

## Proceso de atención de Enfermería en recién nacido a término con sepsis neonatal

### Anexos

Tabla 1. Plan de cuidados de Enfermería		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00032) Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios E/P acidosis metabólica, acrocianosis, disnea, aleteo nasal, taquipnea.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (3320) Oxigenoterapia  (3350) Monitorización respiratoria  (3140) Manejo de las vías aéreas	<b>Necesidad alterada:</b> 1) Respirar normalmente <b>Fundamentación teórica:</b> Para Henderson ello implica mantener una vía aérea permeable con concentraciones adecuadas de oxígeno. En caso de no ser así, se debe favorecer un buen intercambio gaseoso, confirmando una adecuada ventilación para evitar el daño cerebral irreversible por anoxia, complementando con la administración de medicamentos de manera oportuna.	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: (0403) Estado respiratorio: ventilación		Puntuación diana: 20
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(040309) Utilización de los músculos accesorios	2	3
(040310) Ruidos respiratorios patológicos	3	4
(040311) Retracción torácica	4	5
(040413) Disnea de reposo	3	4
Escala de medición 1= Grave 2= Sustancial 3=Moderado 4= Leve 5=Ninguno		

Tabla 2. Plan de cuidados de Enfermería		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00016) Deterioro de la eliminación urinaria R/C oligoanuria E/P eliminación de diuresis de 0.4 ml/kg/hora de característica hematórica.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (0590) Manejo de la eliminación urinaria (0580) Sondaje vesical (1876) Cuidados del catéter urinario	<b>Necesidad alterada:</b> 3) Eliminar los desechos corporales <b>Fundamentación teórica:</b> El sondaje vesical consiste en insertar una sonda a través del tracto urinario hasta la vejiga para drenar orina, cuya medición de la diuresis resulta esencial para valorar el correcto funcionamiento renal y la evolución clínica del neonato, pues dentro de sus funciones está eliminar residuos del trabajo celular, sustancias de desecho y el exceso de agua presente en la circulación sanguínea (7).	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: (0503) Eliminación urinaria		Puntuación diana: 15
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(050303) Cantidad de la orina	2	3
(050304) Color de la orina	3	4
(050308) Entradas y salidas durante 24 horas equilibradas	2	3
Escala de medición: 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido		

<b>Tabla 3. Plan de cuidados de Enfermería</b>		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00039) Riesgo de aspiración R/C alimentación por sonda orogástrica y presencia de tubo endotraqueal E/P debilidad de los músculos requeridos para la deglución, deja residuo gástrico de tipo achocolatado, disminución persistente de la saturación de oxígeno.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (1056) Alimentación enteral por sonda (1803) Ayuda con los autocuidados: alimentación (3200) Precauciones para evitar la aspiración (3300) Ventilación mecánica	<b>Necesidad alterada:</b> 1) Respirar normalmente; 2) Comer y beber adecuadamente. <b>Fundamentación teórica:</b> De acuerdo a estas necesidades, V. Henderson manifiesta que, el personal de Enfermería tiene como prioridad evitar la broncoaspiración y mantener permeable las vías aéreas de los pacientes en estado crítico que presentan problemas del aparato respiratorio.	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: (1010) Estado de deglución		Puntuación diana: 10
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(101010) Momento del reflejo de deglución	1	2
(101015) Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto	2	3
Escala de medición 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido		

<b>Tabla 4. Plan de cuidados de Enfermería</b>		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C alteración de la circulación E/P cambios en la coloración de la piel (cianótica), anasarca generalizada incluyendo genitales femeninos.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (3590) Vigilancia de la piel (0740) Cuidados del paciente encamado (1750) Cuidados perineales (6550) Protección contra las infecciones	<b>Necesidad alterada:</b> 8) Higiene e integridad cutánea. <b>Fundamentación teórica:</b> El profesional de Enfermería durante su labor en el cuidado de pacientes críticos al realizar la valoración del neonato debe conocer los factores de riesgo y las consecuencias que involucra la sepsis, dado que ésta repercute sobre la integridad de la piel, por lo cual la enfermera/o debe ofrecer cuidados individualizados y efectivos.	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: Integridad tisular: piel y membranas mucosas		Puntuación diana: 15
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(110101) Temperatura de la piel	3	4
(110111) Perfusión tisular	2	3
(110113) Integridad de la piel	3	4
<b>Escala de medición:</b> 1= Gravemente comprometido 2= Sustancialmente comprometido 3= Moderadamente comprometido 4= Levemente comprometido 5= No comprometido		

<b>Tabla 5. Plan de cuidados de Enfermería</b>		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00205) Riesgo de Shock R/C Sepsis neonatal E/P síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (4250) Manejo del shock (4260) Prevención del shock (6680) Monitorización de los signos vitales (4130) Monitorización de líquidos (7690) Interpretación de datos de laboratorio	<b>Necesidad alterada:</b> 9) Evitar peligros / seguridad <b>Fundamentación teórica:</b> Basado en la Teoría de V. Henderson, esta necesidad hace referencia a que la perfusión tisular inadecuado puede provocar el mal funcionamiento de los órganos sistémicos en pacientes con shock séptico que necesitan de un aporte ventilatorio adecuado, lo cual se puede evitar mediante la vigilancia continua de la frecuencia respiratoria, profundidad, ritmo y estado ácido-base respectivamente (8). Adicional a esto, está demostrado que el profesional de Enfermería tiene la capacidad de analizar los hallazgos encontrados en la valoración clínica y comparar con los resultados de laboratorio.	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: (0708) Severidad de la infección: recién nacido		Puntuación diana: 25
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(070801) Inestabilidad de la temperatura	3	4
(070326) Aumento de leucocitos	2	3
(070811) Cianosis	3	4
(070804) Taquipnea	3	4
(070815) Distensión abdominal	3	4
(070816) Intolerancia a la alimentación	2	3
<b>Escala de medición:</b> 1= Grave 2= Sustancial 3=Moderado 4= Leve 5=Ninguno		

<b>Tabla 6. Plan de cuidados de Enfermería</b>		
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA):</b> (00136) Duelo R/C muerte de la recién nacida M/P dolor y sentimiento de culpa por parte de los progenitores.		
<b>Intervención de Enfermería (NIC)</b> (5290) Facilitar el duelo (7100) Estimulación de la integridad familiar  (7140) Apoyo a la familia	<b>Necesidad alterada:</b> 10) Comunicación <b>Fundamentación teórica:</b> La enfermera/o cumple una labor humana al proporcionar apoyo emocional a la familia luego de atravesar una pérdida significativa, tomando en cuenta las cinco fases del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (9).	
<b>Evaluación (NOC)</b>		
Respuesta esperada: (1304) Resolución de la aflicción		Puntuación diana: 15
Indicadores	Pre intervención	Post intervención
(130403) Verbaliza la realidad de la pérdida	3	5
(130405) Describe el significado de la pérdida	4	5
(130406) Participa en la planificación del funeral	2	4
<b>Escala de medición:</b> 1= Nunca demostrado; 2= Raramente demostrado; 3= A veces demostrado; 4= Frecuentemente demostrado; 5= Siempre demostrado.		