E) fomento de la comodidad física			ACTIVIDADES: Campo: fisiológico: básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico. Clase: (E) fomento de la comodidad física
<ul style="list-style-type: none"> * evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo * crear un ambiente tranquilo y de apoyo * proporcionar un ambiente limpio y seguro * determinar las fuentes de incomodidad * ajustar la temperatura ambiental que le sea más cómoda * evitar exposiciones innecesarias corrientes, exceso de calefacción o frio * Ajustar la iluminación, evitar la luz directa a los ojos. * facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente * colocar al paciente de forma que facilite la comodidad (utilizando los principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento) * vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o de irritación * evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes 			<ul style="list-style-type: none"> * elegir un ambiente tranquilo y cómodo * disminuir la iluminación * tomar precauciones para evitar interrupciones

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Durante la hospitalización de mi pacientes se busco mantener un ambiente confortable y cálido para disminuir la inquietud. le coloque un antifaz para evitar irritabilidad por la luz mantenerlo seco y limpio verificando que el cpap no le quede ajustado que pueda crear molestias en el neonato</p>	<p>puntuación basal de (6) se obtiene una puntuación pos intervención de (12) la puntuación cambio fue de (+6)</p> <p>resultado esperado: descanso tiempo de descanso(2) a (4) patrón de descanso(2) a (4) calidad de descanso(2) a (3)</p> <p>puntuación basal de (6) se obtiene una puntuación pos intervención de (13) la puntuación cambio fue de (+7)</p> <p>resultado esperado nivel de fatiga calidad de descanso(2) a (4) calidad del sueño(1) a (4) saturación de oxígeno(3) a (5)</p> <p>puntuación basal de (4) se obtiene una puntuación pos intervención de (8) la puntuación cambio fue de (+4)</p> <p>resultado esperado sueño sueño interrumpido(2) a (4) siesta inapropiada(2) a (4)</p>
nombre de la enfermera:	Sara de la cruz Hernández



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 Dirección General Adjunta de Calidad
 Dirección de Enfermería
 Comisión Permanente de Enfermería



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: EN NEONATOS CON TAQUIPNEA TRANSITORIA DE R/N

DOMINIO: 7. rol relaciones	CLASE: 2. roles de cuidador						
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA): 10				RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Definición: incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento del niño etiqueta (problema) (p) deterioro parental(00056) factores relacionados (causas) (e) enfermedad del neonato características definitorias (signos y síntomas) Vinculación inadecuada. Verbalización de frustración. Verbalización de inadecuación del rol.				Dominio: salud familiar(VI) clase: ser padre(d) Ejecución del rol de padres. (2211)	proporciona una estructura familiar para el niño.(1) Estimula el crecimiento espiritual. interacciona de forma positiva con el niño.(3) demuestra empatía hacia el niño.(4) manifiesta una relación de afecto con el niño.(3) expresa satisfacción con el rol de padre(3) demuestra una autoestima positiva.(2)	1.nunca demostrado 2.raramente demostrado 3.aveces demostrado 4.frecuentemente demostrado 5..siempre demostrado	mantener a: 16 aumentar a: 30 basal de (16) puntuación pos intervención de (22) la puntuación cambio fue de (+6)

	INTERVENCIONES (NIC): apoyo a la familia (7140)		
	ACTIVIDADES Campo: cuidados que apoyan a la unidad familiar Clase: (x) cuidados de la vida		
	<ul style="list-style-type: none"> * Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del niño. * Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. * Ofrecer una esperanza realista. * Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. * Favorecer una relación de confianza con la familia. * Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. * Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener respuestas, hasta lo permitido. * Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia. * Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores. * presentar a la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, si procede 		

EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
<p>se le proporciono información a la madre de la fisiopatología del neonato el tiempo de hospitalización que requerirá, el tratamiento, de esa forma tranquilizarla.</p>	<p>puntuación basal de (16) se obtiene una puntuación pos intervención de (22) la puntuación cambio fue de (+6) resultado esperado: ejecución del rol de padres proporciona una estructura familiar para el niño.(1) a (3) estimula el crecimiento espiritual e interacciona de forma positiva con el niño.(3) a (4) demuestra empatía hacia el niño.(4) a (4) manifiesta una relación de afecto con el niño.(3) a (4) expresa satisfacción con el rol de padre(3) a (4) demuestra una autoestima positiva.(2) a (3)</p>
<p>nombre de la enfermera:</p>	<p>Sara de la cruz Hernández</p>

Conclusión

La elaboración del plan de cuidados se engloba en un proceso de mejora de la calidad asistencial de enfermería en los servicios que atienden a los neonatos. Al elaborarlo me permito el mejor conocimiento de la patología y cuidados que precisan los pacientes, así como la unificación de criterios de actuación y la posibilidad de poder evaluar el cumplimiento y utilización del plan de cuidados

La Atención de Enfermería es fundamental para el manejo de las frecuentes complicaciones que presenta los recién nacidos con problemas respiratorios, gracias a que se detalla la atención del paciente, desde la preparación de tratamiento hasta los cuidados de higiene y confort.

El papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo. El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un importante espacio en esta especialidad, para este fin se ha elaborado esta tesina: proceso de atención en enfermería con el fin de sistematizar la capacitación del personal de la Unidad de cada institución que atiende a neonatos, para lograr una atención óptima en los Recién Nacido con patrón respiratorio ineficaz, y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial (Manual para enfermería), sobre los cuidados que se deben aplicar a los neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido y que sirva de consulta tanto para pregrado, posgrado como para los enfermeros asistenciales.

Bibliografía

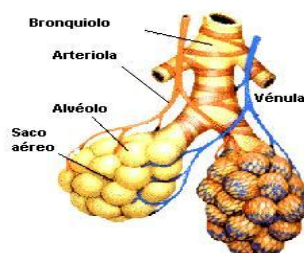
- Alejandro, G. G. (10 de Febrero de 2011). *Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2011, de www.nietoeditores.com.mx
- Antunes, J. (2 de Octubre de 2010). *Tecnología secundaria en el tratamiento del recién nacido prematuro*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2011, de Cuidados de enfermería en el uso del CPAP nasal: www.um.es/eglobal/
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & McKloskey Dochterman, J. (2009). *clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (quinta edición ed.). Madrid: Elsevier Mosvy.
- Chavez Jimenez, v. R., & chavez Martinez, A. t. (10 de abril de 2007). *guía de práctica clínica:diagnostico y tratamiento de taquipnea transitoria del recién nacido* . Recuperado el 13 de diciembre de 2011, de www.imss.gob.mx
- Mata Mendez, M., & Salazar Barajas, M. E. (17 de enero de 2009). *cuidado Enfermero en recién nacido prematuro*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2011, de www.medigraphic.org.mx
- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., & Swanson, E. (2009). *clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (cuarta edición ed.). Madrid: Elsevier Mosvy.
- T. Heather Herdman, P. R. (2009). *NANDA Internacional diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011*. (S. EdiDe, Trad.) Barcelona, España Elsevier.
- Vallejo Sologuren, C., Fernandez Espinoza, D., & Chiotti Kaneshima, E. M. (2 de noviembre de 2006). *guía técnica: guías de práctica clínica para la atención del recién nacido*. Recuperado el 20 de diciembre de 2011, de <http://www.minsa.gob.pe>

MAPA MENTAL
TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

**RETRASO EN LA
REABSORCIÓN DEL
LÍQUIDO PULMONAR
FETAL DESDE EL SISTEMA
LINFÁTICO PULMONAR:**



**AUMENTA LA
RESISTENCIA
DE LAS VIAS
AEREAS**



**DISMINUYE LA
DISTENSIBILIDAD
PULMONAR**



**TAQUIPNEA (FR HASTA 100 Y 120 X
MIN), QUEJIDO, ALETEO NASAL,
RETRACCIONES, CIANOSIS, TÓRAX EN
TONEL, TAQUICARDIA, EVOLUCIÓN
FAVORABLE 48 -72 HORAS**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi autorización para que mi familiar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales de este hospital, participe en la presente investigación que tiene relación con mi satisfacción de los cuidados de enfermería. Considero que los resultados de esta investigación serán para mejorar los cuidados de enfermería que se brindan en dicha unidad.

La L.E Sara de la Cruz Hernández me ha explicado que es la responsable de la recolección de datos y que la está realizando como parte de la acreditación de la especialidad de enfermería en neonatología, que no implica ningún riesgo para mi familiar y se me informó que los datos obtenidos serán confidenciales así como también puedo dejar de participar en la investigación cuando yo lo desee.

FIRMA DEL ENTREVISTADO

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Villahermosa, Tabasco, Diciembre de 2011