



**Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo.
Instituto de Ciencias de la Salud.
Área Académica de Enfermería.**

TESIS:

“PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA: APLICADO A LACTANTE MENOR HIPOTRÓFICO CON ATELECTASIA DE PULMÓN DERECHO, NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN, SEPSIS GENERALIZADA, DESNUTRICIÓN, ASCITIS Y TROMBOCITOPENIA.”

Presenta:

Guadalupe Lizeth Terrones Castro.

Asesor de tesis:

M.C.E. Evila Gayosso Islas.



INDICE:

I.	INTRODUCCIÓN.....	6
II.	JUSTIFICACIÓN.....	7
III.	OBJETIVOS.....	9
3.1.	General.....	9
3.2.	Específicos.....	9
IV.	MARCO HISTORICO.....	10
V.	MARCO CONCEPTUAL.....	19
5.1.	Proceso de Atención de Enfermería. (PAE).....	20
5.1.1.	Valoración.....	20
5.1.2.	Diagnóstico de enfermería.....	20
5.1.3.	Planeación.....	20
5.1.4.	Ejecución.....	20
5.1.5.	Evaluación.....	21
5.2.	Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).....	21
5.2.1.	Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC.....	21
5.2.2.	North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).....	22
5.2.4.	Nursing Interventions Classification NIC.....	22
VI.	MARCO TEÓRICO.....	24
6.1.	PREMATURIDAD.....	24
6.1.1.	CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DEL PREMATURO.....	24
6.1.2.	Aparato respiratorio.....	24
6.1.3.	Aparato digestivo.....	25
6.1.4.	Termorregulación.....	25
6.1.5.	Metabolismo.....	25
6.1.6.	Sistema nervioso.....	25
6.1.7.	Órganos de los sentidos.....	26
6.1.8.	Aparato circulatorio.....	26
6.1.9.	Aparato urinario.....	26
6.1.10.	Inmunidad.....	26
6.1.11	Clínica y complicaciones.....	27
6.1.12.	Trastornos precoces.....	27

6.1.13. Trastornos o complicaciones tardías.	27
6.1.14. Tratamiento del prematuro.	28
6.2. PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO.	29
6.2.1. Valoración clínica.	29
6.2.2. Detección prenatal de malformaciones:	30
6.2.3. Exploración clínica.	30
6.2.4. Exploraciones complementarias.	33
6.3.1. Definición.	34
6.3.2. Patogenia.	34
6.3.3. Mecanismos de defensa.	34
6.3.4. Cuadro clínico.	35
6.3.5. Diagnóstico.	35
6.3.6. Tratamiento.	36
6.3.7. Pronóstico.	37
6.3.8. Complicaciones.	37
6.4. ATELECTASIA PULMONAR.	37
6.4.1. Tratamiento del recién nacido con dificultad respiratoria.	37
6.4.2. Cuidados generales.	38
6.4.3. Estabilidad hemodinámica:	38
6.4.4. Control del equilibrio ácido-base:	38
6.4.5. Fluido terapia y nutrición:	38
6.4.6. Soporte ventilatorio.	38
6.5. TROMBOCITOPENIA.	39
6.5.1. Definición.	39
6.5.2. Etiología.	39
6.5.3. Clínica.	40
6.5.4. Laboratorio.	40
6.5.5. TROMBOCITOPENIA ES POR DESTRUCCIÓN AUMENTADA DE PLAQUETAS.	40
6.5.6. TROMBOCITOPENIA NO INMUNES POR AUMENTO DEL CONSUMO.	40
6.6. SEPSIS NEONATAL.	41
6.6.1. Definición:	41
6.6.2. Epidemiología:	41

6.6.3. Clasificación:	41
6.6.4. Patogenia:	42
6.6.5. Etiología:	42
6.6.6. Cuadro clínico:	43
6.6.7. Diagnóstico:	44
6.6.8. Tratamiento:	45
VII. MARCO ÉTICO - LEGAL.	46
7.1. NORMAS OFICIALES MEXICANAS. (NOM.)	46
7.1.1. NOM – 019 – SSA3 – 2013. PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.	46
7.1.2. NOM 004 – SSA3 – 2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.	47
7.1.3. NOM – 007 – SSA1-2016. ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y ATENCIÓN A RECIÉN NACIDO.	50
7.1.4. NOM – 220 – SSA1- 2012. INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA FARMACOVIGILANCIA.	50
7.1.5. NOM – 249 – SSA – 2010. MEZCLAS ESTÉRILES: NUTRICIONALES Y MEDICAMENTOSAS E INSTALACIONES PARA SU PREPARACIÓN.	52
7.1.6. NOM – 022 – SSA3 – 2012. QUE INSTUYE LAS CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. ..	53
7.1.7. NOM – 008 – SSA2 – 1993. CONTROL DE LA NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	55
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	57
8.1. HISTORIA CLÍNICA / ANAMNESIS.	57
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	57
8.2. DATOS PERSONALES PATOLOGICOS.	57
8.3. PERSONALES NO PATOLOGICOS.	58
8.4. HEREDOFAMILIARES.	58
8.5. NEONATALES.	58
8.6. Padecimientos actuales.	58
8.7. VALORACIÓN: Patrones Funcionales de Salud	59
8.8. Promoción a la salud / Manejo de la Salud.	59
8.9. Nutricional / Metabólico.	59

8.10. Eliminación/Intercambio.....	60
8.11. Crecimiento / Desarrollo.....	61
8.12. Seguridad / Protección.....	61
8.13. Percepción / Cognición.....	61
8.14. Actividad / Ejercicio.....	62
8.15. Rol / Relaciones.....	62
8.16. Sexualidad.....	62
8.17. Afrontamiento / Tolerancia al estrés.....	62
8.18. Confort.....	62
8.19. TERAPEUTICA PREESCRITA.....	63
IX. RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO.....	64
9.1. MODELO ÁREA.....	68
9.2. Proceso de Atención de Enfermería.....	69
X. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.....	84
10.1. ACCIONES DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICO.....	84
10.2. ACCIONES DE AUTOCUIDADO GENERAL.....	84
10.3. SIGNOS DE ALARMA.....	84
XI. CONCLUSIÓN.....	85
XII. REFERENCIAS:.....	87

I. INTRODUCCIÓN.

La enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren.

En el sistema de salud de los Estados Unidos de América; establece que la profesión de enfermería, debe ser congruente con las demandas de la sociedad moderna, evolucionando en su actuar al incorporar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como una metodología basada en el método científico con la finalidad de sistematizar, estandarizar y fundamentar su actividad.

México se encuentra inmerso en las transformaciones del entorno global, así como, en los grandes cambios producto de los avances tecnológicos que traen como resultado amenazas y oportunidades en materia de salud. La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades, demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, la cual exige el empleo de alta tecnología, precisa la participación de múltiples áreas de especialidad y el desarrollo de nuevos planteamientos para la prestación de servicios de salud a la población, por ello la implementación de esta metodología en el actuar de enfermería empodera a la profesión al avance continuo, buscando la calidad de sus servicios en pro de la población.

Cabe resaltar que la importancia del trabajo del profesional de enfermería está constituida por la aplicación en sus acciones de un método capaz de transformar en toda su gama la serie de tareas que junto con el paciente y sus familiares realizan. El PAE es el método que aplica la enfermera para identificar necesidades y problemas del paciente, con una base dialéctica, cognoscitiva y educativa, sin lugar a dudas, el ejercicio de este método ha devenido en una consecución de acciones, formas de pensar y proyectar al mundo la nueva concepción del profesional de enfermería.

II. JUSTIFICACIÓN.

Según la literatura, los resultados del diagnóstico nacional y las investigaciones descriptivas revisadas, son pocos los profesionales de enfermería que han aplicado la metodología del PAE como una herramienta útil para el desarrollo de la práctica profesional, ya que no cuentan con un modelo práctico que se ajuste al área donde se desempeñan o a la epidemiología institucional. Desde hace varios años, la práctica de enfermería ha ido cambiando con la aplicación del PAE como un método de prestación de cuidados, la incorporación de sistemas estandarizados de lenguaje y diagnósticos propios incorporando las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y por último la incorporación de Nursing Outcomes Classification (NOC) que contienen criterios de diagnósticos, intervenciones y resultado sensibles a la práctica de enfermería con indicadores específicos.

Dicho lenguaje generado en Estados Unidos de América ha sido utilizado en Europa y América Latina con el propósito de implementar planes de cuidado en la práctica de enfermería; en este sentido se refiere lo siguiente: Darmer y Cols, en un estudio retrospectivo, evaluaron la implementación de planes de cuidados de enfermería enmarcados en la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. El estudio concluyó que la implementación estructurada de un programa de planes de cuidados para la práctica clínica muestra evidencia de que las enfermeras que usan los Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados desarrollan nuevas estrategias para mejorar la documentación de enfermería.

Lee y Chang, realizaron un estudio cualitativo para explorar las experiencias sobre la utilización de planes de cuidados estandarizados y concluyeron que la documentación es relevante para la práctica clínica, refleja las observaciones, la valoración e intervenciones por lo que esperan que el mayor uso de Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados mejore el acceso a la información de los mismos, permitan una toma de decisiones objetiva e incrementen la calidad del

cuidado enfermero. En Suiza, Dahm y Wadensten, realizaron una investigación sobre opiniones de enfermeras al usar planes de cuidados estandarizados, quienes expresaron afirmativamente que los estándares de calidad son un prerrequisito para mantener cuidados de alta calidad y que éstos disminuyen el tiempo de la documentación y reducen los registros redundantes. López y Cols, evaluaron el efecto de la intervención de enfermería en un programa de cuidados a pacientes con insuficiencia cardíaca utilizando un plan de cuidados adaptado a su realidad asistencial con diagnósticos NANDA, las intervenciones NIC y el NOC, resultando evidente la validez práctica en la aplicación de los PLACE como una herramienta clave sobre el actuar de enfermería. Puigvert y Cols, demostraron que la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados. Derivado de las investigaciones realizadas sobre Planes de Cuidados de Enfermería estandarizados, las trayectorias clínicas y otros instrumentos de gestión que actualmente están siendo instaurados en centros sanitarios como herramienta de trabajo diario; las enfermeras, que los han utilizado, refieren que el proceso concuerda con la realidad y se adapta al medio donde se utiliza. En México se han realizado intentos de implementación de Planes de Cuidados de Enfermería en algunas unidades médicas de diferentes entidades federativas, utilizando el PAE como una herramienta de trabajo en la práctica de enfermería y la elaboración de planes de cuidados. Sin embargo cabe señalar que en instituciones tanto públicas como privadas no se ha podido concretar el uso de PLACE debido a la falta de estándares que permitan contar con un mismo lenguaje, independientemente del sitio en el cual se realiza, sin embargo, en las instituciones educativas se están buscando estrategias de enseñanza destacando la importancia del PAE como una herramienta de soporte vital para la profesión, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC y NIC como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería que permite un soporte científico,

disminuye el tiempo, ahorra recursos al momento de proporcionar los cuidados y sirve como método de desarrollo de la profesión de enfermería. Por lo anterior la implementación de esta metodología en el paciente seleccionado que corresponde a un lactante menor hipotrófico, nos facilita la priorización de intervenciones encaminadas a la resolución de los riesgos potenciales de salud que presenta; debido a que es un paciente con un estado de salud comprometido, ya que cursa con atelectasia de pulmón derecho, neumonía asociada a la ventilación, sepsis generalizada, desnutrición, ascitis y trombocitopenia. El uso de este modelo de atención nos permite guiarnos mediante las taxonomías empleadas, proporcionándonos una fuente científica para diagnosticar, intervenir y evaluar en resultados e indicadores la mejoría del paciente por el actuar que nos compete como personal de enfermería. Siendo este todo un proceso sustentado en una base científica y metodológica.

III. OBJETIVOS.

3.1. General.

- ❖ Aplicar un Plan de Cuidados de Enfermería que contribuyan en la mejora de la calidad del cuidado y seguridad del paciente prematuro hipotrófico en este sector salud público de la población.

3.2. Específicos.

- Permitir la reflexión crítica en la atención individualizada al paciente.
- Proveer cuidados basados en evidencia para mejorar la atención brindada al paciente.
- Homologar los criterios para la construcción de Planes de Cuidados de Enfermería con base en el Proceso de Atención de Enfermería con la aplicación y vinculación de las taxonomías North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC).

IV. MARCO HISTORICO.

Los primeros trabajos sobre filosofía de la disciplina se refieren al análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos que rodean la acción de cuidar.

En este sentido la enfermería también recurre a la epistemología, que es la teoría de conocimiento humano y se ocupa de la definición del saber y de los conceptos que se relacionan, del origen, los criterios. Los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto, así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido, se define así como una práctica científica debido a sus actuaciones que se basan en teorías que fueron desarrolladas científicamente y se aplican con un método sistemático para resolver los problemas de su área de competencia.

El conocimiento que se genera de la ciencia de la enfermería procede en muchos casos del método hermenéutico o fenomenológico, ya que no interesa llegar a un conocimiento consensuado, lo que importa es ponerse de acuerdo en la interpretación de lo que se estudia donde el límite de lo que sería un bien o mal, dicho conocimiento se obtiene a través de la interpretación y la cercanía que se tiene con la realidad de lo que se investiga, concediéndole la absoluta primacía a la conciencia la cual construye el mundo objetivo como la intersubjetividad que se basa en la experiencia de los otros.

Otro de los métodos que se utilizan en la obtención de conocimientos de enfermería es el socio-critico que se fundamenta en la ciencia de acción ya que el conocimiento se centra en y para la acción, la construcción de la realidad comienza a manifestarse a través de la acción reflexiva de las personas y las comunidades.

Se hace necesario reconocer también que, desde el surgimiento de la enfermería profesional con Florence Nightingale quien enseñó que lo más importante en la disciplina era crear las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre el paciente; han transcurrido más de cien años y aun esa concepción sigue vigente, así

mismo, recordar que en este sueño ambicioso expreso también en sus escritos su anhelo de la enfermera de sanos en contraposición a la enfermera de enfermos.

Para Nightingale todo el ambiente físico era de vital importancia así como la observación aguda y detallada por parte de la enfermera con relación a su actitud con el paciente todo esto debía formar parte de la información necesaria para una valoración de necesidades y problemas.

En sus notas también puede apreciarse la importancia que daba a la psicología en el manejo del paciente por lo que se observa que existía una concepción que no sólo incluía el elemento de la compasión sino también de la observación, experiencia, datos estadísticos, conocimientos de la higiene pública, nutrición y competencias administrativas.

La actividad de enfermería estaba dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, de cualquier clase económica, creencias, diferencias biológicas y enfermedades.

Nightingale consideró en sus leyes de salud del cuidado del enfermo los factores del entorno y la salud no sólo como opuestos a la enfermedad y al cuidado, sino como un arte y una ciencia, por lo que insistió en que la enfermería requería de una formación académica.

Por otra parte se debe recordar que ha transcurrido más de un siglo desde los postulados de Nightingale durante su tiempo, varias enfermeras han estudiado y aclarado la esencia y misión de la enfermería, mediante la elaboración de un marco conceptual, una teoría y una filosofía del cuidado del ser humano, intentando concretar su propio campo de investigación de la práctica del cuidado a la persona y colectivos.

Esas enfermeras llamadas teóricas y meta-teóricas, pretendieron delimitar el campo de la disciplina de enfermería, según su perspectiva específica y sus propios procesos de reflexión y conceptualización de investigación, dado que las disciplinas

profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que sirvan para definir y guiar la práctica.

En el decenio de 1950-1959 la utilización del término "ciencia de la enfermería" en la bibliografía especializada era poco común, pero se generalizó la idea de que la base de conocimientos para el ejercicio era inadecuada e incompleta y el desarrollo de una base científica para la práctica profesional era una prioridad; derivado de ello resurgió una filosofía de la enfermería humanística como una combinación de ciencia y arte.

Cabe resaltar que tiempo después de la década de 1960-1969 y los primeros años del decenio de 1980-1989, Abdellah consideró a la enfermería "como un arte y una ciencia que modelan la actitud, las competencias intelectuales y las habilidades técnicas individuales de la enfermería en deseo y la capacidad de ayudar a las personas a afrontar sus necesidades, tanto sanas como enfermas".

Rogers, en 1967, planteo: "sin las ciencias de enfermería no puede existir la práctica profesional, las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la conciencia integridad de los seres humanos y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud".

Los cuidados enfermería por tanto, deben acompañar todas las etapas de la vida, y no sólo en enfermedad, ya que los tratamientos nada más a los efectos nocivos de la causa, es decir, no se puede vivir sin cuidados, curar no puedo reemplazar el cuidado, ya que debe de haber un enfoque que anticipe el daño (Colliere, 1993).

Por otra parte varios autores plantean que la práctica es la base y el criterio de la realidad, ya que es justo en la práctica en donde se aplica la observación de los fenómenos, los instrumentos y se evidencian los resultados, los cuales se verifican con la experiencia práctica para llegar a la transformación de dichos fenómenos (Jiménez, 1998).

El profesional de enfermería entonces, debe de utilizar en sus investigaciones los elementos nuevos que se encuentran de manera cotidiana en la práctica clínica pues ésta debe verse como una fuente del conocimiento y así el conocimiento científico ser el resultado de la investigación, lo que permite la consolidación del marco teórico y constituyen los cimientos de la ciencia en su desarrollo.

Las investigaciones en enfermería deben utilizar este método científico en su actuación, lo que permitirá una práctica basada en evidencia científica y posibilitará firmar los supuestos anteriores cerca de los fenómenos estudiados o sustentar la necesidad de desechar las posiciones anteriores, ya que esta disciplina tiene el gran reto de sustentar con elementos sólidos nuevas teorías, desarrollándose en la revolución y consolidación de esta ciencia. Gracias a la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, es que se clasifica el campo de la disciplina científica de la enfermería el cuidado es la razón de ser de la profesión y constituyen su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en enfermería; esto permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basa en la educación, la gestión y el cuidado holístico del enfermería.

Entonces, la naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad que se propongan asegurar, según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, objetivos mentales y sociales de la persona, familia y colectivos para asegurar la continuidad de la vida, mejorar su calidad, evitar los riesgos y daños.

Tales aportaciones, que se derivan de la investigación permiten que la enfermería se desarrolle como ciencia y como profesión, pero todo cambio, en aras de consolidar resultados válidos, debe decir respaldado por una teoría, que le da sentido y metodología, que además, le da orden lógico, secuencia, continuidad sistemática para así tener una práctica útil y de calidad.(Marriner,2007).

Por lo que la enfermería ha tratado de explicar y abordar la realidad a través de un modelo de cuidados, ya que de no hacerlo sistemáticamente, significaría un simple

ejercicio intelectual, así que aplicar el PAE sin un modelo teórico de referencia, sólo sirve para realizar actividades aisladas que únicamente tiene significado para quien aplica el proceso. Este proceso de enfermería aplicado, tanto en el nivel asistencial como en el nivel comunitario, incluye la identificación y análisis del problema, las estrategias de investigación (desarrollo comunitario, planificación social, y acción social) y le valuación del resultado.

Enfermería tiene a su cuidado la vida, salud y enfermedad, por ello, debe de ampliar su concepción de la vida en la dualidad con la muerte, ya que es en estos hechos, donde el cuidado de enfermería debe volcarse no solo para el enfermo, sino también para el sano, donde en medida está dado por calidad, estilo, condiciones y potencial de vida; elementos que desde el punto de vista filosófico se unen a las ciencias para respetar la vida como parámetro para medir la misma. En este sentido, la enfermería tiene que partir de una investigación exhaustiva y de todos los factores con los cuáles la persona interacciona, es decir, biológicos, ecológicos, económicos, políticos, sociales, psicosociales y culturales; es así como la salud debe considerarse tanto para la misma enfermera como para el tipo de cuidado que ofrece, como un valor filosófico. Por desgracia, y dado el contexto socioeconómico del país, la enfermedad también se hace presente en este fenómeno, por lo que está en esta última se considera como un estado de desequilibrio del ser humano con su medio, que puede ser transitorio o permanente, que limita parcial o por completo las capacidades de vida y que, desde luego, está determinada por condiciones histórico sociales de la sociedad donde los sujetos viven y se desarrollan.

Por tanto la organización social a la que se pertenece va a determinar las condiciones de vida de los sujetos, el estilo de vida de estos y su calidad de vida, entonces se debe de tener muy clara la siguiente categoría conceptual: El significado de la vida, para trabajar con ella misma y con los sujetos que estén bajo su cuidado, para que así se pueda trabajar con reciprocidad en el cuidado de la vida y la salud.

Existe un siguiente elemento, el potencial de la vida con el que se nace, categorías que también el individuo y la comunidad tendrá que trabajar junto con la enfermera para tener un equilibrio entre su salud y su enfermedad; por tanto el cuidado requiere por fuerza de una investigación profunda acerca de las necesidades de la realidad social, que tiene que realizarse día a día a través de observaciones y diagnósticos de una gama de situaciones para poder planear, ejecutar y evaluar las intervenciones que la enfermera realiza, por tanto, entre sus capacidades está el poseer humanismo, calidad científica y técnica, pero también pensamiento crítico y reflexivo en donde se considera la salud como un fenómeno social, cambiante, y como un asunto de orden político comunitario.

De estos planteamientos se deriva el hecho de que los conceptos de esta disciplina deben ser claros para todos los que se dedican a la enfermería; el pensamiento entonces se conforma como un acto del ser que se esfuerza por recordar existencia en donde no basta con la información científica y técnica que se da en escuela, sino también con los valores humanos que deben reconocer y practicar en el ser humano mismo y para los demás, es decir la honestidad, el respeto, la técnica, la valentía, la responsabilidad y sobre todo el amor.

También se puede plantear que es una ciencia que requieren destrezas intelectuales interpersonales y técnicas que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico filosófico, que respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia de enfermería, Es la investigación es el proceso principal, a través del cual se llega al conocimiento científico.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos que abarca leyes, teorías hipótesis, y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que está perfecciona continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que ocurren en la práctica.

Es importante resaltar que la investigación sustenta la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de conocimientos científicos, pues es allí, en la práctica, donde se obtienen los datos y se confirman los supuestos teóricos de las nuevas teorías.

Debido a todo lo anterior, enfermera es responsable de su propio desarrollo profesional y debe considerar que en esta época de rápidos cambios en todas las áreas de la sociedad, del conocimiento de la tecnología, debe poseer una actitud de aprendizaje constante para toda la vida, donde no sólo es necesario conocer, hacer y ser para poder convivir con otros seres humanos, por lo que la valuación de las acciones realizadas debe ser motivo de la revisión diaria, con honestidad, justicia y amor para que los beneficiarios del cuidado mediante evidencias confiables puedan tener los resultados que desea, es decir, dar a los demás lo que se desea para sí mismo.

Para esto es necesario que el pensamiento de enfermería transforme el futuro de los escenarios de la enfermedad a los de la salud, no basado en la compasión, si no en observación y experiencia para valorar el entorno del ser humano, comprenderlo y cuidarlo en toda su integridad, considerando todos los componentes de la persona, es decir lo físico intelectual, emocional, espiritual y social, así como poniendo toda su capacidad y responsabilidad para modificar sus cuidados y/o la situación existente para el fenómeno de la calidad de vida.

Es así que el saber y el hacer de la enfermería debe orientarse hacia su objeto de estudio; es decir, el cuidado de las necesidades de salud de la persona con una visión integral donde lo biológico, lo psicológico, social, cultural y espiritual tienen un mismo nivel, tanto para cuidar al sano como al enfermo.

Este sentido, se aceptó que la enfermería es la ciencia de salud, para el acompañamiento a lo largo de la vida; es la ciencia humana porque el centro de su responsabilidad, de la atención, el cuidado que ofrece, es la persona y colectivos en todas sus dimensiones. Claro que con cierta frecuencia es preciso restaurar su salud para mejor condición de vida, aplicando tecnologías para el cuidado

fortaleciendo a la persona en su aspecto físico, psíquico, familiar e inclusive espiritual. Aplica los principios de las ciencias sociales y humanas y los valores humanos para explicar las intervenciones específicas que propone, los fundamentos y la relación enfermería-paciente, la familia comunidad, proceso en el cual ocurre el cuidado que ofrece.

Las investigaciones en la disciplina se dirigen a relacionar conceptos que se fundamentan en otras disciplinas y a descubrir las diversas formas de comportamiento humano, puedes decir cambios en la respuestas y comportamientos de la persona frente al proceso salud-enfermedad en la experiencia de vida de los sujetos y la falta de conocimiento para cuidar la salud, a los riesgos, a los resultados de conductas saludables y a probar las intervenciones del cuidado de enfermería.

Dichas intervenciones se originaron de la observación de la realidad en el ensayo y error, y algunas se comprobaron en investigaciones cuantitativas y cualitativas relacionadas con la salud de personas y colectivos, donde son evidentes los alcances en la investigación para describir las formas de cuidado identificar los efectos de las intervenciones de enfermería en la persona y colectivos.

Es así que el desarrollo actual de las teorías de la disciplina presenta un componente teórico con diferentes enfoques de niveles de desarrollo y con distintos grados de comprobación de su utilidad práctica.

Es así que en el momento actual, de enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos avalados por la investigación científica y el análisis lógico.

Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el PAE, al proporcionar el mecanismo a través del cual el profesional

utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o comunidad.

Todo lo anterior ratifica la idea de establecer una clara distinción entre medicina, entendida como el arte de curar, y la enfermería, que se comprende como el arte de cuidar; en un proceso evolutivo, es difícil, puesto que desde sus inicios estuvieron estrechamente entrelazadas y caminaron en paralelo. Y, por lo que la práctica de enfermería puede concebirse como un campo de experiencia, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una investigación reflexionada. También es posible afirmar que es una ciencia que requieren destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, el cual guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que se regulan la práctica profesional.

Aunque existen varias vías para enriquecer el cuerpo de conocimientos de la ciencia del enfermería, es la investigación el proceso principal, a través del cual se arriba al conocimiento científico, por eso, de enfermería en las últimas tres décadas se ha dado la tarea de validar, a través de la investigación, la relación dialéctica que existe entre teoría y práctica en la formación de los conocimientos científicos, pues es allí, en la realidad, donde se cuida la vida y salud de las personas, donde se genera la información.

El cuidado, entonces, sigue siendo la razón de ser de esta profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que seguirá siendo el centro de interés de la investigación en enfermería, misma que ocupará su puesto como líder por excelencia en el cuidado de la vida salud de la persona, su familia y colectivos. (Sara E. Téllez Ortiz, 2012).

V. MARCO CONCEPTUAL.

Enfermería.

Es la ciencia y el arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el autocuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en: el diagnóstico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad así mismo en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.

Cuidar.

Es una actividad indispensable para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

Las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad.

La praxis en el ámbito de la enfermería no se concibe sin una clara intencionalidad hacia el objeto de estudio de la profesión, por lo tanto la teoría y la investigación fundamentan el ejercicio profesional de la enfermera, el cual está basado en el PAE, en este sentido es necesario conceptualizar y definir cada uno de los elementos que lo integran.

5.1. Proceso de Atención de Enfermería. (PAE)

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

5.1.1. Valoración.

Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

5.1.2. Diagnóstico de enfermería.

Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

5.1.3. Planeación.

Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

5.1.4. Ejecución.

Etapa en la que se pone en práctica el PLACE para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

5.1.5. Evaluación.

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores. (Marriner A, 2003)

5.2. Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE).

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Griffith-Kenney y Christensen.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. (E. Gonzáles, 2013)

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

5.2.1. Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NOC y NIC.

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como, un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

5.2.2. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales. El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados; es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico real de acuerdo con la NANDA incluye una etiqueta, la definición del diagnóstico, las características definitorias (signos y síntomas) y factores relacionados (causales o asociados); el diagnóstico potencial incluye la etiqueta, la definición y los factores de riesgo asociados.

5.2.3. Nursing Outcomes Classification NOC.

Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye resultados esperados, indicadores y escalas de medición. Los resultados representan el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificados o sostenidos que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad, como consecuencia de los cuidados de enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación a través de escalas. El Indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones de enfermería, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el estado en el que se encuentra el resultado.

5.2.4. Nursing Interventions Classification NIC.

Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, que tiene como centro de interés la decisión que tome para llevar a la persona al resultado esperado. Esta taxonomía está compuesta por

dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.

Independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa. Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado. (Andrade Cepeda R M, 2004)

VI. MARCO TEÓRICO.

6.1. PREMATURIDAD.

La OMSS definió al prematuro como RN de peso inferior a 2.500 gr. Y nacido antes de las 37 Semanas De Gestación (SDG).

Clasificación:

- 1) Pretérmino moderado entre 31-36 SDG con mortalidad baja.
- 2) Pretérmino extremo, entre 28-30 SDG con mortalidad y morbilidad aún elevada, su peso en general aún es menor a 1.500 gr (RN de muy bajo peso).
- 3) Pretérmino muy extremo, con edad gestacional inferior a las 28 SDG y peso inferior de 1.000 gr (RN de bajo peso extremo): su mortalidad es muy elevada aunque con tendencia descendente.

Actualmente se considera con límite de viabilidad de 500-600 gr. al nacimiento y edad gestacional de 23 a 24 SDG.

6.1.1. CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DEL PREMATURO.

6.1.2. Aparato respiratorio.

Los movimientos respiratorios son rápidos, superficiales y regulares. La respiración periódica se caracteriza por períodos de apnea con una duración de cinco a diez segundos sin cambios en la frecuencia cardíaca, en la crisis de más de 20 segundos de duración, con bradicardia y cianosis. Las principales afecciones respiratorias son: enfermedad de la membrana hiliar (carencia de surfactante), acidosis respiratoria fisiológica, hipertensión pulmonar persistente, neumonías infecciosas y síndrome de aspiración.

6.1.3. Aparato digestivo.

Los reflejos de succión y deglución están debilitados y la coordinación entre ambos no aparece hasta las 32 semanas. La musculatura de la boca tiene escasa fuerza. Los cardias está poco desarrollado así como el píloro. La motilidad gástrica insuficiente y la debilidad de los movimientos peristálticos explican la facilidad para la distensión por gases y la tendencia al estreñimiento. En ocasiones se comprueba una retención de meconio, que es motivada por un simple tapón. A las 28 a 30 semanas de gestación el prematuro tiene igual capacidad digestiva que el recién nacido normal, si bien la insuficiente absorción de grasa condiciona una esteatorrea.

Las mencionadas alteraciones conducen con facilidad a dos situaciones opuestas: si la alimentación es escasa; aparece una disminución del peso corporal, hipoglucemia, acidosis, hipoproteinemia y desnutrición; Si es excesiva, pueden aparecer vómitos, dilatación gástrica o la enterocolitis necrosante.

El hígado inmaduro también es causa de hipoglucemia, hipoproteinemia, hipoprotrombinemia e ictericia.

6.1.4. Termorregulación.

Una característica constante es la hipotermia, si bien existe así misma tendencia a la hipertermia, inclusive de causa ambiental.

6.1.5. Metabolismo.

El consumo energético es de 120/kcal/kg/día a partir del séptimo día.

6.1.6. Sistema nervioso.

El prematuro manifiesta una somnolencia exagerada. Los movimientos son lentos, su fuerza muscular es mínima tiene hipotonía y los reflejos propios del recién nacido están disminuidos. El sistema nervioso central es muy sensible para sufrir agresiones como la asfixia perinatal, que puede favorecer la aparición de hemorragia intraventricular y de la leucomalacia peri-ventricular.

6.1.7. Órganos de los sentidos.

El más afectado es el ojo. El iris está poco pigmentado, los movimientos oculares son descoordinados y a veces existen restos de la membrana pupilar. Tiene gran interés la retinopatía del prematuro, cuya expresión de máxima gravedad es la fibroplasia retrolental, causa de amaurosis. El uso de algunos antibióticos (aminoglucósidos, vancomicina) y diuréticos (furosemida) implica un riesgo de sinergismo tóxico para el oído originando sordera.

6.1.8. Aparato circulatorio.

Destaca la taquicardia variable (hasta 200 pulsaciones por minuto). Si bien es posible apreciar bradicardia (hasta 70 latidos por minuto). El pretérmino extremo tiene tendencia a la hipotensión arterial en las primeras horas de vida. Son frecuentes los soplos funcionales y transitorios. La persistencia del ducto arterioso puede verse en pretérminos extremos que se recuperan de la enfermedad de la membrana y hiliiana.

6.1.9. Aparato urinario.

Está acentuada la inmadurez propia de la edad neonatal. Como consecuencia hay albuminuria, glucosuria y hematuria discretas.

6.1.10. Inmunidad.

Se encuentran acentuadas todas las condiciones que facilitan la aparición y gravedad de las infecciones en el periodo neonatal, en especial la neutropenia, baja tasa de IgG recibida de la madre y carencia de IgA e IgM.

La fagocitosis, la capacidad bactericida de los leucocitos y la respuesta inflamatoria están disminuidas. La protección de las barreras epidérmicas y mucosas tampoco es satisfactoria.

6.1.11 Clínica y complicaciones.

6.1.12. Trastornos precoces.

Ponen en peligro la vida del prematuro en la primera semana:

- 1) Control deficiente de la termorregulación, con tendencia frecuente a hipotermia.
- 2) Trastornos respiratorios: enfermedad de la membrana hiliar, crisis de apnea.
- 3) Trastornos cardiocirculatorios: hipotensión arterial precoz y persistencia del ducto arterioso.
- 4) Lesiones encefálicas, relacionadas con la anoxia y la hemorragia interventricular.
- 5) Dificultad de alimentación, que motivará cuadros de malnutrición, íleo paralítico, tapón meconial, enterocolitis necrosante.
- 6) Alteraciones metabólicas: hipo-hiperglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, hipo-hiponatremia, hipercalcemia etc.
- 7) Posibilidad de infecciones nosocomiales.

6.1.13. Trastornos o complicaciones tardías.

Se encuentra la retinopatía del prematuro, la anemia del prematuro, la osteopenia del prematuro y los trastornos respiratorios tardíos (insuficiencia pulmonar crónica del prematuro).

Secuelas.

El peso es inferior a 2.500 g, su pérdida fisiológica es intensa (hasta un 15% del peso del nacimiento) recuperación lenta. La longitud es inferior a 47 cm y el perímetro craneal a 33 cm.

Piel.

Enrojecida al principio, pronto palidece. La ictericia es precoz, Intensa y prolongada. Los vasos se ven fácilmente a través de la piel y los relieves óseos hacen resalte. La cianosis distal es frecuente, así como los de los edemas. Existe gran cantidad de lanugo.

Genitales.

Habitualmente los testículos no han descendido al escroto, los labios mayores no cubren los menores. Las mamas está un poco desarrolladas y la tumefacción mamaria no suele aparecer. Es corriente encontrar hernias inguinales bilaterales y con fácil estrangulación.

6.1.14.Tratamiento del prematuro.**Control de la termorregulación.**

Colocar a estos niños en una térmica o incubadora, a una temperatura en neutral en relación con el peso y edad. Debe mantenerse una atmósfera húmeda proporcional al grado de inmadurez.

Prevención de las infecciones.

Es importante rodear el prematuro de un ambiente aséptico, lo que comprende confinamiento a la incubadora, uso de batas, limpieza adecuada de manos y antebrazos con el manejo de cada niño, utilización de guantes y esterilización del material principal. Se evitará la administración sistemática de antibióticos o gammaglobulinas I.V.

Control de los trastornos respiratorios.

Las neumopatías se combatirán según el esquema señalado. El oxígeno se administrará solamente lo indicado, manteniendo una PaO₂ transcutánea entre 40 y 70 mm Hg y una saturación entre 85% y 93%. Las crisis de apnea deben ser

tratadas con estimulación cutánea difusa, y si no se inicia la respiración se utilizará previa aspiración de mucosidades, la ventilación con bolsa y mascarilla. Cuando la crisis son importantes estar en indicadas las xantinas (cafeína o teofilina), la PCC nasal o incluso PPI.

Otros tratamientos.

Los prematuros, en especial los más extremos en las primeras horas de vida, deben ser manejados con mucho cuidado y molestados lo menos posible. En cuanto su estado lo permita se facilitará las visitas y el contacto con los padres para desarrollar imprescindibles estímulos afectivos. A fin de prevenir la osteopenia del prematuro, aparte de dar vitamina D3, se indicarán fórmulas con alto contenido de calcio y fósforo o, o se fortificará la leche materna. Respecto a la anemia del prematuro, la administración de eritropoyetina humana recombinante asociada disminuye las necesidades transfusionales. Para prevenir la anemia ferropénica y también es conveniente la administración de hierro.

Pronostico.

Es siempre reservado y no es prudente establecerlo hasta el cuarto día de vida o tardíamente en los prematuros extremos. La mortalidad media es del 6%. A medida que aumenta el peso va disminuyendo la mortalidad.

6.2. PATOLOGÍA RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO.

La dificultad respiratoria es uno de los síndromes más frecuentes en la etapa neonatal.

6.2.1. Valoración clínica.

Anamnesis.

La historia prenatal de la madre y del feto, del parto y del estado del recién nacido tras el nacimiento, ofrece información útil para identificar los factores de riesgo de

enfermedad respiratoria y sobre sus numerosas causas. Los más importantes antecedentes son: prematuridad, sexo masculino, no administración de corticoides prenatales a la madre si el nacimiento es antes de las 34 SDG, nacido por cesárea sin trabajo de parto y depresión el nacimiento, hipotermia y diabetes materna.

En recién nacido a término o postérmino: meconiorrexis y líquido amniótico teñido de meconio, suponen un riesgo de aspiración meconial.

Neonatos con asfixia perinatal pueden presentar taquipnea secundaria acidosis metabólica, falló miocárdico y edema pulmonar, desarrollar hipertensión pulmonar con shunt derecha izquierda a través del ductus o foramen oval.

Maniobras de reanimación, aspiración de meconio, hipoplasia pulmonar o ventilación mecánica con factores predisponentes para el desarrollo de cuatros de rotura alveolar y aire ectópico.

Rotura precoz de las membranas amnióticas, signos de corioamnionitis, cultivo rectovaginal positivo para streptococcus agalactiae o grupo B (SGB), líquido amniótico maloliente: riesgo de infección pulmonar o sistémica.

6.2.2. Detección prenatal de malformaciones:

En la historia del recién nacido es obligado conocer el test de APGAR, si precisa reanimación, edad de inicio de la dificultad respiratoria, puntuación del test de Silverman y constantes vitales y evolución previa al ingreso.

6.2.3. Exploración clínica.

Ninguno de los signos clínicos de la dificultad respiratoria es específico de una enfermedad respiratoria neonatal determinada. Pueden presentarse, por otra parte, en patología cardíaca y en alteraciones de otros sistemas.

Las constantes vitales y los signos de dificultad respiratoria y deben vigilarse frecuencia en las primeras horas de vida, periodo en el cual comienza la mayoría de las enfermedades pulmonares.

Polipnea o taquipnea: la frecuencia respiratoria en reposo mayor de 60 respiraciones por minuto (normal 40-60), Como signo clínico aislado, es el más sensible de dificultad respiratoria.

Retracciones de la pared torácica: como la pared torácica del recién nacido, sobre todo en <1,000 g., es muy distensible (gran complacía), lentes con disminución de la visten civilidad pulmonar o aumento de la resistencia de la vía aérea la mayor presión pleural negativa generarse por el diafragma y otros músculos respiratorios para lograr un volumen corriente aceptable “succiona” las estructuras de la pared, ocasionando su retracción entre las costillas (intercostal), por encima de las clavículas (supraclavicular), por debajo del reborde costal (subcostal), en la parte superior del esternón (supraesternal) o en su área inferior o xifoideas (xifoidea). Del distress respiratorio es moderado sólo se observó un ligero tiraje intercostal y subcostal; si le dificulta respiratoria aumenta, las restricciones son más profundas y generalizadas, pudiendo la retracción si fue idea en ocasiones similar en pectus excavatum. Cuando el recién nacido contrae al máximo el diafragma para intentar introducir más aire en la inspiración, en la tomen se desplaza hacia delante coincidiendo con un hundimiento del tórax y esternón, se observa una disociación toraco-abdominal o patrón respiratorio paradójico.

Aleteo nasal: la dilatación de los orificios nasales durante la inspiración por la activación del músculo de las alas de la nariz, conduce a una disminución de la resistencia nasal al flujo aéreo y, por consiguiente, a una disminución importante de trabajo respiratorio, especialmente en el recién nacido es que respirar, preferentemente, por vía nasal. En ocasiones se observa Durante la alimentación en ausencia de otros signos de la dificultad respiratoria.

Quejido respiratorio: es el sonido producido durante la salida del aire al final de la inspiración hacia el exterior a través de unas cuerdas vocales parcialmente cerradas. Con este mecanismo adaptativo, para prevenir el colapso alveolar se mejora la consciente ventilación alveolar/perfusión pulmonar (V/Q).

Estridor: la laringe, tráquea y bronquios del recién nacido son muy sensibles debido a las fuerzas de dilatación o de compresión. El estridor es el sonido agudo, de tono alto, producido durante la entrada de aire en inspiración a través de una vía aérea superior de diámetro reducido por malformación congénita o patología adquirida de la epiglotis, laringe, cuerdas vocales, área subglótica, tráquea y bronquios principales.

Causas frecuentes de estridor inspiratorio son: laringo Malasia, edema laríngeo, lesión de la blusa o de las cuerdas vocales, estenosis subglótica o anillos vasculares. El examen de la vía aérea por fibrobroncoscopia permite un diagnóstico anatómico y funcional de estas alteraciones.

Cianosis: la cianosis central, observada en lengua, mucosa oral y en la piel del recién nacido y en ausencia de llanto, es siempre patológica pasado los primeros minutos de vida. Si es mantenida, constituye un signo característico de las cardiopatías congénitas, de hipertensión pulmonar persistente neonatal o de patología del sistema respiratorio. Indica que la hemoglobina no saturada es mayor de 3g/dl en sangre arterial. Por esta razón el paciente con anemia importante no tiene cianosis aún en presencia de hipoxemia grave. Lo que hace posible, por el contrario, la aparición de cianosis central precozmente. Debido a la presencia en el recién nacido de hemoglobina fetal, con mayor afinidad por el oxígeno, la cianosis aparece en el neonato con niveles de presión parcial de oxígeno menores que en el adulto. La cianosis central indica, en presencia de una cifra de hemoglobina normal, una PaO₂ menor de 40 mm Hg, por lo que la aparición de cianosis franca señala una hipoxemia muy grave y, en patología pulmonar, una insuficiencia respiratoria muy avanzada.

Auscultación pulmonar: cuando hay diferencia en la entrada de aire entre un hemitórax y el otro, se debe sospechar atelectasia, neumotórax o enfisema lobar. Puede haber una disminución simétrica, bilateral, en entrada del aire, en enfermedad de la membrana hiliar, edema pulmonar y neumonía, en estos pacientes se pueden escuchar estertores crepitantes. Las sibilancias, sobre todo en expiración, son infrecuentes en las primeras semanas de vida, pero pueden oírse

en la cita pues iniciales de la displasia broncopulmonar, edema pulmonar o neumonía, indicando una obstrucción de la vía aérea. Si hay secreciones envías aéreas otra aspiración de restos gástricos, pueden auscultarse roncus.

Al examinar al recién nacido en ventilación mecánica y se debe prestar atención a las expansiones torácicas y a la simetría entre ambos lados. Antes se debe eliminar el agua de los de los tubos del circuito. La pérdida de gas alrededor del tubo endotraqueal provoca durante la inspiración sonidos de alta frecuencia audible también a nivel de la boca o fosa nasal. En ventilación de alta frecuencia el recién nacido, por lo general, no tiene movimientos respiratorios espontáneos. Las altas frecuencias del respirador provocan vibraciones del tórax. Se debe observar y palpar el tórax para valorar la calidad y la simetría de la vibración y comprobar la entrada de aire en ambos campos pulmonares. El sonido de alta frecuencia o musical puede indicar la existencia de secreciones y la disminución de la entrada de aire, la presencia de neumotórax.

6.2.4. Estudios diagnósticos complementarios.

Equilibrio ácido-base.

La monitorización de los valores de pO_2 y pCO_2 , de la pulsioximetría y de pH y equilibrio ácido-base es fundamental en la valoración del recién nacido con dificultad respiratoria.

Función pulmonar.

La mayoría de los respiradores de última generación usados para la ventilación mecánica del recién nacido o con insuficiencia respiratoria grave, han incorporado la tecnología necesaria para medir la presión y flujo en la vía aérea. Con estas medidas se puede disponer no sólo de los datos numéricos de los parámetros seleccionados (pico de presión, PEEP, frecuencia, volumen corriente), Sino también de las curvas de presión, flujo y volumen, de los bucles presión-volumen y

flujo-volumen, y de los valores mecánica respiratoria como resistencia o constante de tiempo del sistema respiratorio.

6.3. NEUMONÍA NEONATAL.

La neumonía es uno de los padecimientos más frecuentes. Los procedimientos invasivos de las vías respiratorias ha incrementado el riesgo de neumonía intrahospitalaria.

6.3.1. Definición.

Proceso inflamatorio del pulmón caracterizado por la consolidación alveolar debida a la presencia de microorganismos patógenos.

6.3.2. Patogenia.

La neumonía neonatal se clasifica como congénita, intrauterina, actividad durante el parto y posnatal. En la congénita querido por vía hematógena-transplacentaria Y la infección pulmonar es sólo un componente de una infección generalizada. En la intrauterina, llega a la bucofaríngea aspirar secreciones de la vía genital materna o líquido amniótico contaminado. Y, por tanto, se vincula con la prematura de membranas. Es común que el origen de la neumonía posnatal sea intrahospitalario, debido a procedimientos invasivos y a la larga estancia hospitalaria, también puede tener origen comunitario.

6.3.3. Mecanismos de defensa.

A pesar de la constante inhalación de aire potencialmente infectado y de la diaria aspiración de secreciones bucofaríngea, el árbol respiratorio es estéril por debajo de la carina traqueal gracias a los mecanismos de defensa que incluyen: barreras anatómicas y mecánicas, actividad humoral, función inmunitaria celular y actividad fagocítica.

6.3.4. Cuadro clínico.

Manifestaciones clínicas generales enfermedad del tracto respiratorio inferior incluyen aleteo nasal, taquipnea, disnea, estertores crepitantes y retracciones de los músculos accesorios intercostales y abdominales.

Está constituido por factores de riesgo perinatales y datos físicos. A su vez los factores perinatales se dividen en maternos, obstétricos y neonatales. Entre los maternos se reconocen nivel socioeconómico bajo, muerte y neonatales previas, prematuridad en productos previos, incapacidad cervical, pobre incremento del peso materno, coito preparto, infección materna perinatal, flora genital potencialmente patógenos, entre los factores obstétricos están parto difícil, manipulación obstétrica excesiva, monitoreo fetal, ruptura prematura de membranas, fiebre materna periparto, líquido amniótico fétido y corioamnionitis, Y entre los factores de una tal ese tiene prematuridad, bajo peso al nacer, asfixia, aspiración de meconio, procedimientos invasivos, estancia en la UCIN, malformaciones congénitas y polihidramnios. En cuanto a los datos físicos, comprendiendo sistémicos, entre los sistémicos están letargo irritabilidad, distermia, taquicardia o bradicardia, rechazo al alimento, residuos gástricos o vómito, distensión abdominal, hepatomegalia y esplenomegalia y llenado capilar prolongado e ictericia. Los datos físicos pulmonares son taquipnea, apnea, aleteo nasal, tiraje intercostal o xifoideo, quejido respiratorio, disociación toraco-abdominal, tos, estertores y cianosis.

6.3.5. Diagnóstico.

Existen diagnóstico de laboratorio, así como el radiológico y etiológico. El diagnóstico de laboratorio se basa leucocitosis mayor de 20 000/mm³ incrementos importantes en dos o más biometrías seriadas, leucopenia menor de 5000/mm³, relación bandas-neutrófilos, mayor de 0.2, plaquetopenia menor de 100,000/mm³, velocidad de sedimentación globular mayor de 10mm/h, proteína C reactiva la fibronectina altas Y presencia de inmunoglobulina M.

En cuanto al diagnóstico radiológico, la imagen que se aprecia con más asiduidad es la consolidación difusa o en parches bilateral con broncograma aéreo. Sin

embargo, la imagen radiológica puede ser muy variable pues depende del germen etiológico, de la duración del proceso, de la patología pulmonar no infecciosa relacionada y de la respuesta inmunitaria al huésped.

Por su parte, el diagnóstico etiológico se logra mediante hemocultivos, cultivo de aspiración de secreciones, de líquido cefalorraquídeo de gérmenes en muestras en sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, secreciones nasofaríngeas y bronquiales.

6.3.6. Tratamiento.

Hay tratamientos empírico y específico. Si el neonato tiene datos de sepsis, se debe iniciar con tratamiento empírico mientras los cultivos con las pruebas inmunológicas salen positivos. El tratamiento empírico se empieza con ampicilina y un aminoglucósido en caso de considerar que la neumonía sea de origen congénito-intrauterino o adquirida al nacer; si se presume que es intrahospitalaria, administrar una penicilina anti estafilocócica (dicloxacilina o vancomicina) más un aminoglucósido; cuando es comunitaria se indica penicilina. El tratamiento específico es indicado cuando se conoce cuál es el germen causal; Por ejemplo: en caso de Enterobacteria, el tratamiento es ampicilina aminoglucósido o cefotaxima; si es estafilococo, dicloxacilina o vancomicina; en caso de streptococcus del grupo B, penicilina; si es listeria monocytogenes, ampicilina.

Pacientes de uno a tres meses de edad: criterios de hospitalización por edad:

- Ampicilina o ampicilina + cefotaxima o ampicilina + cloranfenicol.
- Sospecha de S. Aureus: cloxacilina o vancomicina.
- Sospecha de Clamidia o pertussis: eritromicina, sulfametaxazol o ambos.

Tratamiento de soporte:

1. Absoluta para evitar las aspiraciones hasta que mejore la dificultad respiratoria.
2. Hidratación adecuada.
3. Reposo relativo, no restrictivo.
4. Corrección de trastornos hidroelectrolítico y del equilibrio ácido-base
5. fisioterapia cuando haya cedido la fase aguda.

6. Oxigenoterapia y ventilación según la gravedad lo requiera.
7. Quirúrgico: cuando sea necesario la evacuación de los derrames pleurales un neumotórax.

6.3.7. Pronóstico.

Pocos estudios han evaluado las secuelas y el resultado final en los neonatos con neumonía. Se considera que esta afectación es causa directa de muerte de 5.5 a 15% de los neonatos estudiados.

6.3.8. Complicaciones.

Las complicaciones pulmonares más frecuentes son atelectasias pulmonares, derrames pleurales paraneumónicos o empiema, neumotoceles, abscesos pulmonares, neumotórax.

6.4. ATELECTASIA PULMONAR.

Es frecuente en el recién nacido por las características del mol y caja torácica. Atelectasia difusa más frecuente se observa en la atelectasia localizada en un pulmón, un lóbulo o uno o varios segmentos pulmonares puede ser debida a obstrucción de la vía aérea por secreciones, infección, lesión traumática en pacientes con intubación prolongada O mal formaciones de la vía aérea. Para su prevención es importante asegurar una buena humidificación de los gases inspirados, sobre todo en ventilación mecánica deberá incluir fisioterapia, cambio postural es que faciliten el drenaje de las secreciones, humidificación adecuada y aspiración de secreciones O sin intubación traqueal y dependiendo de la etiología y gravedad del cuadro.

6.4.1. Tratamiento del recién nacido con dificultad respiratoria.

Las medidas de soporte respiratorio constituyen el tratamiento más importante, en especial en los pacientes con insuficiencia respiratoria más grave.

6.4.2. Cuidados generales.

6.4.3. Estabilidad hemodinámica:

Para editar o corregir una disminución del gasto cardíaco se deben evitar o tratar los aumentos bruscos y sostenidos de la TA, Por el riesgo de morralla interventricular en los recién nacidos de muy bajo peso, así como por el riesgo que supone para el corazón, en ocasiones ya comprometido, el aumento de la poscarga.

6.4.4. Control del equilibrio ácido-base: El recién nacido con insuficiencia respiratoria aguda presenta con frecuencia acidosis metabólica y respiratoria y ocasionalmente alcalosis respiratoria.

6.4.5. Fluido terapia y nutrición:

En los recién nacidos de muy bajo peso un aumento en aporte de fluidos en los primeros días de vida incrementar la incidencia de enterocolitis necrosante. En todo recién nacido ingresado, especialmente en los menores 1 kg de peso, se deben vigilar Na, K, Cl, Ca, Mg y glucemia con determinaciones secuenciales. Los recién nacidos con dificultad respiratoria grave pueden presentar íleo con ausencia de peristaltismo, vaciamiento gástrico retrasado, ausencia de ruidos intestinales y de emisión de meconio. A pesar de ello, existen razones para iniciar lo antes posible un aporte mínimo (0.5 a 1 ml/h) de nutrientes por vía enteral, con fines tróficos para el enterocito, desarrollo enzimático inicio de la peristalsis.

Otros cuidados: prevención de la colonización infección (bacterias, hongos y virus) respiratoria y sistémica, atención a las alteraciones de la coagulación y la anemia, analgesia y sedación pertinentes, manipulación mínima o imprescindible, atención individualizada al desarrollo y cuidado centrado en la familia.

6.4.6. Soporte ventilatorio.

Comprenden las estrategias terapéuticas destinadas a mantener un intercambio gaseoso adecuado a nivel pulmonar, hasta que se haya solucionado el problema que causó el fallo de la función respiratoria entre el intercambio de oxígeno y dióxido

de carbono. Las medidas terapéuticas más empleadas, de menor a mayor agresividad y complejidad, incluyen:

- 1) oxigenoterapia
- 2) presión positiva continua por vía nasal (CPAP)
- 3) Dirección mecánica no invasiva e insuflaciones programadas (sin tubo endotraqueal).
- 4) Ventilación mecánica convencional (a través del tubo endotraqueal)
- 5) ventilación de alta frecuencia (Treviño, 2009)

6.5. TROMBOCITOPENIA.

La aparición de una erupción petequeial es una manifestación frecuente en la edad pediátrica. La presencia de petequias equimosis, acompañada o no de hemorragias mucosas, debe hacer pensar en la existencia de una trombocitopenia una disfunción plaquetaria.

6.5.1. Definición.

Es un descenso de la cifra de plaquetas por debajo de 150×10^9 /aunque es más relevante cuando reencuentro es inferior a 100×10^9 /L. El riesgo hemorrágico en niños con trombocitopenia va asociado al número de plaquetas (riesgo importante $<20 \times 10^9$ /L), Y a las manifestaciones hemorrágicas en el momento de la evaluación.

6.5.2. Etiología.

Existen cuatro tipos:

- 1) Aumento de la destrucción, bien por consumo (síndrome de coagulación intravascular diseminada), síndrome hemolítico urémico, púrpura trombocitopénica trombótica, vasculopatías)
- 2) Producción insuficiente.
- 3) Distribución anormal.
- 4) Por mecanismo mixto.

6.5.3. Clínica.

Las manifestaciones clínicas más características son las equimosis, de distribución asimétrica que se alternan con petequias puntiformes, a veces con lesiones mucosas, que pueden producir a menudo hemorragias graves (epistaxis, melenas, hematemesis, metrorragias) Y rara vez hemorragias internas, como la intracraneal. Pueden acompañarse de otros signos sistémicos (proceso infeccioso, colagenosis o síndrome polimalformativo).

6.5.4. Laboratorio.

En la actualidad, con la utilización de los analizadores de hematología, las plaquetas son uno de los parámetros que se obtiene al realizar un hemograma, de ahí que se detecte trombocitopenia es moderadas o asintomáticas como hallazgo casual. El volumen plaquetario medio determina el tamaño medio de las plaquetas orientando, en caso de volumen bajo, hipoplasias megacariocíticas. Es conveniente la revisión del frotis sanguíneo para descartar que no se esté ante casos de pseudotrombocitopenia por anticuerpos dependientes, aglutinación anómala, plaquetas de gran tamaño o por muestra coagulada.

6.5.5. TROMBOCITOPENIA ES POR DESTRUCCIÓN AUMENTADA DE PLAQUETAS.

Se denominan periféricas o megacariocítica. En ellos la mayor desnutrición plaquetaria trata de ser compensada con un aumento de producción y, por ello, presenta megacariocitos normales o aumentados. La destrucción plaquetaria puede producirse por mecanismos no inmunes o inmunes.

6.5.6. TROMBOCITOPENIA NO INMUNES POR AUMENTO DEL CONSUMO.

Las más frecuentes son las debidas a un consumo plaquetario excesivo, ya sea selectivo, combinado en el contexto de la coagulación intravascular diseminada O bien localizado como en el síndrome de Kasabach-Merrit tiene un pronóstico grave sin tratamiento. (Abraham M. Rudolph's, 2004)

6.6. SEPSIS NEONATAL.

6.6.1. Definición:

La sepsis bacteriana es un síndrome clínico que presenta signos sistémicos de infección y durante el cual puedes darse el agente patógeno del torrente sanguíneo y. Se relaciona con el cerca de 30% de los casos, lo que la distingue de la bacteriemia transitoria y que se reporta en neonatos sanos.

6.6.2. Epidemiología:

La incidencia varía de menos de uno a ocho casos por cada 1000 nacidos vivos, pero en los neonatos de peso muy bajo su recurrencia incrementa a 300 por cada 1000 nacidos, esta afección es secundaria a diversos factores obstétricos, como parto prematuro, ruptura prematura de membranas fetales y su consecuencia, la corioamnionitis, la cual se vincula con infección intrauterina ascendente. Entre los elementos más importantes para su presentación están los procedimientos invasivos en el neonato tipo cateterismo umbilical, ventilación mecánica, nutrición parenteral y uso de catéteres centrales de inserción periférica (percutáneos).

6.6.3. Clasificación:

En términos históricos se identifican dos patrones de aparición de las de acuerdo con la edad. La primera se llama sepsis neonatal de comienzo temprano, que en la actualidad se considera como un tiempo límite de los primeros tres días de vida, y en un principio se aplicó para las infecciones por estreptococos del grupo A y luego para otros tipos de gérmenes, entre ellos listeria monocytogenes. La forma tardía, que aparece después del tercer día y hasta el mes de edad, se debe a microorganismos como estafilococos o pseudomonas. Hoy se acepta una tercera categoría de sepsis neonatal, la denominada sepsis neonatal tardía de comienzo tardío, con características que sobrepasan a los 30 días de vida, permanecía muy prolongado en las unidades de cuidados intensivos intermedios, y recién nacidos sometidas agresiones frecuentes de barreras naturales de la piel y las mucosas y la invasión por catéteres vasculares.

6.6.4. Patogenia:

El tiempo de aparición importante para considerar la infección se adquiere de forma intrauterina por el paso de los gérmenes a través de la placenta o, más a menudo, a través del contacto con el líquido chico infectado, ya sea por rotura prolongada de membranas o por casa de secreciones contaminados con gérmenes que colonizan tanto el tracto genitourinario como el aria rectal. También hay procedimientos como el ser cerclaje y amniocentesis que permiten el paso de gérmenes de la piel o la vagina. En forma tardía ocurre mediante procedimientos diagnósticos invasivos, como la intubación o el cateterismo.

La reacción que presenta el organismo del neonato a la invasión de cualquier germen depende de factores relacionados tanto con el microorganismo Como la respuesta del huésped. Respecto de los mecanismos de defensa que comprenden la respuesta celular, en el caso del neonato se ha demostrado en la disminución no sólo cuantitativa sino cualitativa de la actividad de los leucocitos, que resulta de quimiotaxis y la fagocitosis sin opsonización, lo que reduce su actividad bactericida. Algo parecido sucede con la respuesta un moral, que se activa al penetrar la bacteria con la consecuente de respuesta inflamatoria sistémica y, que se refleja en la producción de citocinas. Éstos constituyen un grupo específico de cinco proteínas de bajo peso molecular sintetizadas por gran variedad de células, como macrófagos, monocitos, células endoteliales. Se conocen alrededor de 40 y se clasifican según su modo de acción de factores de crecimiento, interleucinas, interferones y quimiocinas.

6.6.5. Etiología

Los agentes que provocan infección en el periodo de una tal han variado a través del tiempo y también de acuerdo con la epidemiología de cada hospital.

El estreptococo del grupo B o estreptococo agalactiae se empezó a documentar en la década de 1960 hasta 1999 siguió siendo el más frecuente, aunque cambio de la prevalencia del serotipo III que se vincula con cuadros de neuroinfección, por la

aparición del serotipo V. Se presenta de dos formas: temprana, con la aparición súbita de acné, insuficiencia respiratoria, cianosis y choqué y una mortalidad de 10 a 15%, y la forma tardía, que se manifiesta de manera de manera insidiosa con letargo, anorexia y e irritabilidad relacionada con fiebre Y meningitis en 40% de los casos; su tasa de mortalidad es de dos a 6%. Aún es el germen que se aísla con mayor frecuencia en los cuadros de sepsis temprana en forma universal; se reporta una incidencia de 1-3 por cada 1000 nacidos vivos y representa de 18 a 28% de las infecciones neonatales y de 46 a 60% de las de las de comienzo temprano. Antes se caracterizaba por colonizar el área perigenital materna en 15 a 20% de los casos de acuerdo con los datos de la academia americana de pediatría y contagiar al recién nacido y 50 a 70% de los casos, entre los cuales se desarrollaban sepsis en 1 a 2%. No obstante, en años recientes se ha impulsado estrategias para disminuir su incidencia, de manera que estas cifras cambiaron con el uso profiláctico de antibióticos sistémicos tipo penicilina o ampicilina durante el parto, y en casos de sensibilidad a estos antibióticos con la administración de eritromicina, lo que logró reducir la incidencia hasta en 83%.

Hoy se reporta una tasa de 0.6 por cada 1000 nacidos. Por otro lado, al parecer en relación con la profilaxis antibiótica, hubo un incremento en la aparición de pensiones sistémicas por *Escherichia coli*, Sobre todo de la cepa que posee el antígeno capsular k1 presente en 40% de los casos, con el agravante de que son cepas resistentes a la ampicilina; asimismo se incrementó en la mortalidad.

6.6.6. Cuadro clínico.

El problema principal para detectar una infección sistémica es que los signos y síntomas son compatibles con diferentes procesos, tanto de tipo infeccioso, ya sea viral o de otra índole, como cardiopatías, errores innatos del metabolismo, etc. En las infecciones tempranas, muchas veces los signos pueden ser sufrimiento fetal o APGAR bajo, y es posible que los primeros indicios sean mínimos en las primeras horas, Para después progresar con rapidez. Son comunes signos como la alteración de la temperatura, ya que se reporta en alrededor de 60% de las veces, aunque el

prematuro tiende más a la hipotermia y en el recién nacido y de término es más habitual la hipertermia; en numerosas ocasiones se inicia con mal aspecto del recién nacido, que puede ser evidencia de mala perfusión y dar un aspecto moteado en la piel. Otros signos son de tipo respiratorio o dificultad respiratoria lo que cuesta diferenciar un síndrome de dificultad respiratoria de una neumonía. Y, asimismo, puede constatarse o bradicardia sin enfermedad cardíaca, o hipotensión ya en etapa más tardía. Si bien se ha señalado la afección del sistema nervioso central, en la del inicio temprano sólo se afecta a 15% de los casos y se presentan datos inespecíficos como acidosis, irritabilidad o letargo, a diferencia de la sepsis tardía, que presenta manifestaciones neurológicas como convulsiones, fontanela abombada, signos de urológicos focales tonos musculares afectados.

Abundan los signos gastrointestinales como anorexia, succión débil, vómito o residuo gástrico cuando se alimenta por sonda, así como, diarrea hepatomegalia. Las lesiones cutáneas pueden ser focales, tipo petequias púrpuras, también pueden aparecer lesiones pues tú lo sabes que sugieren infección estafilocócica. Las lesiones son centros necróticos que se presentan en la ectima gangrenosa sugiere un germen grande activo como pseudomonas.

6.6.7. Diagnóstico.

El parámetro de oro es el aislamiento del germen en el cultivo de sangre. Por ello en todo paciente con sospecha de sepsis se debe realizar un hemocultivo; en la actualidad no sólo se necesita 0.2 ml de sangre para lograr este propósito, aunque se recomienda tomar dos o más muestras para mejores resultados. Mediante técnicas estándar se dobla el crecimiento de la bacteria causal en 48 horas, pero apenas se consigue aislar el 50% de los casos de sepsis; esto ha originado la búsqueda de marcadores o indicadores hematológicos que lleven a un diagnóstico de certeza o cuando menos poseen alta confiabilidad. De este modo, se efectúan exámenes que, sumados al juicio clínico, tienen como propósito lograr mayor rigor en la identificación del recién nacido infectado.

Los llamados reactantes de fase aguda y sólo una batería de exámenes que sirven para complementar la sospecha de agnóstica de sepsis; entre estos se incluye la microeritrosedimentación ocasionadas por la reacción de múltiples proteínas séricas reactantes de pase aguda cuyo valor significativo se considera superior a 10mm/h pero se le va ante cualquier proceso inflamatorio. La proteína c reactiva es una globulina que forma un precipitado al combinarse con el polisacárido c de estreptococos pneumoniae Y es una proteína acarrea dura que atrapa y facilitan la depuración del material alterado o tóxico; es útil para el diagnóstico con valores mayores de 1mg/dl.

6.6.8. Tratamiento.

La terapéutica inicial debe ser posterior a la toma de cultivos y a la secreción de antibióticos, de acuerdo con características tanto del neonato como del patrón etiológico y su susceptibilidad en cada institución hospitalaria. En caso de sepsis de inicio temprano se recomienda en forma empírica la combinación de un betalactámicos del tipo a dosis de 50 mg por kilogramo al día, si se ha descartado una meningitis con un aminoglucósido amikacina a dosis de 7.5 mg/kg/día, cada 24hrs en menores de 1200g cada 8 hrs mayor de 7 día. La penicilina G todavía es tratamiento de elección en una infección por estreptococo del grupo B a las dosis 200000 u/kg/día para las infecciones afectación meníngea y de 400000 a 500000 u/kg/día para las que presentan compromiso meníngeo. (M. Cruz, 2013)

VII. MARCO ÉTICO - LEGAL.

7.1. NORMAS OFICIALES MEXICANAS. (NOM.)

7.1.1. NOM – 019 – SSA3 – 2013. PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios.

Se pretende establecer los límites en cuanto a la responsabilidad jurídica que debe asumir el personal de enfermería, con base en las competencias adquiridas a través de la formación académica.

7.1.2. NOM 004 – SSA3 – 2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Define como consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Se denomina resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales: Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario; Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente; y Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

Deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

Para efectos de manejo de información, dentro del expediente clínico se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, en términos de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, no deberán ser divulgados o dados a conocer.

Cuando se trate de la publicación o divulgación de datos personales contenidos en el expediente clínico, para efectos de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo, en cuyo caso, se adoptarán las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.

Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal

Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quién ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito.

En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos Las notas médicas y reportes a que se refiere esta norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo y en su caso, número de cama o expediente. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado

Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: Habitus exterior; Gráfica de signos vitales; Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita; Procedimientos realizados; y Observaciones.

De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: Fecha y hora del estudio; Identificación del solicitante; Estudio solicitado; Problema clínico en estudio;

Resultados del estudio; Incidentes y accidentes, si los hubo; Identificación del personal que realizó el estudio; Nombre completo y firma del personal que informa

7.1.3. NOM – 007 – SSA2- 2016. PARA LA ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

Establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención a recién nacido normales. Es de observancia obligatoria para el personal de salud del sector social o privado. La atención de emergencia obstétrica debe ser prioritaria. Se deberá llevar un control perinatal a través de la cartilla nacional de salud.

La atención y promoción a la salud materno-infantil se llevará a cabo en la comunidad o en la unidad de salud que corresponda. Se deberá promover las 28 acciones del Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Las acciones que se realicen deberán registrarse. La vigilancia de su aplicación corresponde a las instituciones de salud de las entidades federativas.

7.1.4. NOM – 220 – SSA1- 2012. INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE LA FARMACOVIGILANCIA.

El uso terapéutico de un medicamento se basa en criterios de eficacia y seguridad, considerados desde la perspectiva de la relación riesgo/beneficio. De manera general, un medicamento es seguro cuando sus riesgos se consideran aceptables con relación al beneficio terapéutico que aporta, es decir, cuando el patrón de reacciones adversas resulta tolerable.

Las reacciones adversas de los medicamentos se definen como:

Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico, la terapéutica o la modificación de una función. (OMS 1972)

Y a la farmacovigilancia como:

La ciencia que trata de recoger, vigilar, investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información nuevas reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes” (OMS 2002).

La detección de las reacciones adversas se lleva a cabo de manera inicial en los estudios clínicos, en los cuales se obtiene información limitada, lo que a su vez hace necesario continuar con esta tarea durante su comercialización para así detectar las reacciones adversas poco frecuentes (incidencia $<1/1000$) y de inicio tardío puesto que en este momento ya se incluyen a todo tipo de sujetos.

Sin embargo, la detección de estos efectos involucra una gran incertidumbre ya que las reacciones adversas de los medicamentos a menudo se confunden ya sea con la evolución natural del padecimiento o bien con patologías que también pueden estar relacionadas con otros agentes etiológicos e incluso con la aplicación de intervenciones diagnósticas.

Actividades de farmacovigilancia

De los titulares de los registros de medicamentos:

- ❖ Informar a las autoridades competentes de la identidad de las personas asignadas en farmacovigilancia.
- ❖ Contar con Procedimientos Normalizados de Operación que asegure que existan los medios adecuados para:
- ❖ Recibir cualquier informe de sospecha de reacciones adversas de todas las fuentes documentales posibles.
- ❖ Registrar cualquier informe, incluyendo aquellos de mal uso o abuso, provenientes de los profesionales de la salud o consumidores que sean recibidos por el personal de la compañía.

- ❖ Registrar cualquier información relacionada con el medicamento utilizado durante la lactancia y el embarazo y vigilar sus consecuencias.
- ❖ Investigar particularmente los casos graves e inesperados.
- ❖ Validar los datos verificando todas las fuentes documentales accesibles.
- ❖ Detectar la posible duplicidad de notificación de sospechas de reacciones adversas o de datos.
- ❖ Conservar todos los datos concernientes a la recolección y documentación del informe. Cualquier información incluyendo la verbal, debe estar escrita, fechada y archivada.
- ❖ Estimar la frecuencia de la sospecha de reacción adversa e investigar el posible factor de riesgo mediante estudios de farmacovigilancia intensiva.
- ❖ Garantizar la confidencialidad de la identidad de los pacientes y notificadores, verificar la seguridad de almacenamiento y transmisión de datos, especialmente los de computadora.
- ❖ Proveer a sus responsables de información, entrenamiento y capacitación en el área de farmacovigilancia; así como del manejo de los Procedimientos Normalizados de Operación.
- ❖ Informar las sospechas de reacciones adversas, dentro del tiempo fijado por las autoridades de la institución hospitalaria.
- ❖ Los titulares del registro deben realizar reportes periódicos de seguridad para todos los medicamentos autorizados, siguiendo los lineamientos internacionales.

7.1.5. NOM – 249 – SSA – 2010. MEZCLAS ESTÉRILES: NUTRICIONALES Y MEDICAMENTOSAS E INSTALACIONES PARA SU PREPARACIÓN.

Esta norma establece los requisitos mínimos necesarios para la preparación y dispensación de mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, por prescripción médica para utilizar o administrar mezclas de calidad a los pacientes así como los requisitos mínimos necesarios que deben cumplir todos los establecimientos dedicados a su preparación y dispensación.

Las mezclas deben realizarse conforme a las BPPME (Buenas prácticas de preparación de mezclas estériles)

Estas mezclas deben ser preparadas conforme a información técnica y científica para garantizar que se conservan la seguridad, potencia, dosificación, pureza, estabilidad y calidad. El equipo utilizado para medir, mezclar, esterilizar y purificar se encuentre limpio, exacto, calibrado y con calificación vigente para el uso efectivo que se le intenta dar. El envase seleccionado para la mezcla, sea el apropiado para preservar la esterilidad y potencia hasta la fecha límite de utilización o administración. Respaldando su uso en la bibliografía existente.

Los procedimientos para medir, mezclar, diluir, empacar y etiquetar tengan la secuencia correcta y se ajusten a la calidad establecida para la mezcla específico. Los procesos del mezclado y las revisiones e inspecciones de calidad postmezclado , se realicen por diferente personal.

El personal responsable de la preparación de las mezclas debe contar con nivel técnico o licenciatura del área químico farmacéutica.

7.1.6. NOM – 022 – SSA3 – 2012. QUE INSTUYE LAS CONDICIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos que consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena, a través del cual se infunden al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes

Representa un importante apoyo durante el proceso asistencial de los pacientes, independientemente de la complejidad del problema de salud. Diferentes

publicaciones y otros documentos, revelan que en México entre el 80 y el 95% de los pacientes hospitalizados reciben tratamiento por vía intravenosa y que en los Estados Unidos de Norteamérica se colocan anualmente más de 5 millones de catéteres venosos centrales y más de 200 millones de catéteres venosos periféricos.

Históricamente la terapia de infusión intravenosa ha contribuido, de manera importante, en el desarrollo de mejores tratamientos para la atención a la salud. Sin embargo, este procedimiento también ofrece serios riesgos para los pacientes, para el personal y para las instituciones prestadoras de servicios de salud, en virtud de que se ve incrementada la estancia hospitalaria (días camas) y el gasto por las complicaciones adyacentes.

La literatura mundial ha descrito ampliamente complicaciones infecciosas y otros problemas como extravasación, infiltración y oclusión, como una amenaza a la integridad del paciente ya que cuando éstas se agravan, se asocian a una morbilidad considerable y a un mayor riesgo de muerte.

A este respecto, en el país se han desarrollado una serie de iniciativas que ponen de manifiesto el interés por mejorar la seguridad de la atención que se ofrece a los pacientes entre ellos la CPE, incorporó en 2002 a nivel nacional el indicador de "Vigilancia y Control de Venoclisis Instaladas" en el Sistema INDICAS, mismo que las instituciones de salud públicas, privadas y sociales, miden y utilizan para mejorar esta práctica. En el año 2004, la CONAMED en colaboración con CPE emitió un documento llamado: "Recomendaciones Específicas para Enfermería sobre el Proceso de Terapia Intravenosa". Adicionalmente, en diferentes organizaciones se imparten diplomados con reconocimiento universitario sobre el tema de la terapia de infusión intravenosa.

Esta norma para la administración de la terapia de infusión intravenosa se ha desarrollado con el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes que favorezcan una práctica clínica homogénea, que coadyuve a lograr una atención segura y libre de riesgos, asimismo, instituye los criterios mínimos para

la instalación, el mantenimiento y el retiro de los accesos venosos periféricos y centrales, para contribuir a la mejora de la calidad en la atención de los pacientes.

7.1.7. NOM – 008 – SSA2 – 1993. CONTROL DE LA NUTRICIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

El crecimiento y desarrollo del niño implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales, como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral y, por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida.

Dentro de los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, se pueden señalar la multiparidad, los periodos intergenésicos breves, embarazos en los extremos de la vida reproductiva, aspectos nutricionales de la madre y el niño, bajo peso al nacimiento, la estatura de los padres, factores socioeconómicos, antecedentes de exposición a tóxicos, diversos padecimientos, como son las enfermedades infecciosas y deficiencias mentales u hormonales, entre otros. La influencia de estos factores genera una elevada mortalidad, que frecuentemente se asocia a problemas nutricionales.

Habitualmente, para evaluar el estado de salud de una población se utilizan indicadores como: enfermedad y muerte. Para evaluar el estado de salud de la población de los grupos de edad menores de un año, uno a cuatro, cinco a nueve y diez a diecinueve es mejor un indicador positivo sensible que evalúe las condiciones de nutrición y crecimiento físico y permita identificar oportunamente una alteración que incida en el futuro de éstos.

Los avances científicos comprueban que el cuidado integral del niño dentro de sus primeros cinco años de vida constituye la base para lograr la incorporación del

individuo a una vida productiva. El cuidado del niño implica llevar a cabo actividades de promoción, diagnóstico, tratamiento y recuperación que se engloban dentro del control de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño.

De acuerdo a las consultas que deberá recibir se establecen las siguientes:

El menor de 28 días debe recibir dos consultas; la primera de ellas a los siete días y la segunda a los 28.

El menor de un año debe recibir cinco consultas como mínimo, durante los subsiguientes 11 meses, otorgadas a los dos, cuatro, seis, nueve y 12 meses de edad. El de uno a cuatro años debe recibir una consulta cada seis meses. El de cinco a nueve años y el de diez a diecinueve años, deben recibir una consulta anual.

En cada consulta se debe verificar: Edad en años y meses (en el menor de un año en meses y días); Talla, Peso, Perímetro cefálico.

Desarrollo en el infante, preescolar y escolar (Áreas): Lenguaje, social, coordinación y motora; en el adolescente, el desarrollo se valoran las áreas adaptativa y social, así como la maduración sexual. Valoración de la nutrición y crecimiento del niño menor de un año y de uno a cuatro años: El estado de nutrición se debe valorar utilizando como mínimo los siguientes índices antropométricos, peso/edad y talla/edad. En forma complementaria se puede utilizar el índice de peso/talla.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo se debe valorar utilizando la relación de los índices antropométricos señalados, relacionándolos con tablas o gráficas de crecimiento y desarrollo, que permitan ubicar la condición actual y la posibilidad de vigilar la tendencia de los eventos. (Diario Oficial de la Federación., 2016)

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

8.1. HISTORIA CLÍNICA / ANAMNESIS.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: A. B. E.

Edad: 1 Meses 3 días.

Lugar de nacimiento: Metepec, Hgo.

Lugar de residencia: Huasca, Hgo.

Sexo: masculino.

Alergias: negadas

Cama: 45 Servicio: lactantes.

8.2. DATOS PERSONALES PATOLOGICOS.

Médicos: Prematuro de 31.4 SDG, Síndrome de Dificultad Respiratoria, Sepsis neonatal temprana, Ictericia neonatal, Enterocolitis Necrosante estadio IA, Retinopatía del prematuro.

Quirúrgicos: Negados.

Alergias: Negadas.

Transfusiones múltiples, no se ha observado reacción.

Hospitalizado desde el nacimiento.

8.3. PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Habita casa prestada la cual cuenta con los servicios de agua, luz y fosa séptica, construida de materiales perdurables, cuenta con dos recamaras habitan tres personas. Convivencia con animales negada, aunque se refiere presencia de perros, gallinas y chivos.

Alimentado con sonda orogástrica con PRENAN. Neurodesarrollo: Retraso global del neurodesarrollo

8.4. HEREDOFAMILIARES.

Madre de 21 años de edad, con primaria completa, ama de casa, casada, cristiana. Aparentemente sana, niega alergias, refiere hospitalización por embarazo ectópico a los 20 años de edad, Hemotipo O positivo, niega toxicomanías.

8.5. NEONATALES.

Producto de la tercera gesta de madre de 21 años de edad, no planeado, no deseado. Se inicia control prenatal, se realiza diagnostico con PIE. Acude a 10 consultas prenatales, se refiere ingesta de ácido fólico y hierro, se le aplican vacunas de Td e influenza, se realiza ultrasonido, detección de VIH y VDRL negativos. Detección de hipertensión y diabetes gestacional negativos. Se niega antecedentes de sangrado, infección de vías urinarias, cervicovaginitis.

Se obtiene se obtiene producto único vivo por parto eutócico de 31.4 SDG se desconoce APGAR, pasa a incubadora.

8.6. Padecimientos actuales.

Á.B.E., lactante menor, masculino, hipotrófico, de 2 meses y 2 días de vida, con los siguientes diagnósticos:

Neumonía asociada con ventilación.

Sepsis en manejo

Trombocitopenia

Ascitis

Atelectasia del pulmón derecho

Desnutrición crónica mixta

Gastrostomía

Reportado con los siguientes signos vitales:

FC 163 xmin., FR 55 xmin., T/A 55/40 mm Hg, Temperatura de 38.2°C, SpO2 100%.

8.7. VALORACIÓN: Patrones Funcionales de Salud.

8.8. Promoción a la salud / Manejo de la Salud.

Madre toma conciencia en el manejo de salud de su bebé, adquiriendo conocimientos en la realización de actividades que favorezcan la estancia hospitalaria de A.B.E. En cuanto a inmunizaciones se aplica vacuna BCG., Hepatitis B (al nacer), prueba de tamiz neonatal negativa.

8.9. Nutricional / Metabólico.

Peso: 2.300 gr.

Talla: 49 cm.

IMC: 13.6

Dieta: Formula hidrolizada extenso de proteínas de leche similar a la materna, sin lactosa, cada 3 hrs. Administrada en bolos por gastrostomía.

Gastrointestinal, tolerando de forma adecuada la infusión, se inicia administración en bolos de las tomas a través de gastrostomía, mantiene perímetro abdominal constante de 34 cm, eritema alrededor de gastrostomía, se palpa blando y depresible, con peristaltismo de adecuada intensidad y frecuencia, sin masas palpables.

Metabólico: con glicemia capilar de 81 mg/dl.

8.10. Eliminación/Intercambio.

Sistema gastrointestinal con presencia de distensión abdominal 34 cm., no se reporta residuo gástrico y no presenta evacuaciones hasta el momento.

Aparato urinario se administra diurético (furosemide) para favorecer la micción.

A la exploración física se encuentra con palidez, edema de ++ en extremidades inferiores y abarcando de extremidades superiores desde carpianos, metacarpos hasta falanges proximales, mediales y distales así como edema periorbital, no llegando a anasarca. Presenta acumulación de líquido a nivel del espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales.

Total ingreso 2702

Total egreso 1432

Total +1270

PVC 8 cm H₂O

GASTO URINARIO 23 ml por turno

Aparato respiratorio, vías altas con presencia de secreciones y rinorrea.

A nivel respiratorio, fase III de ventilación, con modalidad SIMV por presión, se encuentra 55 ciclos x1, con presiones de 15/3, FiO₂ al 40% se ausculta campos pulmonares con estertores gruesos bilaterales, persiste espiración prolongada, de predominio en base izquierda.

Reporte gasométrico con alcalosis respiratoria descompensada e hiperoxemia,

pH 7.6

paCO₂ 24

paO₂ 138

HCO 18

8.11. Crecimiento / Desarrollo.

Lactante menor hipotrófico, con antecedente de prematures.

Antropométricamente se obtienen los siguientes datos.

Peso: 2.300 kg.

Talla: 49 cm.

IMC: 9.5

Perímetro cefálico: 29 cm.

Perímetro torácico: 28 cm.

Perímetro abdominal: 34 cm.

Segmento inferior: 16 cm.

Pie: 5 cm

8.12. Seguridad / Protección.

Presencia de riesgo de sufrir lesión en mucosas orales debido a la aspiración de secreciones.

Riesgo de presentar infecciones agregadas a su sepsis en manejo debido a procedimientos invasivos, gastrostomía, desnutrición y la entrada de organismos patógenos en PICC.

Infectológico: se encuentra hipertérmico en segundo día de esquema antibiótico a base de ceftazidima y dicloxacilina.

8.13. Percepción / Cognición.

Alteración de las capacidades perceptivas por su retraso en neurodesarrollo, conducta desorganizada debido a su edad obteniendo respuestas anormales a los estímulos sensoriales.

A nivel neurológico, se encuentra inquieto e hiperactivo, se continua con Midazolam en infusión continua a 800 mcg/kg/ hr., pupilas fotorreactivas, con tendencia a la miosis, libre de eventos convulsivos y movimientos anormales.

8.14. Actividad / Ejercicio.

Actualmente se encuentra hipertérmico, irritable, inquieto, con sobresaltos en la atención, presencia de sollozos, con patrón de sueño favorable.

Cardiovascular, con pulso de elevada intensidad y frecuencia, llenado capilar distales de dos segundos.

8.15. Rol / Relaciones.

Madre del paciente ama de casa, padre albañil, hermana mayor de 3 años, hermano menor de 1 año.

Ambiente familiar con nivel socioeconómico bajo, falta de apoyo moral de familia y responsabilidad por parte de los padres.

8.16. Sexualidad.

Desarrollo de genitales externos se observan sin anomalía.

8.17. Afrontamiento / Tolerancia al estrés.

Estrés neurocomportamental el cual se manifiesta por taquicardia, temblores, inquietud e irritabilidad.

8.18. Confort.

A la manipulación presencia de agitación, salivación y elevación de pulso cardiaco, tranquilizándose con presencia y voces significativas provenientes de la madre o del padre. Paciente con evolución estacionaria.

8.19. TERAPEUTICA PREESCRITA.

Dieta:

Formula hidrolizada extenso de proteínas de leche similar a la materna, sin lactosa, cada 3 hrs.

Farmacoterapia:

DFH 6 U c/ 8 hrs.

Furosemide 23 mg IV c/8 hrs.

Hipromelosa 1 gota en cada ojo c/4 hrs.

Metilpredisolona 0.4 mg IV c/ 8 hrs.

Ceftazidima 85 mg IV c/ 8 hrs.

Dicloxacilina 80 mg IV c/ 24 hrs

Midazolam en infusión continua a 800 mcg/kg/ hr.

Terapia de infusión:

Glucosada al 10% 58 ml., Sol. Fisiológica 0.9% 25 ml., KCL 0.8 ml., agua bidestilada 17 ml.

Volumen total: 96.8 ml.

Velocidad de infusión: 12.1 ml./ hr.

IX. RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO.

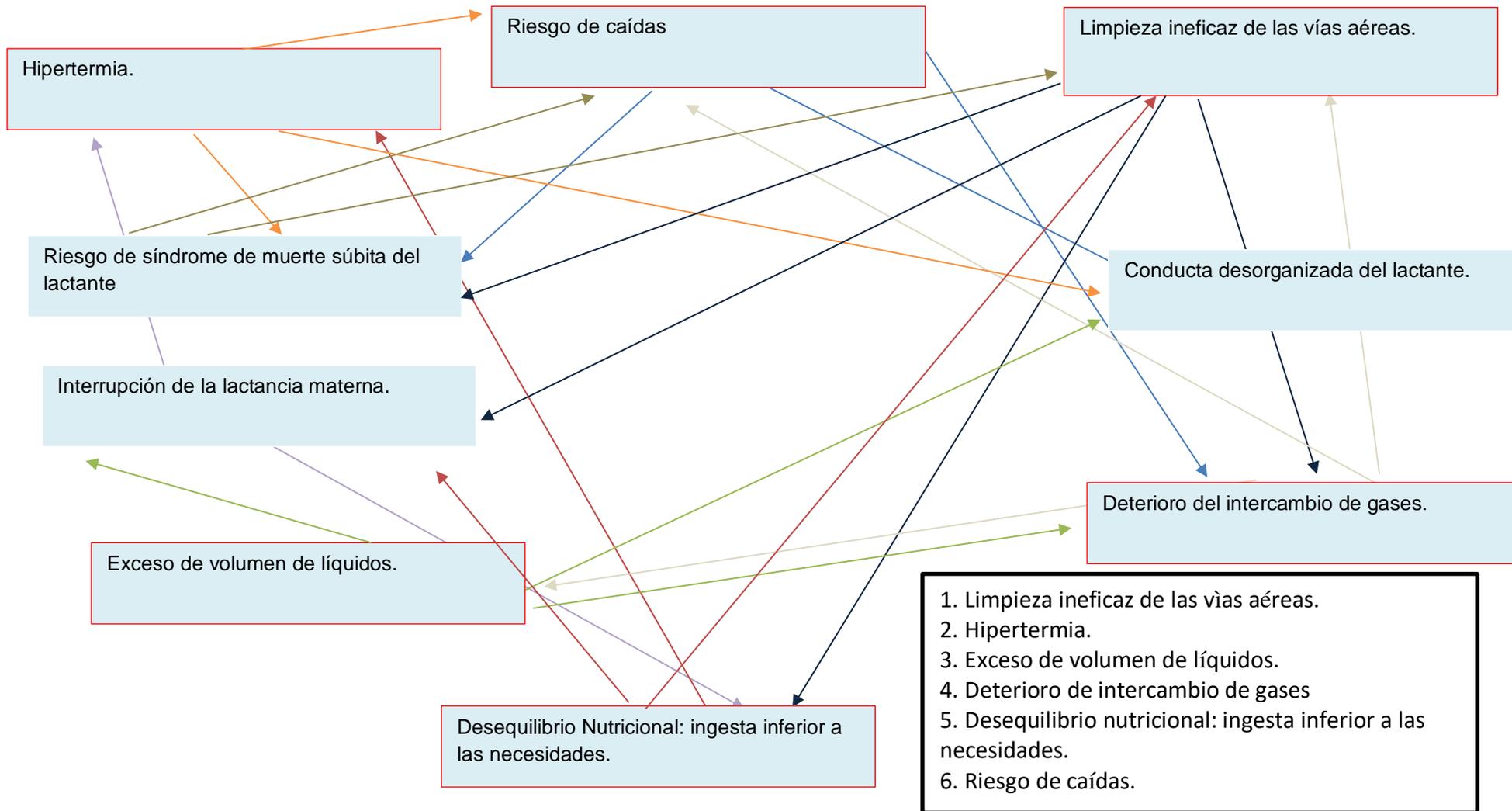
Datos significativos agrupados Datos objetivos	Datos significativos agrupados Datos subjetivos	Identificación del diagnóstico De enfermería.	Análisis deductivo (Dominios y clases involucrados)
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuros de 31 SDG • Perístasis presente y aumentada • Distensión abdominal • Edema (miembros inferiores y en la superficie orbitaria ambos ojos). • Hipotensión: 55/40 mm Hg • Taquicardia: 163 x1 • Taquipnea: 55 x1 • Hipertermia: 38.2°C • Llenado capilar: 2" • Glicemia: 81 mg/dl • Spo2: 100%. • Alcalosis: pH 7.6 • Hipercapnia: paCO2 24 • Hiperoxemia: paO2 138 • HCO 18 • Alcalosis respiratoria descompensada • Sin evacuaciones presentes • Miosis • Eritema alrededor de gastrostomía • Retención de líquidos: 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Hiperactividad • Irritable • Sobresaltos • Facies de dolor esporádicas • Escaso llanto • Palidez de tegumentos • Agitación • Rinorrea • Cianosis • Temblores • Estrés • Somnolencia • Hipoperfusión • Retracción xifoidea 	<p>Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factores patológicos (antecedente de enterocolitis necrosante), incapacidad para ingerir alimentos (alimentación por gastrostomía) M/P ruidos abdominales hiperactivos, palidez de las membranas y mucosas, incapacidad para ingerir alimentos vía oral.</p> <p>Exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores M/P cambios en la presión arterial, edema, aportes superiores a las pérdidas.</p> <p>Estreñimiento R/C factores farmacológicos: diuréticos, AINES, sedantes M/P distensión abdominal, sonidos abdominales hiperactivos,</p>	<p>Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión.</p> <p>Dominio 2: Nutrición. Clase 5: Hidratación.</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Total ingreso 2702 Total egreso 1432 Total +1270 • PVC 8 cm H₂O • GASTO URINARIO: 23 ml por turno • Hipotrofico 2.300 kg. • Estertores en ambos campos pulmonares • Espiración prolongada • Retraso en el neurodesarrollo 		<p>disminución de la frecuencia (nula).</p> <p>Deterioro del intercambio de gases R/C ventilación, perfusión M/P gasometría arterial anormal, pH arterial anormal, hipercapnia, taquicardia.</p> <p>Interrupción de la lactancia materna R/C Enfermedad del niño (Atelectasia pulmonar, ventilación mecánica), Prematuridad (lactante menor hipotrófico.) M/P el lactante no recibe nutrientes de la mama en alguna o en todas las tomas, separación madre hijo.</p> <p>Conducta desorganizada del lactante R/C procedimientos invasivos, inmadurez del sistema neurológico, prematuridad M/P respuesta anormal a los estímulos sensoriales (dificultad para calmarlo), taquicardia, sistema motor: sobresalto, problemas regulatorios: irritabilidad.</p>	<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función respiratoria.</p> <p>Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase 3: Estrés neurocomportamental.</p>
--	--	--	---

		<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Vía artificial, (intubación endotraqueal), secreciones bronquiales, mucosidad excesiva M/P cambios en el ritmo respiratorio (taquipnea), cambios en la frecuencia respiratoria, excesiva cantidad de esputo.</p> <p>Riesgo de caídas R/C Edad (menor de dos años), niños desatendidos en una superficie elevada (cuna hospitalaria), disminución del estado cognoscitivo.</p> <p>Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante R/C potencialmente modificables: bajo peso al nacer, prematuridad, madre joven, sexo masculino, edad del lactante de 2 a 4 meses.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física.</p>
--	--	---	---

		<p>Hipertermia R/C Enfermedad (sepsis, NAV) M/P aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, taquicardia, taquipnea, calor al tacto.</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 6: Termorregulación.</p>
--	--	--	---

9.1. MODELO ÁREA.



9.2. Proceso de Atención de Enfermería.

DOMINIO 11: Seguridad/protección.		CLASE 02: Lesión física.																																																																									
<p>DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Vía artificial, (intubación endotraqueal), secreciones bronquiales, mucosidad excesiva M/P cambios en el ritmo respiratorio (taquipnea), cambios en la frecuencia respiratoria (taquicardia), excesiva cantidad de esputo.</p> <p>Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.</p>																																																																											
RESULTADOS ESPERADOS:	INTERVENCIÓN:	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:	EVALUACIÓN:																																																																								
<p>Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p>																																																																										
DOMINIO 02: Salud fisiológica	CAMPO 02: fisiológico: complejo.	<p>Al realizar una correcta aspiración de secreciones facilitará la movilización de estas mismas que obstruyen las vías aéreas. Favoreciendo la ventilación respiratoria.</p> <p>La presión del aspirador debe ser de 60 a 80 mm de Hg para evitar el barotrauma de las vías aéreas debido a presiones de aspiración demasiado elevadas.</p> <p>La aspiración de secreciones dependerá del estado hemodinámico del paciente y de su tolerancia al procedimiento. Se debe evitar una posible hipoxia. Así mismo se manejarán movimientos rotativos</p>	<p>Meta: Mantener vía aérea permeable mejorando los niveles de oxigenación.</p>																																																																								
CLASE E: Cardiopulmonar	CLASE K: control respiratorio.																																																																										
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precauciones universales. ✓ Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal. ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ✓ Informal al paciente y/o a la familia sobre la aspiración ✓ Hiperoxigenar al 100% mediante la utilización del ventilador. ✓ Utilizar equipo desechable estéril para cada 																																																																											
<p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tos</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acumulación de esputo</td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacidad para eliminar secreciones.</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia respiratoria.</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Indicadores	1	2	3	4	5	Tos		x				Acumulación de esputo	x					Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)		x				Capacidad para eliminar secreciones.		x				Frecuencia respiratoria.		x					<p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tos</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Acumulación de esputo</td> <td></td> <td></td> <td>+2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacidad para eliminar secreciones.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frecuencia respiratoria.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Tos			+1			Acumulación de esputo			+2			Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)			+1			Capacidad para eliminar secreciones.			+1			Frecuencia respiratoria.			+1		
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																						
Tos		x																																																																									
Acumulación de esputo	x																																																																										
Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)		x																																																																									
Capacidad para eliminar secreciones.		x																																																																									
Frecuencia respiratoria.		x																																																																									
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																						
Tos			+1																																																																								
Acumulación de esputo			+2																																																																								
Ruidos respiratorios patológicos. (Estertores)			+1																																																																								
Capacidad para eliminar secreciones.			+1																																																																								
Frecuencia respiratoria.			+1																																																																								

RESULTADO:
ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase E: cardiopulmonar

ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Ruidos respiratorios patológicos			x		
Acumulación de esputo		x			
Atelectasias (atelectasia pulmón izquierdo)	x				

procedimiento de aspiración endotraqueal.

- ✓ Seleccionar un catéter de aspiración de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal del paciente.
- ✓ Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración.
- ✓ Observar el estado de oxigenación del paciente (niveles de SaO2 y SvO2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente, antes durante y después de la succión.
- ✓ Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- ✓ Aspirar orofaringe después de terminar la succión endotraqueal.
- ✓ Limpiar la zona alrededor después de terminar la aspiración.
- ✓ Anotar el tipo y cantidad de secreciones.

evitando traumatismo a la mucosa y adhesiones.

La posición fowler y semifowler favorecen la expansión pulmonar.

La permeabilidad de las vías aéreas permite favorecer la expansión fisiológica de los pulmones evitando complicaciones como atelectasias.

La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo.

La hoja de enfermería es un documento médico legal. Las características de las secreciones y las condiciones del paciente deben ser registradas para su abordaje actual y posterior.

RESULTADO:
ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase E: cardiopulmonar

ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Ruidos respiratorios patológicos				+1	
Acumulación de esputo			+1		
Atelectasias (atelectasia pulmón izquierdo)			+2		

DOMINIO 11: Seguridad/protección.

CLASE 06: Termorregulación.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Hipertermia **R/C** Enfermedad (sepsis, NAV) **M/P** Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, taquicardia, taquipnea, calor al tacto.
Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

RESULTADOS ESPERADOS: Termorregulación.	INTERVENCIÓN: TRATAMIENTO DE LA FIEBRE: Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:	EVALUACIÓN:																																				
 dominio 2: Salud fisiológica. Clase I: Regulación metabólica.	Campo 2: Fisiológico: complejo. Clase M: termorregulación.	<p>La temperatura es un factor importante en la hemodinámica ya que según su valor se activarán mecanismos para promover la producción de calor (vasoconstricción, aumento del metabolismo) o para promover la pérdida de calor (vasodilatación, hiperventilación y sudoración). Se debe tener en cuenta la susceptibilidad de los pacientes pediátricos a las variaciones de temperatura ambiental, sobre todo en los neonatos y prematuros de bajo peso, por la inmadurez del centro termorregulador y la falta de grasa subcutánea.</p> <p>Los correctos para la administración de fármacos le permiten al personal enfermero que va a administrar un fármaco seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error. Al utilizarlos, enfermería se asegura de cumplir algunas pautas para la</p>	<p>Meta: Lograr un equilibrio entre termogénesis y termólisis.</p> <div data-bbox="1541 683 1982 1089" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura cutánea aumentada.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabilidad.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cambios de coloración cutánea.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diaforesis.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deshidratación.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Indicadores	1	2	3	4	5	Temperatura cutánea aumentada.			+1			Irritabilidad.			+1			Cambios de coloración cutánea.				+1		Diaforesis.				+1		Deshidratación.					+1
Indicadores	1			2	3	4	5																																
Temperatura cutánea aumentada.			+1																																				
Irritabilidad.			+1																																				
Cambios de coloración cutánea.				+1																																			
Diaforesis.				+1																																			
Deshidratación.					+1																																		
<div data-bbox="86 760 569 1122" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Temperatura cutánea aumentada.</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabilidad.</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cambios de coloración cutánea.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diaforesis.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deshidratación.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div>	Indicadores	1	2	3	4	5	Temperatura cutánea aumentada.		x				Irritabilidad.		x				Cambios de coloración cutánea.			X			Diaforesis.			X			Deshidratación.				x		<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar la temperatura lo más frecuentemente, que sea oportuno. ✓ Observar el color de la piel y la temperatura. ✓ Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia. ✓ Monitorizar equilibrio acido-base. (Gasometrías arteriales). ✓ Administrar medicamentos antipiréticos. (Paracetamol, I.V.) 		
Indicadores	1	2	3	4	5																																		
Temperatura cutánea aumentada.		x																																					
Irritabilidad.		x																																					
Cambios de coloración cutánea.			X																																				
Diaforesis.			X																																				
Deshidratación.				x																																			

	<p style="text-align: center;">INTERVENCIÓN:</p> <p>ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS: Preparar administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>Campo 2: fisiológico: complejo.</p> <p>Clase H: fármacos.</p>	<p>administración que ya están preestablecidas y que lo guían para un mejor proceder.</p> <p>Las cantidades significativas se pueden cuantificar con facilidad; es de suma importancia que la dosis sea exacta para evitar complicaciones. Las dosis en pacientes pediátricos son especiales, ya que los niños tienen diferente talla y peso, y por lo tanto sus características fisiológicas son distintas.</p> <p>Es muy importante observar las reacciones del paciente durante la ministración del fármaco, por si presentara algún efecto indeseable que pusiera en peligro la vida.</p> <p>La acción de los fármacos depende de su reacción química en el organismo, del tejido que lo recibe.</p> <p>El personal de enfermería debe conocer la acción de los fármacos que administra y los efectos que se desean. Identificar la vía de administración y realizar la dilución correcta del fármaco prescrito.</p> <p>Los registros clínicos de enfermería forman parte de los documentos médico legales.</p>	
	<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar prescripción antes de administrar medicamento. (Antipirético, Doble esquema de antibióticos, descritos en la terapéutica). ✓ Asegurarse que los antibióticos son suspendidos u ordenados nuevamente a la fecha de renovación. ✓ Seguir los diez principios en la administración de medicamentos. ✓ Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según su respuesta. ✓ Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente. 		

EVALUACIÓN GENERAL:

Se logró mantener un equilibrio entre termogénesis y termólisis con la aplicación de medios físicos: aplicación de frío a nivel cefálico y pared abdominal.

Se alternó con terapia farmacológica, administrando antipirético del grupo AINE, paracetamol vía I.V. logrando con esto el descenso de temperatura haciendo efecto a nivel hipotalámico. Así mismo se prescribió en conjunto con el equipo multidisciplinario doble esquema de antibiótico debido a la presencia de sepsis y NAV, en el cual se prescribió Cefalosporina de 3ra generación, Ceftazidima y un betalactámico, dicloxacilina; el cumplimiento de dicha terapéutica corrió a cargo del personal de enfermería apegándose a los horarios de administración para conseguir la potencialización del esquema en beneficio de la salud del paciente.

Evolucionando el paciente de una temperatura de 38°C a 37.5°C contribuyendo a la disminución de la diaforesis así como el patrón de respuesta a la transpiración.

DOMINIO 2: Nutrición.

CLASE 05: Hidratación.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Exceso de volumen de líquidos R/C Compromiso de los mecanismos reguladores M/P
Cambios en la presión arterial, edema, aportes superiores a las pérdidas, ascitis.
Aumento de la retención de líquidos isotónico.

RESULTADOS ESPERADOS: EQUILIBRIO HÍDRICO.	INTERVENCIÓN: MANEJO DE HIPERVOLEMIA: Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:	EVALUACIÓN:																																																																																			
DOMINIO 02: Salud fisiológica	Campo 2: Fisiológico: complejo	El poder evaluar la circulación y por tanto la hemodinámica del paciente grave es una demanda indispensable por las implicancias diagnósticas y terapéuticas. Los determinantes de un monitoreo hemodinámico se basan en un trípode de datos constituidos por la presión de perfusión de los órganos, la función cardiaca valorada por el GC y la respuesta al llenado vascular y la valoración del consumo tisular de oxígeno. Las fuentes de eliminación de agua son: 1) por las pérdidas insensibles que están dadas por la evaporación, a través de las superficies húmedas de la piel y el aparato respiratorio, al humidificar el aire inspirado, se	Meta: Disminuir la presencia de edemas en el paciente así como evitar que progrese a una anasarca.																																																																																			
Clase G: Líquidos y electrolitos.	Clase N: Control de la perfusión tisular.																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="6">ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</td> </tr> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>Presión arterial</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial media.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión venosa central.</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingresos y Egresos diarios</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ascitis</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.						Indicadores	1	2	3	4	5	Presión arterial		X				Presión arterial media.		X				Presión venosa central.		X				Ingresos y Egresos diarios		X				Ascitis		X				ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria (disnea, taquipnea apnea). ✓ Observar cambios de edema periférico. ✓ Vigilar líquidos I.V prescritos para verificar si son adecuados. (Glucosada al 10% 58 ml. Sol. Fisiológica 0.9% 25 ml. KCL 0.8 ml. Agua bidestilada 17 ml.) 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="6">ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</td> </tr> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>Presión arterial</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial media.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión venosa central.</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ingresos y Egresos diarios</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ascitis</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.						Indicadores	1	2	3	4	5	Presión arterial			+1			Presión arterial media.			+1			Presión venosa central.			+1			Ingresos y Egresos diarios			+1			Ascitis			+1		
ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.																																																																																						
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																																	
Presión arterial		X																																																																																				
Presión arterial media.		X																																																																																				
Presión venosa central.		X																																																																																				
Ingresos y Egresos diarios		X																																																																																				
Ascitis		X																																																																																				
ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.																																																																																						
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																																	
Presión arterial			+1																																																																																			
Presión arterial media.			+1																																																																																			
Presión venosa central.			+1																																																																																			
Ingresos y Egresos diarios			+1																																																																																			
Ascitis			+1																																																																																			

RESULTADO:
SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA DE LÍQUIDOS.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase G: Líquidos y electrolitos

ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Edema periorbital.			x		
Edema en mano.		x			
Ascitis	x				
Aumento de circunferencia abdominal		X			
Estertores		X			

INTERVENCIÓN:
MANEJO DE LÍQUIDOS: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales y no deseados.
Campo 2: fisiológico: complejo.
Clase N: Control de la perfusión tisular.

- ✓ Realizar un registro preciso de ingesta y de eliminación.
- ✓ Vigilar el estado de hidratación (membrana, mucosas húmedas, pulso adecuado)
- ✓ Monitorización Hemodinámica.
- ✓ Valorar la ubicación y extensión del edema.
- ✓ Administrar diuréticos. (Furosemide 23 mg I.V c/ 8 hrs.)

calculan alrededor de 45 mL/100 kcal/día o bien de 30 a 65 mL/kg/día, 2) pérdidas sensibles, como el sudor, 100 mL/día, que contribuye a la pérdida de calor corporal, 3) excreción renal a través de la orina, 1 a 3 mL/kg/h, la cual es la principal vía de eliminación y 4) secreciones gastrointestinales, como las heces, 100 a 200 mL/día, considerado como las pérdidas en menor cantidad.

El equilibrio hídrico se alcanza al existir igualdad entre la producción y conservación de líquidos y su eliminación. En los pacientes pediátricos, un balance adecuado de líquidos permite superar las pérdidas obligatorias más cualquier déficit súbito. Para el manejo adecuado de los líquidos, es necesario calcular las pérdidas insensibles que varían en cada patología.

RESULTADO:
SEVERIDAD DE LA SOBRECARGA DE LÍQUIDOS.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase G: Líquidos y electrolitos

ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Edema periorbital.				+1	
Edema en mano.			+1		
Ascitis.			+2		
Aumento de circunferencia abdominal.				+1	
Estertores.				+1	

EVALUACIÓN GENERAL:

Al inicio de la valoración se reporta paciente con retención de líquidos de acuerdo al siguiente control de líquidos:

Total ingreso 2,702 ml
Total egreso 1,432 ml
Total +1,270

PVC Normal de 2 a 6 cmH₂O

PVC reportada: 8 cmH₂O

GASTO URINARIO reportado: 23 ml por turno (8hrs.)

De acuerdo a la excreción renal a través de la orina debería ser de: 1 a 3 mL/kg/hr.

Lo que nos indica que el gasto urinario promedio debería de ser de: 2 ml (2.300)(8)= 36.8 ml por turno.

Logrando con la administración de Furosemda, diurético que actúa a nivel de asa de Henle un gasto urinario total de 30 ml por turno.

Y la disminución de PVC a: 7cmH₂O.

En cuanto a la valoración de ascitis que presentaba el paciente se encuentra una disminución significativa de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales no siendo necesario realizar paracentesis.

Se observa la disminución de edemas presentes tanto de edema en extremidades inferiores y de extremidades superiores abarcando desde carpianos, metacarpos hasta falanges proximales, mediales y distales así como edema periorbital con una disminución de una +.

DOMINIO 3: Eliminación / Intercambio.

CLASE 04: Función Respiratoria.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Deterioro del intercambio de gases **R/C** Ventilación, perfusión **M/P** Gasometría arterial anormal, pH arterial anormal, hipercapnia, taquicardia.

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

<p>RESULTADOS ESPERADOS:</p> <p>ESTADO RESPIRATORIO: INTERCAMBIO GASEOSO.</p>	<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>MANEJO ACIDO-BASE: Promover el equilibrio ácido-base y prevenir las complicaciones derivadas de un desequilibrio ácido-base.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:</p>	<p>EVALUACIÓN:</p>																																																																																				
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase E: Cardiopulmonar.</p>	<p>Campo 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase G: control de electrolitos y ácido-base.</p>	<p>El conocimiento del estado de los gases y el equilibrio ácido-básico en sangre es fundamental para la evaluación de los pacientes críticos, sobre todo en los sometidos a ventilación mecánica.</p>	<p>Meta: Mejorar la ventilación y perfusión a nivel del sistema sanguíneo con una estabilización de gases arteriales.</p>																																																																																				
<p>ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inquietud</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>pH arterial</td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturación de O2</td> <td></td> <td></td> <td>x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Inquietud		x				Cianosis			x			Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)		x				Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)		x				pH arterial		x				Saturación de O2			x			<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener un acceso I.V. permeable ✓ Mantener vías aéreas despejadas. ✓ Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria. ✓ Controlar el patrón respiratorio. ✓ Proporcionar apoyo de ventilación mecánica. ✓ Verificar el buen uso del oxímetro de pulso. ✓ Proporcionar un buen control gasométrico intermitente. 	<p>Los parámetros que deben valorarse irán dirigidos a comprobar cuál es el estado de la oxigenación, la ventilación y el equilibrio ácido- básico del paciente.</p> <p>La relevancia de la monitorización de los gases sanguíneos es el garantizar un intercambio de gases adecuado al tiempo que se evitan los riesgos de la hipoxia o hiperoxia y una ventilación excesiva o inadecuada.</p>	<p>ESCALA: Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inquietud</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>pH arterial</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saturación de O2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Inquietud			+1			Cianosis				+1		Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)			+1			Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)			+1			pH arterial			+1			Saturación de O2				+1	
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																																		
Inquietud		x																																																																																					
Cianosis			x																																																																																				
Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)		x																																																																																					
Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)		x																																																																																					
pH arterial		x																																																																																					
Saturación de O2			x																																																																																				
Indicadores	1	2	3	4	5																																																																																		
Inquietud			+1																																																																																				
Cianosis				+1																																																																																			
Presión parcial de oxígeno en sangre arterial (PaO2)			+1																																																																																				
Presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO2)			+1																																																																																				
pH arterial			+1																																																																																				
Saturación de O2				+1																																																																																			

EVALUACIÓN GENERAL:

El reporte de gasometría arterial nos refleja Alcalosis con un pH de 7.6, identificando Hipercapnia con una PaCO₂ de 24, así como también Hiperoxemia con una PaO₂ de 138.

El actuar del equipo multidisciplinario de salud se resume en la corrección de la Hipercapnia presente y la revaloración de los ciclos ventilatorios especialmente revalorando la cantidad de oxígeno que se está administrando buscando así revertir la Hiperoxemia que presenta el paciente.

Con la vigilancia continua del personal de enfermería, se observó que hemodinámicamente el paciente comenzaba a estabilizarse ya que se pudo elevar la presión arterial de 55/40 mm Hg a 75/50 mm Hg, revirtiendo así la hipotensión que presentaba. En cuanto a la taquicardia que se registró con 163 latidos por minuto, se logró mantener una frecuencia cardiaca de 145 latidos por minuto.

La presencia de Taquipnea en el paciente no se logró minimizar significativamente de 55 respiraciones por minuto se logró mantener en 50 respiraciones por minuto.

Se mantiene Hipertérmico con: 38.0°C debido a la Sepsis en manejo que presenta y la NAV (Neumonía Asociada a la Ventilación).

DOMINIO 2: Nutrición.**CLASE 1: Ingestión.**

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Desequilibrio Nutricional: ingesta inferior a las necesidades. **R/C** Factores patológicos (antecedente de enterocolitis necrosante), incapacidad para ingerir alimentos (alimentación por gastrostomía) **M/P** Ruidos abdominales hiperactivos, palidez de las membranas y mucosas, incapacidad para ingerir alimentos vía oral.

Ingesta inferior a las necesidades: ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

RESULTADOS ESPERADOS:**ESTADO NUTRICIONAL.****INTERVENCIÓN:
MONITORIZACIÓN**

NUTRICIONAL: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:**EVALUACIÓN:**

DOMINIO 02: Salud fisiológica
Clase K: Digestión y nutrición.

Campo 1: fisiológico: básico.
Clase D: apoyo nutricional.

Para intentar objetivar los cambios metabólicos, debe realizarse, de forma frecuente, el cálculo en los requerimientos de energía mediante calorimetría indirecta, aunque puede ser técnicamente difícil en pacientes bajo oxigenoterapia o soporte ventilatorio. Si se emplearan las mediciones indirectas, deberían ajustarse los factores de estrés, en dependencia de la situación del paciente.

Meta: Mejorar el estado nutricional del paciente.

ESCALA:
Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

Indicadores	1	2	3	4	5
Palidez en membranas y mucosas		X			
Relación peso/talla.	X				
Peristalsis		x			

- ✓ Pesar al paciente a los intervalos establecidos.
- ✓ Vigilar tendencias de pérdida y ganancias de peso.
- ✓ Observar si la piel está seca, descamada o con pigmentación.
- ✓ Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad en el tejido conjuntivo.

Si bien la monitorización a corto plazo, sólo nos indicaría variaciones temporales del almacenamiento de nutrimentos. De esta forma, se hacen necesarias para el seguimiento a largo plazo. Periódicamente, debe realizarse la evaluación del estado nutricional, se emplearán, para ello las medidas antropométricas.

ESCALA:
Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.

Indicadores	1	2	3	4	5
Palidez en membranas y mucosas			+1		
Relación peso/talla.		+1			
Peristalsis			+1		

RESULTADO:
FUNCIÓN GASTROINTESTINAL.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase K: Digestión y nutrición.

ESCALA: Gravemente comprometido a no comprometido.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Tolerancia a alimentos.		x			
Perímetro abdominal.		x			
Frecuencia de deposiciones.	x				
Aspirados gástricos: cantidad de residuos.				X	

INTERVENCIÓN:
TERAPIA NUTRICIONAL: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.
Campo 2: fisiológico: básico.
Clase D: Apoyo nutricional.

- ✓ Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria.
- ✓ Administrar líquidos suficientes en cada alimentación.
- ✓ Asegurar la disponibilidad de una dieta terapéutica progresiva.
- ✓ Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita. (En coordinación con el nutriólogo encargado de la dieta).

En el paciente crítico, la ingesta oral se encuentra seriamente comprometida debido a diversos factores que alteran la deglución generalmente en forma transitoria. La presencia de vía aérea artificial, algunas patologías o situaciones clínicas que contraindican el uso del aparato digestivo, el estado de inconsciencia temporal o permanente contribuyen a que la persona no pueda ingerir alimentos por sí misma.

Esta situación justifica la necesidad de implementar algún tipo de terapia nutricional para aportar los requerimientos calóricos y proteicos necesarios para afrontar la situación crítica de salud, que conducen a un rápido proceso de deterioro del estado nutricional. Es en este contexto, donde el rol de enfermería en la valoración nutricional del paciente cobra importancia para prevenir y/o minimizar la desnutrición hospitalaria que se acompaña de una mayor tasa de complicaciones, prolongación de la estadía hospitalaria y mayor mortalidad.

La alimentación adecuada es un requisito indispensable para el mantenimiento de la salud y la recuperación de las enfermedades. (MTRA. IRMA VALVERDE MOLINA, 2013)

RESULTADO:
FUNCIÓN GASTROINTESTINAL.
Dominio 2: Salud fisiológica.
Clase K: Digestión y nutrición.

ESCALA: Gravemente comprometido a no comprometido.					
Indicadores	1	2	3	4	5
Tolerancia a alimentos.			+1		
Perímetro abdominal.			+1		
Frecuencia de deposiciones.	0				
Aspirados gástricos: cantidad de residuos.					+1

EVALUACIÓN GENERAL.

ESTADO NUTRICIONAL. (Abril)

Se logró implementar en colaboración del equipo multidisciplinario de salud una dieta que responde a las necesidades nutricionales del paciente; siendo crucial la alimentación parenteral debido a la incapacidad de deglución por la existencia de ventilación mecánica. Así mismo el apoyo del personal de enfermería fue esencial en la administración de la alimentación parenteral respetando los intervalos establecidos. Buscando mejorar la relación de peso y talla lo cual indica un desarrollo de crecimiento favorable.

Sin descuidar el estado de hidratación del paciente se mantiene en terapia de infusión intravenosa continua con soluciones isotónicas e hipertónicas así como también electrolitos fundamentales. Manteniendo un registro de egresos e ingresos buscando la detección de posible retención de líquidos y los riesgos que esto implicaría en el estado de salud.

FUNCION GASTROINTESTINAL. (Mayo)

Después de la vigilancia estrecha y la evolución que presenta el paciente se comienza la nutrición enteral por gastrostomía cada 3 hrs., observando que existe tolerancia al alimento así como ausencia de residuo gástrico patológico, lo cual nos refiere una buena absorción a nivel digestivo.

La medición del perímetro abdominal no se encuentra con alteración, a la palpación se encuentra sin distensión abdominal y no se observa dibujo de red venosa y asa intestinal.

DOMINIO 11: Seguridad/protección.

CLASE 2: Lesión física.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO: Riesgo de caídas **R/C** Edad (menor de dos años), niños desatendidos en una superficie elevada (cuna hospitalaria), disminución del estado cognoscitivo.

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.

<p>RESULTADOS ESPERADOS:</p> <p>MOVIMIENTO COORDINADO.</p>	<p>INTERVENCIÓN:</p> <p>VIGILANCIA: SEGURIDAD: Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.</p>	<p>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:</p>	<p>EVALUACIÓN:</p>																																																												
<p>Dominio 1: Salud funcional.</p>	<p>Campo 4: Seguridad</p>		<p>Meta:</p>																																																												
<p>Clase C: Movilidad.</p>	<p>Clase V: Control de riesgos.</p>																																																														
<p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" data-bbox="67 828 583 1031"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mantenimiento de la posición corporal</td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tono muscular</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Suavidad del movimiento.</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de movimiento</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Mantenimiento de la posición corporal		X				Tono muscular			X			Suavidad del movimiento.			X			Control de movimiento			X			<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente puede conducir a una conducta insegura. ✓ Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. ✓ Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente ✓ Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación. 	<p>Es deber del personal de enfermería identificar en la práctica asistencial en el ambiente hospitalario el riesgo de caída con independencia del entorno en que se encuentre así como establecer intervenciones efectivas y personalizadas para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.</p> <p>Identificando aquellos elementos o circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída. (Marylynn E. Doenges, 2008)</p>	<p>ESCALA: Desde gravemente comprometido hasta no comprometido.</p> <table border="1" data-bbox="1528 803 2007 1047"> <thead> <tr> <th>Indicadores</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mantenimiento de la posición corporal</td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tono muscular</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Suavidad del movimiento.</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Control de movimiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+1</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indicadores	1	2	3	4	5	Mantenimiento de la posición corporal			+1			Tono muscular			0			Suavidad del movimiento.			0			Control de movimiento				+1	
Indicadores	1	2	3	4	5																																																										
Mantenimiento de la posición corporal		X																																																													
Tono muscular			X																																																												
Suavidad del movimiento.			X																																																												
Control de movimiento			X																																																												
Indicadores	1	2	3	4	5																																																										
Mantenimiento de la posición corporal			+1																																																												
Tono muscular			0																																																												
Suavidad del movimiento.			0																																																												
Control de movimiento				+1																																																											

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados. ✓ Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados. 		
--	--	--	--

EVALUACIÓN GENERAL:

Se identificó oportunamente los factores de riesgo que predisponían al paciente de sufrir una caída la cuál pudiera agravar su estado de salud.

Por ser un lactante menor lo convierte en un paciente totalmente dependiente al cuidado del personal de enfermería, auxiliándonos del apoyo brindado por la madre en la vigilancia estrecha hacía su bebé, se le instruyo y capacito sobre las medidas de seguridad que debería emplear en su cuidado, desde la elevación de barandales, no dejarlo sólo, vigilar sus movimientos ya que estos no eran coordinados, evitando que se golpeará; así mismo se le educó sobre la posición anatómica correcta, está se debería adoptar buscando que no se lastimará ni pusiera en riesgo su integridad física .

Se movilizaba con el objetivo de evitar la aparición de UPP (Ulceras Por Presión) favoreciendo con ello el movimiento muscular y articular con terapéutica física con ejercicios de abducción y aducción en extremidades superiores e inferiores.

Consiguiendo lograr el confort físico de acuerdo a la disminución de irritabilidad que manifestaba en un inicio. Así mismo se proporcionó un ambiente seguro para su bienestar, buscando con ello no gravar su estado de salud con expectativas de mejoría.

X. PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.

Nombre: A.B.E.	
Servicio: Hospitalización: Lactantes.	Cama: 45

10.1. ACCIONES DE AUTOCUIDADO ESPECÍFICO.

BAÑO			
Tina	Regadera	Esponja	OTRO
ALIMENTACION			
Oral	Sonda oro- nasogástrica	gastrostomía	
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA			
Tipo de fisioterapia: Palmo-percusión.			

10.2. ACCIONES DE AUTOCUIDADO GENERAL.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Baño diario ▪ Cambio de ropa diario ▪ Corte de uñas una vez por semana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la habitación limpia y ventilada ▪ No acudir a lugares concurridos ▪ Evitar convivencia con personas enfermas y fumadoras
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de manos 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lavado de encías después de la alimentación 	

10.3. SIGNOS DE ALARMA.

1.- Fiebre.	4.- Movimientos anormales (convulsiones)
2.- Sangrado a cualquier nivel	5.- Perdida del estado de alerta.
3.- Vómito y diarrea	6.- Dificultad para respirar.

XI. CONCLUSIÓN.

Debido a la gran diversidad en los sistemas y planes de trabajo en enfermería, resulta necesario el establecimiento de líneas metodológicas que permitan la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente. La institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incorporan el uso de sistemas estandarizados para identificar el estado de salud o los problemas del individuo, familia o comunidad que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería

Los rápidos y continuos cambios en el entorno de atención a la salud han aumentado enormemente las responsabilidades a las que se enfrenta el personal de enfermería hoy en día.

Para afrontar estas responsabilidades, es fundamental la planificación y la fundamentación de los cuidados para satisfacer las necesidades del paciente y para hacer frente a las obligaciones legales.

La documentación del impacto de la enfermería sobre los resultados deseados del paciente proporciona una base para evaluar necesidades asistenciales continuas. Por tanto, a medida que las enfermeras trabajamos en colaboración con otras disciplinas para ofrecer cuidados al paciente, debemos seguir identificando y documentando las necesidades de cuidados de enfermería por los pacientes mediante el uso del proceso y diagnóstico para el área.

Este cambio no es optativo para enfermería y debido a ello debe empoderarse de la oportunidad y responsabilidad de tomar parte activa para el desarrollo profesional de su ejercicio, viéndolo como un futuro prometedor para enfermería.

Esto nos permite la adaptación de manera asertiva y dinámica a las constantes transformaciones de una sociedad cambiante y de un mundo globalizado como en

el que hoy se vive, en este contexto la disciplina de enfermería con frecuencia se enfrenta a la investigación de nuevos temas justificando así las acciones como gestores de cuidado profesional.

XII. Referencias:

- Abraham M. Rudolph's, R. K. (2004). *Pedíatria*. Madrid, España: MARBÁN.
- Andrade Cepeda R M, M. R. (2004). *El Proceso Enfermero para Brindar Atención de Calidad. Desarrollo Científico Enfermero*. México: Mc Graw Hill.
- Diario Oficial de la Federación*. (06 de Junio de 2016). Obtenido de Normas Oficiales Mexicanas: <http://www.dof.gob.mx/>
- E. Gonzáles, J. B. (2013). *Proceso de enfermería: una herramienta del cuidado*. Medellín.: Universidad Pontificia Boliviana.
- M. Cruz, M. C. (2013). *Manual de pediatría*. Madrid: Ergon.
- Marriner A, R. M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Comisión Permanente de Enfermería.
- Marylynn E. Doenges, M. F. (2008). *Planes de Cuidados de enfermería*. Philadelphia.: Mc Graw Hill.
- MTRA. IRMA VALVERDE MOLINA, E. N. (2013). *Enfermería Pediátrica*. México: El Manual Moderno.
- Sara E. Téllez Ortiz, M. G. (2012). *Modelos de Cuidados en Enfermería, NANDA,NIC,NOC*. México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Treviño, G. (2009). *Pediatría*. México, D.F.: Mc Graw Hill.