

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTEGRACIÓN DEL MÉTODO SUJECIÓN POR LIGAS EN LA GUÍA DE
PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA EN
PACIENTES PEDIÁTRICO CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR EN
EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN. CALLAO. 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

FLOR DE MARIA PÉREZ JIMÉNEZ

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 166-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	6
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	11
2.2 Bases Teóricas	12
2.2.1. Teoría del Confort Katherine Kolcaba	12
A.- Ámbito de aplicación: ámbito Comunitario	13
B. Metaparadigmas:	13
<ul style="list-style-type: none">● Persona● Cuidado o Enfermería● Entorno● Salud	
C. Afirmaciones Teóricas:	13
<ul style="list-style-type: none">● Afirmación 1● Afirmación 2● Afirmación 3● Afirmación 4	
D. Supuestos	14
E. Conceptos y definiciones	14
2.3 Bases Conceptuales	15
2.3.1. Displasia Broncopulmonar	15
<ul style="list-style-type: none">● Definición● Fisiopatología● Características Clínicas● Prevención Displasia Broncopulmonar● Evolución de DBP● Complicaciones asociadas a la DBP● Complicaciones Cardiovasculares● Complicaciones respiratorias y vías respiratorias● Complicaciones Gastrointestinales● Complicaciones Retraso en el Desarrollo● Tratamiento	 15 15 15 15 16 16 17 17 17 17 18

Capítulo III.	19
1.1. Datos de filiación	19
1.2. Motivo de consulta	19
1.3. Enfermedad actual	19
1.3.1. Relato de la enfermedad	19
1.4. Antecedentes	21
1.4.1 Antecedentes Perinatales	21
1.4.1.1. Antecedentes Prenatales	21
1.4.1.2. Antecedentes Natales	21
1.4.1.3. Antecedentes Postnatales	22
1.4.1.4. Inmunizaciones	22
1.4.2. Antecedentes Familiares	22
1.4.3. Antecedentes Personales	22
1.4.4. Antecedentes Socioeconómicos y culturales	22
1.5. Examen físico	22
1.5.1. Control de signos vitales	22
1.5.2. Exploración céfalo caudal	23
1.6 Exámenes auxiliares	23
1.7. Indicación terapéutica	25
1.7.1 Historial de Medicamentos	25
1.7.2. Terapéutica actual	27
1.8. Valoración según Patrones funcionales de Marjory Gordon	27
● Patrón 1: mantenimiento y percepción de la salud	27
● Patrón 2: nutricional metabólico	27
● Patrón 3: Eliminación	28
● Patrón 4: Actividad y ejercicio	28
● Patrón 5: Sueño y reposo	28
● Patrón 6: perceptivo / cognitivo	28
● Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto	29
● Patrón 8: Rol / relaciones	29
● Patrón 9: Sexualidad	29
● Patrón 10: Afrontamiento tolerancia al estrés	29

● Patrón 11: Valores y creencia	29
1.9. Esquema de Valoración	30
1.10 Diagnóstico de enfermería	31
1.10.1. Lista de hallazgos significativos	31
1.10.2. Diagnósticos de Enfermería según datos significativos	31
1.10.3. Esquema de Diagnóstico de Enfermería	33
1.11. Planificación	35
1.11.1. Esquema de Planificación	35
1.12. Ejecución y Evaluación	41
1.12.1. Registro de Enfermería	41
● Conclusiones	47
● Recomendaciones	48
● Referencia bibliográficas	49
● Anexos	54

INTRODUCCIÓN

La displasia broncopulmonar (DBP), considerada como una enfermedad discapacitante, que afecta al tejido pulmonar en los recién nacidos prematuros (1), producto de la inmadurez pulmonar, que requiere del apoyo ventilatorio de manera asistida ya sea por una ventilación mecánica invasiva y no invasiva, el recién nacido pretérmino trae consigo muchos problemas de salud, en los diferentes sistemas como el neurológico, gastrointestinal, cardiovascular, representando en la salud pública, un problema que se da a nivel mundial y que dentro de nuestra estadística repercute en la morbimortalidad neonato e infante, los padecimientos posteriores a esta afección puede, generar secuelas repercutiendo en la vida del niño, y ya sea en el crecimiento o en el desarrollo de habilidades motoras, cognitivas que logra el niño posteriormente al nacimiento; Este proceso puede verse afectado y que puede prolongarse hasta la edad adulta; generando dependencia, muchas veces es susceptible a enfermar y a ser hospitalizado de manera recurrente, en áreas de hospitalización o unidades de cuidados intensivos, que necesariamente requieren del cuidado del grupo de profesionales (médico, nutricionista, psicóloga, tecnólogo médico (terapeuta física) y la enfermera quien es la encargada de gestionar los cuidado, a través del proceso de cuidado de enfermería. .

El trabajo académico titulado Integración del método de sujeción por ligas en la guía de procedimiento de colocación de Sonda orogástrica en el paciente pediátrico con displasia broncopulmonar en el servicio de pediatría, el trabajo desarrollado presenta un estudio de caso clínico, en paciente infante, femenino de 24 meses de edad, hospitalizada en Medicina Pediátrica del Nosocomio Daniel Alcides Carrión del Distrito del Callao, con antecedente de nacimiento prematuro, displasia broncopulmonar, disfagia y portadora de sonda orogástrica desde que nació, con abandono social, retraso neurológico, producto de la displasia broncopulmonar, la disfagia y portador de sonda orogástrica; presenta secreciones que incrementan la humedad en la cara, mucosas orogástrica, conllevando a mojar y desprender, la fijación del esparadrapo o apósito transparente, dificultando asegurar la movilización del sonda orogástrica,

La unidad de Medicina pediátrica, está dividida en dos alas pediatría I y pediatría II, cada sala cuenta con 18 camas, distribuidos en cunas para lactantes, en camas para preescolares y camas escolares, En la actualidad se ha realizado una modificación por la situación de pandemia disminuido la capacidad al 50% , frente a esta situación, aún se considera, pediatría I, sala respiratorio Covid y sala II, unidad general, con recepción de pacientes de todas las especialidades como neurocirugía cirugía general traumatología neurología, etc. Cada sala cuenta con su grupo de médicos asistentes y residentes, con respecto al personal de enfermería, se encuentra programado 13 licenciadas, 12 enfermeras especialista en enfermería pediátrica y 1 pendiente a sustentar, el trabajo académico, y 13 técnicas de enfermería; los cuidados que realizamos, es holístico y humanizado, contamos con un programa madre acompañante, fortalecemos el programa lactancia materna, a través de charlas y difundimos la lactancia materna como fuente de alimentación exclusiva, recibimos a niños desde el mes de nacido hasta los 14 años y 11 meses y 29 días, en estos tiempos de pandemia se recibió neonatos desde los 12 días de nacido con problemas respiratorios y circulatorios.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La displasia broncopulmonar (DBP) se define como la remodelación del funcionamiento pulmonar crónico, que presenta el recién nacido prematuro con bajo peso al nacer, que conlleva un alto riesgo de presentar múltiples problemas o trastornos secundarios a una displasia broncopulmonar que puede ser desfavorable en la vida del recién nacido con repercusión en el infante (2), representando la principal morbilidad respiratoria (3). Según la Organización Mundial de la salud (OMS) afirma que cada año vienen al mundo unos 15 millones de niños antes de concluir a término, es decir, más de 1 en 10 nacimientos, muchos neonatos prematuros que sobreviven, padecen algún tipo de discapacidad el resto de su vida, en especial y a menudo, discapacidades con el aprendizaje - cognoscitivo, problemas visuales, auditivos y nutricionales, y largo plazo una lesión pulmonar con implicancia en el neurodesarrollo (4), que puede ser desfavorable ocasionando hospitalizaciones frecuentes con complicaciones de neumonías repetitivas.

A nivel mundial existen diferentes organismos o sociedades que buscan homologar diferentes criterios como para definir, clasificar e intervenir y manejar las complicaciones y su repercusión, en la vida del recién nacido e infante; no obstante a al progreso en la prevención y la intervención de los cuidados de enfermería, aún sigue siendo un problema que tiene expresión clínica (5) que debe ser abordado por el equipo multidisciplinario: nutricionistas, terapeuta, pediatra-neonatólogo, psicólogo, gastroenterólogo y el neumólogo (6); el recién nacido como el infante, como consecuencia del proceso inflamatorio pulmonar puede presentar una leve disfunción pulmonar, si no se aborda adecuadamente puede repercutir, llegando a hospitalizarse, por las diferentes complicaciones y/o secuelas (7).

El paciente con antecedente de prematurez y displasia broncopulmonar, también cursa con problemas de deglución (8), estos niños que padecen de disfagia, cuando se considera el proceso de la digestión, debemos partir desde, el

funcionamiento del sistema gastrointestinal hasta la elaboración del bolo alimenticio y la deglución; en los diferentes estudios demuestran que este adelanto de nacimiento trae consigo serios daños neurológicos que perjudican el comportamiento de la alimentación en los bebés prematuros (9) y mucho de ellos tienen que usar sonda orogástrica o nasogástrica (10) estos dispositivos que servirán como vía para ingresar los alimentos y medicación, tienen que ser verificados y tener la certeza de brindar seguridad al paciente, para evitar eventos adversos (11). La motivación a realizar el presente trabajo surge a partir de un problema a nivel de la piel (dermatitis y eritema en ambas mejillas) la modificación del método de sujeción por ligas (elástico), abordado a través del proceso de cuidado de enfermería con la valoración de patrones funcionales (12) (13) el diagnóstico de enfermería se realiza, tomando la taxonomía II NANDA, la planificación y evaluación se desarrolla a través de la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) (14) y ejecución del plan de cuidados con las intervenciones de Enfermería NIC (15), que deben tener calidad de evidencia. (16)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

REITERER F, et al. (2019) “Displasia broncopulmonar en lactantes muy prematuros: evolución hasta la edad preescolar, en un único centro de Austria” Es un estudio de cohorte retrospectivo, de un solo centro, para comparar una cohorte de recién nacidos muy prematuros edad gestacional con displasia broncopulmonar (n=44) con una cohorte de niños con edad gestacional emparejados recién nacidos prematuros sin displasia broncopulmonar (n=44) con respecto a la morbilidad neonatal, la ocurrencia de infección de vías respiratorio bajas y el crecimiento hasta los 24 meses de edad corregida y la edad preescolar (17). La displasia broncopulmonar (incidencia, 11,3%) se asoció con una mayor tasa de neumonía neonatal, lo que determinó mayor tiempo en ventilación mecánica. Se puede concluir que la morbilidad respiratoria neonatal fue significativamente mayor en los niños con displasia broncopulmonar. El estudio aborda varias conclusiones una de ellas es que a través de las consultas y seguimientos que se realizaron, hubo más ingresos hospitalarios de los pacientes.

En el servicio de medicina pediátrica se observa al paciente pediátrico mayor de un mes, con antecedentes de prematurez que puede desarrollar problemas respiratorios, gastrointestinales, circulatorios, etc. pero existe la predisposición de niños que no completan el tiempo gestacional, con llevándolos a ser susceptibles y mostrar problemas de salud crónicos, al no haber logrado finalizar la madurez de sus sistemas de manera normal como: el sistema respiratorio, gastrointestinal, sistema nervioso, etc. (18) (19). .

SUDARSHAN, (2019). En su estudio “Desafíos para la alimentación, la deglución y las funciones aerodigestivas en los bebés: ¡una plataforma ardiente que necesita atención!” EEUU, Trabajo descriptivo, presenta un esquema de consideraciones comunes en dos estudios, donde hace énfasis en el entendimiento de la base científica de las implicancia y dificultades alimentarias en los pacientes pediátricos, en unidades de cuidados intensivos, que se proyecta en un incremento y que puede prosperar, con el transcurso de los años, el investigador menciona diez posibilidades que requieren una atención cuidadosa para interrumpir la prevalencia de disfagia pediátrica y concluye que sólo cuando comprendamos los mecanismos causales y de mejora de la alimentación, la deglución y las disfunciones aerodigestivas, y la causa de la variación de la práctica y el proceso, seremos capaces de modificar las estrategias para enfoques diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación adecuados para garantizar la seguridad. alimentarnos durante y después de la estancia en la UCI, no sea que corramos el riesgo de una utilización excesiva o insuficiente de los procedimientos de gastrostomía. Al final, buscamos restaurar el comportamiento humano más fundamental, la alimentación segura recomienda en una explicación clara y sencilla sobre las distintas recomendaciones de cómo abordar un paciente con disfagia, favorecerá la detección temprana de signos y síntomas para prevenir o reducir no solo las complicaciones, sino también la estancia hospitalaria, institucionalidad y gastos generales de salud, de ahí la importancia de que los cuidados de Enfermería no solo están enfocados en la alimentación, deterioro de la deglución y prevención de posibles aspiraciones (20). Podemos concluir que el cuidado de enfermería (21), no sólo se dirige al cuidado integral del paciente, sino que el profesional debe de establecer los cuidados e intervenciones basados en evidencia (22), para obtener resultados de calidad, efectivos, productivos y eficientes, mejorando la calidad de vida del paciente.

En el servicio de medicina pediátrica, es frecuente que el paciente con disfagia y deterioro de la deglución en paciente con antecedente de prematuridad y un compromiso neurológico (23)

PEREZ S., ET AL (2016) “Protocolo de seguimiento de los pacientes con displasia broncopulmonar” Barcelona. El propósito del Equipo multidisciplinario de Patología Respiratoria de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica, es elaborar un documento - protocolo que pretende servir como recomendación para los especialistas responsable de la vigilancia de los niños con DBP, compromete la participación de varios especialista ya que es un trastorno con una morbilidad asociada a aspecto nutricional, al componente neurológico y cardiovascular y que tendrá repercusión originando trastornos en el crecimiento y en el neurodesarrollo (24), en el área de pediatría del Hospital Carrión del Callao contamos con guía, pero que no hace referencia de continuar el seguimiento de pacientes con problemas displasia broncopulmonar y los estándares de calidad exigen la formulación de guías clínicas que abordan en un conjunto al paciente. (25)

GUERRERO M., (2018) San Luis Potosí. “Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz”, dicho trabajo tiene como objetivo, desarrollar un PCE en el recién nacido pretérmino con patrón respiratorio ineficaz asociado con problemas broncopulmonares, aplicó la revisión crítica de la bibliografía en diversas plataformas de datos especializados haciendo uso de descriptores como displasia broncopulmonar, pretérmino, etc. Además aplicó la metodología del cuidado enfermería y uso de la taxonomía NANDA - NOC - NIC, se obtuvo como resultado la implementación del proceso de enfermería con resolución de un caso clínico de una recién nacida prematura, con mejoría y alta domiciliaria con programación de actividades de cuidado en domicilio.

En la unidad de pediatría del se realiza actividades de trabajo en conjunto con equipo multidisciplinario y a la vez, los cuidados del paciente con displasia broncopulmonar se aborda siguiendo el proceso de cuidado de enfermería.

SANTANA, ET AL (2019) En un estudio “Inserción de sonda gástrica en prematuros: análisis de prevalencia de técnicas de medición”. Ciudad de Río de Janeiro, estudio transversal – analítico - descriptivo, aplicado a 71 personas, entre enfermeras, residentes de enfermería y personal auxiliar, quienes aceptaron participar mediante cuestionarios autoadministrados sobre la técnica de inserción orogástrica y nasogástrica, estudio que se realizó en el hospital Universitario de Río de Janeiro, en la unidad neonatal , demostró que el personal de salud que colabora con el estudio hacen uso de diferentes técnicas que se consideró en total seis diferentes técnicas para medir la inserción de la sonda gástrica, tres de las seis técnicas de inserción no se encuentran en la literatura y recomienda el estudio inminente ya que la mayoría de procedimientos se deriva de la práctica clínica de adulto, el estudio concluye que el personal de enfermería, una emplean diferentes técnicas para medir la longitud de la inserción de la sonda, menciona además que las técnicas empleadas no tienen respaldo por pruebas científicas. (26)

En nuestro Hospital Daniel Alcides Carrión, cuenta con una guía procedimientos, que data del 2006, que requiere ser reformulada, considerando las características de los pacientes pediátricos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Mejía B.,(2017) Lima “Atención de Enfermería a neonato con displasia Broncopulmonar” Estudio descriptivo aplicando el estudio de caso como metodología aplicando el PCE a un recién nacido pretérmino extremo, mujer de 29 semanas de vida que fue admitida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Cayetano Heredia por presentar DBP. El estudio concluye que la enfermera interviene en forma continua y es precisa con el cuidado, favoreciendo su protección y disminuyendo el riesgo (27).

El trabajo en la medicina pediátrica es continuo, mediante el relevo, asumiendo los diferentes problemas que puede darse en los pacientes, el

personal de enfermería aplica formatos contemplando el proceso de cuidado de enfermería.

Gómez J., (2016) Lima “ Plan de cuidados de enfermería en prematuros con enfermedad de membrana hialina” estudio descriptivo aplicando el proceso de cuidado de enfermería, en un recién nacido prematuro de 31 semanas quien ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico médico membrana hialina, durante el cuidado de enfermería se obtuvo diagnósticos de enfermería por dominios abordando problemas relacionados con la taxonomía diagnóstica alterados para problemas respiratorios y nutricional. El trabajo efectuado en la unidad de pediatría se considera diagnósticos relacionados con el trabajo encontrado.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría del Confort KATHARINE KOLCABA (Cleveland Ohio)

La Teoría del Confort fue desarrollada por Kolcaba en la década de 1990, que continúa perfeccionándola. En su teoría, ha definido tres tipos de confort: alivio, facilidad y trascendencia. El alivio como la eliminación de una molestia, la facilidad como la ausencia de malestar y cuando no se puede eliminar la molestia es considerada como trascendencia. En la teoría de la comodidad, el concepto de comodidad se produce dentro de cuatro contextos de experiencia: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, Kolcaba ha definido la comodidad como " el estado inmediato de ser fortalecido a través de tener las necesidades humanas de alivio, facilidad y repercusión abordadas en cuatro escenarios de experiencia (físico, ambiental, sociocultural y psicoespiritual) " (28), observado desde el punto de vista teórico, involucra estimar cuatro contextos: el físico (relativo a la sensación de comodidad del propio cuerpo); el psico - espiritual (conciencia interna de bienestar, incluyendo el amor propio, autoconcepto, secularidad); ambiental (causas externos incluyendo el ambiente), y el sociocultural (concerniente a relaciones interpersonales, allegados íntimos

y comunitario) (29), que debe ser abordado de manera holística el paciente, familia y comunidad.

Según Brando y Dos Santos (2019) la enfermería es una profesión que tiene funciones propias y específicas, en búsqueda del confort, para el cual el desarrollo de prácticas de cuidado, educación, gestión e investigación, orientadas a la excelencia del cuidado de la salud de la persona hospitalizada, atención ambulatoria, domiciliaria y comunitaria. (30)

A. Ámbito de aplicación

A.1. Ámbito Comunitario / Hospitalario

En la teoría del confort de Kolcaba, los receptores de las medidas de confort, pueden ser el paciente según la etapa de vida, la persona según la condición social, estudiantes, interno de la penitenciaría, etc. dentro de un estatus o rol que cumple, por ende se entiende que la Teoría de Katherine Kolcaba, su ámbito de aplicación está dirigida a la persona, la familia y la sociedad, para cumplir así las exigencias de salud a lo largo del ciclo vital y a nivel hospitalario en todas las unidades y dependencias, donde un paciente requiere de atención y cuidado. (31)

B. Metaparadigmas

B.1 Persona: Considera al ser, familias, colectivos o agrupaciones que necesitan asistencia sanitaria.

B.2 Cuidado o Enfermería: Priorización de los problemas de la comodidad, considera, el plan de cuidados, para satisfacer, necesidad de comodidad y la revaloración de los niveles de colaboración.

B.3 Entorno: es cualquier aspecto externo e interno que pueda modificar el Confort

B.4 Salud: Rendimiento ideal del paciente, familia, profesional de la salud o colectivo o sociedad.

C. Afirmaciones Teóricas:

Afirmación 1: Las intervenciones eficaces aumentan el confort en el receptor, los cuidadores también pueden ser receptores dependiendo del nivel de compromiso de la institución. Las intervenciones de Confort abordan las necesidades básicas como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos.

Afirmación 2: El confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud.

Afirmación 3: La mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas de salud

D. Supuestos:

- Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos completos.
- La comodidad es un objetivo holístico.
- El confort es una necesidad humana básica.
- Los pacientes están autorizados a participar en estas conductas de busque de salud.
- El aumento de comodidad, favorece al cuidado de la salud.
- La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientados a los receptores de los cuidados.

E. Conceptos y definiciones:

1. Necesidad de cuidado de la salud
2. Intervención de enfermería
3. Variables de intervención
4. Confort
5. Conductas de búsqueda de salud
6. Hospital Integridad institucional
7. Prácticas recomendadas

8. Políticas recomendadas

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Displasia Broncopulmonar

A. Definición

La displasia broncopulmonar descrita por primera vez 1967, en recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria grave (32), se produce por el desarrollo anormal del tejido pulmonar. Esta enfermedad se caracteriza por la inflamación y cicatrización de los pulmones. Es más común afecta en bebés prematuros con pulmones inmaduros, que tiene una remodelación celular puede ser los bronquiolos (las vías respiratorias más pequeñas) y los alvéolos, dificultando la respiración y provocando problemas en la función pulmonar. (33) (34), posteriormente, se puede expandir por exposición posparto, como barotrauma, exposición al oxígeno, etc. (35)

B. Fisiopatología

El pulmón inmaduro está sujeto a factores ambientales perjudiciales que provocan la detención del desarrollo pulmonar y vascular pulmonar normal.

Los factores de riesgo para el desarrollo de la displasia broncopulmonar incluyen: infección prenatal o posnatal, exposición a oxígeno suplementario (lesión por estrés oxidativo), por ventilación mecánica (lesión pulmonar inducida por el ventilador), susceptibilidad genética. (36)

C. Características Clínicas

La DBP constituye una enfermedad pulmonar crónica de creciente prematuridad, que se caracteriza por lo siguiente

- Menos alvéolos, más grandes y simplificados
- Disminución del número de vasos sanguíneos pulmonares y lechos capilares

- Fibrosis variable y sobre crecimiento del músculo liso
- Clínicamente, los bebés y niños con BPD muestran síntomas respiratorios que incluyen taquipnea, retracciones, aumento del trabajo respiratorio y disminución de los niveles de saturación de oxígeno (hipoxemia).
- Funcionalmente, los volúmenes pulmonares se reducen y desarrollan una broncoreactividad, así como una obstrucción de las vías respiratorias con atrapamiento de aire (hiperinsuflación). (37)

D. Prevención Displasia Broncopulmonar : Centrados en los factores maternos y fetales

- La madre y el feto deben recibir una atención óptima antes del embarazo y del parto, con el manejo de las condiciones maternas, la prevención de la prematuridad, y evitar la infección.
- Los corticosteroides prenatales reducen la mortalidad, inducen la maduración de los pulmones, y reducen los factores de riesgo de BPD. Sin embargo, los datos que demuestran la prevención del BPD son menos claros.
- El enfoque inicial de la UCIN para la prevención del BPD es apoyar la insuficiencia respiratoria y al mismo tiempo evitar lesiones pulmonares inducidas por el ventilador y el oxígeno y extubación temprana.
- La terapia de surfactantes ha revolucionado la enfermedad pulmonar neonatal a través de mejorar la mecánica pulmonar y la supervivencia temprana. (37)

E. Evolución DBP

- El manejo del BPD en la UCI está dirigido a minimizar las lesiones pulmonares continuas (inducida por oxígeno y ventilador), evitando la infección, y optimizando nutrición y crecimiento.
- El uso rutinario de esteroides sistémicos se ha visto limitado por resultados adversos en el desarrollo neurológico. (37)

F. Complicaciones Asociadas al BPD

El BPD afecta a muchos sistemas de órganos, lo que resulta en complicaciones sistémicas. Si bien la incidencia de las comorbilidades médicas es mayor en los primeros años después del nacimiento, pueden persistir complicaciones a largo plazo

Complicaciones cardiovasculares

- Hipertensión pulmonar
- Cor pulmonale
- Estenosis de la vena pulmonar (adquirida)
- Hipertensión sistémica
-

Complicaciones Respiratorias y vías respiratorias

- Malestar de las vías respiratorias
- Estenosis de las vías respiratorias
- Daño o estenosis glótica y/o subglótica
- Aspiración
- Susceptibilidad a las infecciones bacterianas y/o virales
- Reactividad de las vías respiratorias y/o sibilancias

Complicaciones Gastrointestinales

- Reflujo gastroesofágico
- Intolerancia alimentaria
- Aversión oral
- Estreñimiento

Complicaciones Metabólicas

- Falta de crecimiento o crecimiento deficiente
- Osteopenia
- Deficiencia de hierro
- El cerebro y el desarrollo neurológico

Complicaciones Retrasos en el desarrollo

- Motores, cognitivos, del habla y déficit del lenguaje

- Estrabismo
- Retinopatía del prematuro
- Pérdida de audición (37)

G. Tratamiento:

- Examen físico completo, que incluya la evaluación de la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el nivel de saturación de oxígeno, análisis de gases en sangre y la radiografía de tórax
- La terapia con broncodilatadores puede ser beneficiosa para la obstrucción aguda de las vías respiratorias; sin embargo, muchos pacientes no responderán y no demostrarán ninguna mejora en el flujo de aire.
- Manejo de ruidos ambientales.
- Manejo de tiempo prolongados de broncodilatadores

CAPÍTULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombres : I.Ch.M.G.
Lugar : Bellavista
Fecha de nacimiento : 06/07/2018 (ESSALUD SABOGAL)
Madre : R.E.Ch.P. (Fallecida)
Dirección : Calle Abraham Valdelomar 147 –
Urb. Maranga – San Miguel
Edad : 2 año 1 mes
Historia Clínica : 1742422

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

- Fecha de Ingreso al Hospital: 26.11.2018; por Emergencia de Pediatría, procedente de ESSALUD SABOGAL, por no contar con Seguro EsSalud.
- Fecha de Ingreso al Servicio de UCI Pediátrica I: 26.11.2018.
- Fecha de Ingreso al Servicio de Pediatría I: 05.01.2019
- Fecha de Ingreso al Servicio de Pediatría II: 10.03.2020 hasta la actualidad

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

- **TE** : 2 años
- **Inicio** : Insidioso
- **Curso** : Progresivo
- **Síntomas y signos principales:**

RELATO DE LA ENFERMEDAD:

- Paciente mujer de 2 años 1 mes de edad, producto de tercera gestación de madre de 34 años; nacida por cesárea de emergencia por sufrimiento fetal agudo (madre en status asmático falleció post RCP 10 minutos), en Hospital Sabogal a las 29 semanas de edad gestacional. El APGAR al minuto fue 2, a los cinco minutos fue 3 y a los diez minutos fue 5. Fue hospitalizada en UCI neonatal del mismo hospital por depresión al nacer desde el 06/07/18 al 26/11/18. Durante su estancia, cursa con

neumotórax al segundo día de vida, el cual es tratado con TDT y resuelve en 10 días; además cursó con sepsis intrahospitalaria por la cual recibió Vancomicina e Imipenem durante 6 días, con control de hemocultivo y urocultivo negativo (02/11/18). Al ya no contar con seguro EsSalud, es transferida a HNDAC el día 26/11/18.

- Se recibió en UCI Pediátrica; donde permaneció del 26/11/18 hasta el 05/01/19 con diagnósticos de: Displasia Broncopulmonar, trastorno de succión – deglución, antecedente de distrés respiratorio y RNPT de 29 semanas AEG, MBPN. Al estabilizarse lo suficiente, es transferida a la hospitalización de Pediatría I, cama 2118, portadora de sonda orogástrica con sujeción del método payasito y técnica sujeción con liga (hilo y esparadrado en las mejillas), presentando secreciones blanquecinas tipo mucoide, abundantes, al estornudar, toser y al estímulo táctil, con aspiración de secreciones a demanda, con apoyo de oxígeno por casco cefálico, progresando favorablemente a cánula binasal a 3 litros por minuto que gradualmente se suspende y queda a oxígeno ambiental, hasta el día 18/01/19 en el cual se le da de alta médica, con familiares tía materno, con instrucción en la administración de alimentos por sonda enteral orogástrica y aspiración de secreciones.

- Reingresa al HNDAC por emergencia el día 20/01/19, por presentar tos, rinorrea verde, asociada a fiebre (T 39°C). Al ingreso FC 118 x', FR 44 x', peso 3370 g (al alta peso 3600 g). Se solicitan exámenes: hemograma 20 680 leucocitos a predominio de neutrófilos; PCR 0.31, Urea 107g/dL, Creatinina 0.69g/dL, TFG 34,6 ml/m²/h. Durante su estancia en emergencia fue evaluada por UCI pediátrica donde indican que no tiene criterios de hospitalización en su servicio y por nefrología que recomienda monitoreo de diuresis, además diagnóstica falla renal aguda por hipoperfusión. Permanece en observación de pediatría de emergencia por dos días, con diagnósticos de insuficiencia renal aguda (prerenal), deshidratación moderada, rinosinusitis probable, displasia broncopulmonar, trastorno de la succión y de la deglución, anemia leve. Luego es transferida a la hospitalización de Pediatría I donde permanece hasta el 04/07/19, por presentar un cuadro neumónico.

- El día 04/07/19 reingresa a UCI Pediátrica; donde permaneció hasta el 20/07/19 con diagnósticos de neumonía intrahospitalaria, displasia broncopulmonar. Recibiendo tratamiento antibiótico con Ceftazidima (120 mg/kg/día) y Vancomicina (40 mg/kg/día) por 9 días por EV, luego se pasó a VO Cefuroxima (30 mg/kg/día) por 3 días, además de nebulizaciones, corticoides sistémicos e inhalados. Al estabilizar es transferida a Pediatría I donde permanece, afebril, hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio. Se alimenta con fórmula mediante sonda nasogástrica. Persiste con abundantes secreciones en cavidad oral y nasal, que requieren aspiración a demanda, además

presenta eritema y lesión costrosa en ambas mejillas. Recibe tratamiento broncodilatador y corticoides inhalados; el balance hídrico se vigila estrictamente, así como su saturación, hasta la actualidad ella permanece en la unidad de pediatría.

- En enero del 2020 presenta una recurrencia con fiebre y Rx. Tórax compatible con Neumonía por lo que se instaura tratamiento antibiótico el 3 de enero con mejoría franca, y tratamiento en curso.

- El día 5/03/2020, paciente es dado de alta para ser transferido a albergue. Al llegar, presenta cuadro febril, aumento de dificultad respiratoria, aumento de secreciones, saturaciones de oxígeno por debajo de sus parámetros basales.

- Paciente retorna a piso de hospitalización. Persiste febril, con aumento de dificultad respiratoria. Cursa con residuo gástrico porráceo, con necesidad de apoyo ventilatorio. Radiografía de tórax con aparente consolidación. Se inicia terapia con Ceftriaxona y Clindamicina; asociado medicación de soporte. Recibe aproximadamente por 3 días, sin mejoría franca; por lo que se decide rotar la ceftriaxona por Ceftazidima. Se mantiene Clindamicina. Recibe esta terapia doble por aproximadamente 2 días, sin mejoría franca.

- Evaluada el día 10/03/2020 por Infectología, quien indica tratamiento con Meropenem, es transferida a la pediatría II cama 2131, como medidas de prevención, por pandemia Covid-19, afebril.

- Paciente desde el 12 de Marzo, ventila espontáneamente, sin apoyo oxigenatorio, que requieren aspiración a demanda, aún presenta disfagia oral, pobre deglución, tolerando vía enteral y ganancia irregular de peso. Recibe tratamiento con corticoides inhalado Budesonida 200 mcg. cada 12 horas, vitamina ACD, y kit cal y omeprazol más bicarbonato de sodio ; el balance hídrico se vigila estrictamente, así como su saturación, persiste desnutrición, portadora de sonda orogástrica con sujeción por ligas, no se evidencia lesión en las mejillas, hasta la actualidad ella permanece en la unidad de pediatría, en espera de procedimiento de gastrostomía para alimentación, familiares materno no acuden, paciente es considerada como abandono social, en coordinaciones para ser transferida a instituto de bienestar de salud (albergue).

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

1.4.1.1. PRENATALES: G: 3, P: 2103, CPN: Familiar no refiere, Infecciones Materna: No refiere.

1.4.1.2. NATALES: EG: 29 semanas, Parto Cesárea de Emergencia, Sufrimiento Fetal Agudo; (madre en status asmático falleció post RCP 10 minutos), en

Hospital EsSalud Sabogal a las 29 semanas de edad gestacional. El APGAR al minuto fue 2, a los cinco minutos fue 3 y a los diez minutos fue 5; PN: 1106 gr, T: 38 cm.

1.4.1.3. POST-NATALES: Prematuridad, secuela de asfixia neonatal, depresión respiratoria al nacer, hospitalizada en uci neonatal por recién nacido pre término (RNPT), asfixia neonatal y sepsis; al 2 día presentó neumotórax tratada con drenaje torácico y resuelto en 10 días y UCI pediátrica (6 meses, al año) por neumonía y sepsis recurrente, falla renal aguda a los 18 meses de nacida, con vacunas incompletas, reflejo de deglución, portador de sonda orogástrica para alimentación, desnutrición, retraso en el habla, hipotonía,

1.4.1.4. INMUNIZACIONES:

Falta completar esquema de Vacunación.

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Madre fallecida, padre interno de instituto penitenciario, abuela materna alcohólica, tía materna manifiesta padecer de cáncer; familiares paternos no se conoce.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Cuenta con DNI.

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

- Paciente tributaria del seguro integral de salud (SIS), quien cubre medicamentos, alimentación, considerada en abandono social.
- Respecto a materiales de aseo y pañales es cubierto por donaciones de personal médico y familiares de otros pacientes
- Paciente con trámite para transferencia a albergue, después de colocar gastrostomía.

1.5. EXAMEN FÍSICO

1.5.1 Control de signos vitales

- **Frecuencia Cardíaca** : 120 x'
- **Frecuencia Respiratoria** : 40 x'
- **Temperatura** : 36.7 °C
- **Saturación de Oxígeno** : 95%
- **Peso** : 5, 400Kg

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

- Paciente en decúbito dorsal pasivo, aparente regular estado general, regular estado de hidratación, mal estado de nutrición, ventila espontáneamente, con sonda orogástrica, se aspira secreción
- **Piel:** tibia, elástica, hidratada, elástica, llenado capilar < 2". Palidez, no ictericia, no edema.
- **Tórax y Pulmones:** Tórax simétrico, amplexación conservada, leve tiraje subcostal. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, roncales difusos
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos regulares, no soplos.
- **Abdomen:** blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no dolorosos.
- **Genitourinario:** No globo vesical
- **Gastrointestinal:** Evacuación diaria, con patrón establecido
- **Locomotor:** moviliza 4 extremidades, tono y trofismo disminuido.
- **Neurológico:** Despierta, reactiva al estímulo, no signos meníngeos, con sonda nasogástrica, hipotonía generalizada, retardo de desarrollo psicomotor

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

HEMOGRAMA	28.10.2019	02.01.2020	13.01.2020
Leucocitos	16440	18250	11940
neutrófilos	11410	11310	5200
bastoncitos	2%	2%	2%
linfocitos	24%	5660	5540
eosinófilos	0%	-	490
monocitos	7%	610	690
basófilos	0%	50	20
hemoglobina	12	11	10.3
hematocrito	37.3 %	35.1%	32.7 %

plaquetas	245000	350000	231000
------------------	--------	--------	--------

	28.10.2019	02.01.2020	13.01.2020
PCR	1.88 mg/dl	0.55 mg/dl	4.03 mg/dl

ORINA COMPLETA	Color	Densidad	Cel. epitel	Leucoci	Hemat	Cristales ácido úrico	Gérmenes
19.02.2019	amarillo ligeramente turbio	1020	0-1	3-6	30-35	1+	Escaso

Perfil de Coagulación	Tiempo de Protrombina	INR	Tiempo de Trombina	Tromboplastina
13.04.2019	13.9 s	1.01	13.9 s	27.6 s

EXAMEN	FECHA	RESULTADO
UROCULTIVO	19.02.2019	NEGATIVO
VIH	08.03.2019	No Reactivo
VDRL	08.03.2019	No Reactivo
PCR TOS FERINA	18.02.2019	NEGATIVO
IFI VIRAL	19.02.2019	Negativo a todo
REACCIÓN INFLAMATORIA	29-10-2019	NEGATIVO
UROCULTIVO	08.01.2020	NEGATIVO

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

1.7.1. HISTORIAL DE MEDICAMENTOS USADOS

FÁRMACO RECIBIDO	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	FECHA DE INICIO Y TÉRMINO	DÍAS TOTALES
Vancomicina	35mg	c/6h	EV	(28 nov – 13 dic)	15 días
Meropenem	100mg	c/8h	EV	(28 nov – 13 dic)	15 días
Ceftriaxona	300mg	c/24h	EV	(21 ene – 30 ene)	9 días
Ceftazidima	180mg	c/8h	EV	(21/feb – 06/marzo 2019)	13 días
Oxacilina	180mg	c/6h	EV	(21/feb – 06/marzo 2019)	13 días
Ceftriaxona	200mg	c/12h	EV	(Desde el 21 de marzo 2019)	
Clindamicina	40mg	c/6h	EV	(Desde el 21 de marzo 2019)	
Vancomicina	50mg	c/6h	EV	(04 julio – 12 julio 2019)	9 días
Ceftazidima	150mg	c/6h	EV	(04 julio – 12 julio 2019)	9 días
Cefuroxima	250mg/5ml 1.5 ml	c/12h	VO	(13 jul – 15 julio 2019)	3 días

Vancomicina	50 mg	c/6h	EV	(20 set - 27 set 2019)	8 días
Meropenem	100mg	c/8h	EV	(20 set - 27 set 2019)	8 días
Vancomicina	55 mg	c/6h	EV	(inicia 03 enero – 17/01/ 2020)	14 días
Meropenem	85 mg	c/8h	EV	(inicia 03 enero – 17/01/ 2020)	14 días
Ceftriaxona	400mg	c/12h	EV	(06/03 – 08/03/2020)	3 días
Clindamicina	60mg	c/6h	EV	(06/03 – 10/03/2020)	5 días
Ceftazidima	260mg	c/6h	EV	(08/03-10/03/2020)	3 días
Meropenem	100mg	c/8h	EV	(10/03 – 24/03/2020)	15 días
Budesónida	1 puff	c/12h		Hace 1 año y medio	
Nebulización	con salbutamol 0,5% + 4ml SF 3%	c/2h		Desde que 26/11/18 hasta marzo 2020	-
Nebulización	con 4ml SF 3%	c/4h		Desde marzo 2020 hasta junio 2020	-
N-acetilcisteína	100 mg	c/6h	SOG	(08/03-20/03/2020)	

Omeprazol 20 mg + Bicarbonato de sodio 1 amp.	4.5 ml	c/12 h	SOG	Hasta la actualidad	
---	--------	--------	-----	---------------------	--

1.7.2. TERAPÉUTICA ACTUAL (Agosto 2020)

- Pediasure 14% + módulo calórica al 4% + aceite vegetal 2%: 100 cc por 7 tomas.
- Omeprazol 20 mg + bicarbonato de sodio 20 ml: 4.5ml c/12h por sonda orogástrica
- Vitamina ACD 1 ml c/24 hora por SOG
- Kit Cal 2 ml c/12 h por SOG
- Lactulosa 3.33:5ml c/12h por SOG
- Paracetamol 50 mg por sonda orogástrica PRN T° > 38°C
- Permeabilización de fosas nasales con solución fisiológica c/4h
- Budesónida 1 puff c/12h por aerocámara
- Aspiración de secreciones a demanda
- Medir residuo gástrico
- Cambio postural
- O2 por cánula binasal para mantener saturación O2 >92%
- Posición sentada
- BHE, CFV, OSA.

1.8. VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

● PATRÓN 1: MANTENIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Paciente femenino, con antecedente de prematuridad, con displasia broncopulmonar, trastorno de la deglución, alerta, con retraso en el habla, con buen estado de higiene, no hay antecedente de alergias, con vacunas incompletas, con neumonía recurrentes, con coordinación para ser transferida a un albergue después de la colocación de gastrostomía, con tratamiento medicamentoso por sonda orogástrica actualmente con alto riesgo de caídas 16 puntos según la escala Humpty Dumpty, cuenta con seguro integral de salud

● PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO

Paciente con estancia prolongada, concursa afebril con piel tibia, húmeda, con palidez marcada, se observa adelgazada, cuenta con un peso de 5,400 kg y con talla 54cm , con cavidad oral de características normales, como mucosa oral húmeda, presenta sialorrea, muestra arcadas durante la administración de la fórmula enteral, se evidencia pobre deglución y regurgitación, por momentos náuseas, Con abdomen blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes recibe nutrición enteral de fórmula polimérica más módulo calórica al 4% más aceite vegetal 2%: 100 cc por 7 tomas por sonda orogástrica con sujeción por ligas.

● PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Paciente con abdomen blando, depresible excavado no hay signos de pliegue los ruidos hidroaéreos presentes, genitales dentro de los de las características normales diuresis normal, hábitos intestinales tiene patrón evacuatorio diario presenta deposiciones grumosas, pastosas y a veces fecalomas, continúa con uso de pañal, recibe lactulosa 5 cc cada 12 horas

● PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Paciente con actividad respiratoria con una frecuencia respiratoria regular de 40 por minuto con una saturación de oxígeno de 95%, con FiO₂ al 21%, con amplexación conservada, a intervalos presenta tos con secreciones húmedas, tipo mucoide blanquecinas, no cianosis ni rubicundez, a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con roncantes difusos, con una frecuencia de pulso de 115 por minuto, rítmica con llenado capilar menor de 2 segundos no cianosis, no rubicundez, no soplos, no se observan edemas.

Según escala de Norton modificada 12 puntos (con riesgo alto) para UPP, No presenta capacidad para autocuidado requiere de ayuda del personal su movilización está sujeta al apoyo del personal hay hipotonía generalizada, retardo de desarrollo psicomotor.

● PATRÓN 5: SUEÑO Y REPOSO

Paciente con alteración en la calidad del sueño por las secreciones presentes y con la necesidad de aspirar, un aproximado de 9 horas de sueño es el que presenta el paciente. No requiere de ningún medicamento para conciliar el sueño.

● PATRÓN 6: PERCEPTIVO / COGNITIVO

Paciente con antecedente de parálisis cerebral, alerta No articular palabras con pupilas fotoreactivas no hay evidencia de problemas a nivel de visión audición.

● **PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

El estado emocional que presenta el paciente se refleja tranquilo por momentos hipoactivo irritable a la presencia de las secreciones, es indiferente alguna indicación no hay respuesta.

● **PATRÓN 8: ROL / RELACIONES**

Paciente en estado de abandono, Madre fallecida y padre interno de penal, vive en el hospital los primeros 6 meses estuvo internado en el Hospital de Salud sabogal, posterior a ello fue trasladado al hospital Carrión donde permanece hasta la actualidad, pero con coordinaciones para ser trasladado a un albergue posterior a la colocación de una gastrostomía,

● **PATRÓN 9:SEXUALIDAD**

No contributorio.

● **PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Pacientes por momentos se muestra indiferente, se le observa triste e irritable.

● **PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIA**

Paciente no profesa ninguna religión, hay ausencia de familiares.

1.9. ESQUEMA DE VALORACIÓN

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

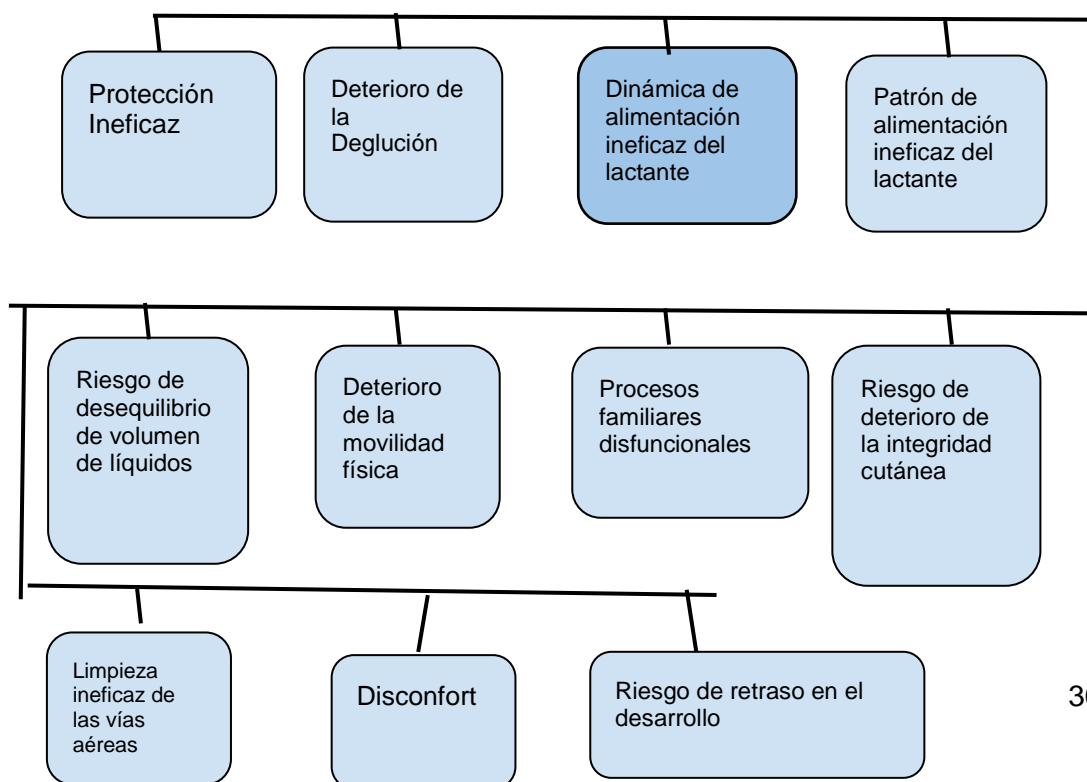
- **Piel:** Palidez, adelgazada
- **Nutrición:** Trastorno de la deglución, regurgitación, sialorrea, peso 5,400 kg, sonda orogástrica, fórmula polimérica con aporte calórico y lipídico,
- **Pulmonar:** Tos con secreciones húmedas, roncales difusos, tipo mucoide blanquecinas
- **Inmunología:** Vacunas incompletas
- **Movilidad:** Hipotonía generalizada, retardo de desarrollo psicomotor, inquietud.
- **Riesgo:** Escala Humpty Dumpty 16 pts., retraso en el habla, Norton modificada 12 puntos (con riesgo alto), antecedente de parálisis cerebral, estancia hospitalaria prolongada

INTERVENCION INTERDEPENDIENTE

Coordinar:

- Laboratorio (Bioquímica, hemograma, hemocultivo, reacción inflamatoria en heces, urocultivo, VIH,PCR, Serología, prueba rápida)
- Imágenes (Rx, TAC)
- Médico pediatra, cirujano, rehabilitación, departamento de nutrición, asesoría legal, psicología, infectólogo, farmacia.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO



1.10. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.10.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Antecedentes de prematuridad
- Deprimida al nacer con ventilación mecánica Apgar al minuto 3 a los cinco minutos 5
- Dx. Médico Displasia broncopulmonar
- Trastorno de la deglución
- Vacunas incompletas
- Neumonías recurrentes
- Ausencia de familiares, madre fallecida y padre interno en penitenciaría
- Portador de sonda orogástrica
- Escala Humpty Dumpty 16 puntos
- Adelgazada
- Peso 5,400 kg
- Sialorrea
- Pobre deglución y regurgitación
- Nutrición polimérica por SOG
- Presenta tos con secreciones húmedas abundantes
- Roncantes difusos
- Escala de Norton modificada 12 pts (riesgo alto) para UPP
- Hipotonía generalizada

1.10.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de prematuridad - Deprimida al nacer con ventilación mecánica Apgar al minuto 3 a los cinco minutos 5 - Antecedente de DBP - Trastorno de la deglución - Vacunas incompletas - Neumonías recurrentes - Ausencia de familiares, madre fallecida y padre interno en penitenciaría - Portador de sonda orogástrica - Escala Humpty Dumpty 16 puntos - Adelgazada - Peso 5,400 kg 	<p>Dominio: 1 Clase: 2 Concepto: protección Código diagnóstico: 00043 Revisado: 2017</p> <p><i>Protección ineficaz r/c población de riesgo edad extrema, régimen terapéutico e/ p enfermedad crónica.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Portador de sonda orogástrica - Adelgazada - Peso 5,400 kg - Sialorrea - Pobre deglución y regurgitación - Nutrición polimérica por SOG 	<p>Dominio: 2 Clase: 1 Concepto: deglución Código diagnóstico: 00103 Revisado: 2017</p> <p><i>Deterioro de la deglución r/c población de riesgo prematuridad y problema asociado reflujo gastroesofágico e/p pobre deglución y regurgitación</i></p>

- Hipotonía generalizada	
<ul style="list-style-type: none"> - Portador de sonda orogástrica - Adelgazada - Peso 5,400 kg - Sialorrea - Pobre deglución y regurgitación - Nutrición polimérica por SOG - Hipotonía generalizada - Transición inadecuada a los alimentos sólidos 	<p>Dominio: 2 Clase: 1 Concepto: dinámica de alimentación Código diagnóstico: 00271 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Dinámica de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p transición inadecuada a los alimentos sólidos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Portador de sonda orogástrica - Adelgazada - Peso 5,400 kg - Sialorrea - Incapacidad para coordinar la deglución (Pobre deglución y regurgitación) y la respiración - Nutrición polimérica por SOG - Hipotonía generalizada 	<p>Dominio: 2 Clase:1 Concepto: patrón de alimentación Código diagnóstico: 00107 Revisado: 2006 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p Incapacidad para coordinar la deglución (Pobre deglución y regurgitación) y la respiración</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sialorrea - Pobre deglución y regurgitación - Nutrición polimérica por SOG - Regurgitación - Presenta tos con secreciones húmedas abundantes - Roncantes difusos 	<p>Dominio: 2 Clase: 5 Concepto: equilibrio de volumen de líquidos Código diagnóstico: 00025 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c pérdida activa de líquidos (sialorrea, regurgitación)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Adelgazada - Peso 5,400 kg - Antecedentes de prematuridad - Deprimida al nacer con ventilación mecánica Apgar al minuto 3 a los cinco minutos 5, antecedente de secuela neurológica. 	<p>Dominio: 4 Clase: 2 Concepto: movilidad Código diagnóstico: 000 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Deterioro de la movilidad física r/c retraso en el desarrollo e/p Antecedentes de prematuridad</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de familiares, madre fallecida y padre interno en penitenciaría - Estancia hospitalaria prolongada - Considerada caso legal – abandono social - Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción 	<p>Dominio: 7 Clase:2 Concepto: procesos familiares Código diagnóstico: 00063 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Procesos familiares disfuncionales r/c población de riesgo antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias e/p Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción</i></p>
- Deprimida al nacer con ventilación	Dominio: 11

<p>mecánica Apgar al minuto 3 a los cinco minutos 5, antecedente de secuela neurológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Norton modificada 12 pts (riesgo alto) para UPP - Hipotonía generalizada 	<p>Clase: 2 Concepto: integridad cutánea Código diagnóstico: 00047 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Riesgo de deterioro de integridad cutánea r/c secreciones broncopulmonares, humedad (sialorrea)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sialorrea - Pobre deglución y regurgitación - Nutrición polimérica por SOG - Presenta tos con secreciones húmedas abundantes - Roncantes difusos - Vacunas incompletas - Neumonías recurrentes - Aspiración de secreciones a demanda 	<p>Dominio: 11 Clase: 2 Concepto: limpieza de las vías aéreas Código diagnóstico: 00031 Revisado: 2017</p> <p><i>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c problemas asociados exudado alveolar (DBP) e/p presenta tos con secreciones húmedas abundantes, roncantes difusos</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Estancia hospitalaria prolongada - Ausencia de familiares, madre fallecida y padre interno en penitenciaría - Ausencia de familiares, madre fallecida y padre interno en penitenciaría - Portadora de sonda orogástrica - Procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos. 	<p>Dominio: 12 Clase: 1 Concepto: confort Código diagnóstico: 00214 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Disconfort r/c problemas asociados: régimen terapéutico, síntomas relacionados con la enfermedad e/p procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica DBP - Retraso en el desarrollo (retraso global, físico y psicológico) - Prematuridad. 	<p>Dominio:12 Clase: Concepto: Código diagnóstico: 000 Revisado: 2017 Riesgo de retraso en el desarrollo r/c problemas asociados: enfermedad crónica, retraso en el desarrollo.</p>

1.10.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
Protección ineficaz	población de riesgo edad extrema, régimen terapéutico	enfermedad crónica	Protección ineficaz r/c población de riesgo edad extrema, régimen terapéutico e/p enfermedad crónica
Deterioro de la deglución	población de riesgo prematuridad y problema asociado reflujo gastroesofágico	pobre deglución y regurgitación	Deterioro de la deglución r/c población de riesgo prematuridad y problema asociado reflujo gastroesofágico e/p pobre deglución y regurgitación
Dinámica de alimentación ineficaz del lactante	población de riesgo prematuridad	transición inadecuada a los alimentos sólidos	Dinámica de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p transición

			inadecuada a los alimentos sólidos
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	población de riesgo prematuridad	Incapacidad para coordinar la deglución (Pobre deglución y regurgitación) y la respiración	Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p Incapacidad para coordinar la deglución (Pobre deglución y regurgitación) y la respiración
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	pérdida activa de líquidos (sialorrea, regurgitación)		Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c pérdida activa de líquidos (sialorrea, regurgitación)
Deterioro de la movilidad física	retraso en el desarrollo	Antecedentes de prematuridad	Deterioro de la movilidad física r/c retraso en el desarrollo e/p Antecedentes de prematuridad
Procesos familiares disfuncionales	población de riesgo antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias	Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción	Procesos familiares disfuncionales r/c población de riesgo antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias e/p Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción
Riesgo de deterioro de integridad cutánea	secreciones broncopulmonares, humedad (sialorrea)		Riesgo de deterioro de integridad cutánea r/c secreciones broncopulmonares, humedad (sialorrea)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	problemas asociados exudado alveolar (DBP)	presenta tos con secreciones húmedas abundantes, roncales difusos	Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c problemas asociados exudado alveolar (DBP) e/p presenta tos con secreciones húmedas abundantes, roncales difusos
Disconfort	problemas asociados: régimen terapéutico, síntomas relacionados con la enfermedad	procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos	Disconfort r/c problemas asociados: régimen terapéutico, síntomas relacionados con la enfermedad e/p procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos.
Riesgo de retraso en el desarrollo	problemas asociados: enfermedad crónica, retraso en el desarrollo		Riesgo de retraso en el desarrollo r/c problemas asociados: enfermedad crónica, retraso en el desarrollo.

1.11. PLANIFICACIÓN

1.11.1. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Dominio: 1 Clase: 2 Concepto: protección Código diagnóstico: 00043 Revisado: 2017</p> <p><i>Protección ineficaz r/c población de riesgo extrema, régimen terapéutico e/ p enfermedad crónica.</i></p>	<p>Dominio: II Clase: H Concepto: Respuesta inmune Código diagnóstico: 0702 Revisado: 2008</p> <p>0702 Estado inmune Gravemente Comprometido a No Comprometido (1 a 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 070203 Estado gastrointestinal ● 070204 estado respiratorio ● 070208 integridad cutánea 	<p>6550 Protección contra las Infecciones (Rev. 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mantener técnicas de aislamiento respiratorio si se requiere. ● Poner en práctica precauciones universales y los cinco momentos ● Mantener un ambiente aséptico se administra la dieta de la nutrición enteral <ul style="list-style-type: none"> ● Observar los signos y síntomas de infección ● Mantener la Asepsia para el paciente de riesgo. ● Proporcionar los cuidados adecuados a la piel, inspeccionando la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y mucosas. <p>6610 Identificación de riesgos (Rev. 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Revisar los exámenes de laboratorio de control o de rutina para evaluación de riesgos. ● Instruir al personal sobre los factores de riesgo y planificar la reducción de riesgos. ● Comentar y planificar las actividades de reducción de riesgo en colaboración con el grupo de pediatría. 	<p>Paciente se encuentra hemodinámicamente estable no hay fiebre ni signos de infección</p>
<p>Dominio: 2 Clase: 1 Concepto: deglución Código diagnóstico: 00103 Revisado: 2017</p>	<p>Dominio: II Clase: K Concepto: Digestión y nutrición Código diagnóstico: 1010 Revisado: 2018</p>	<p>1050 Alimentación enteral por sonda (Rev. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar la dieta prescrita. ● Observar si la Sonda orogástrica está en una correcta posición, 	<p>La fórmula enteral administrada en horarios correspondientes es con adecuada tolerancia del paciente</p>

<p>Deterioro de la deglución r/c población de riesgo y <i>prematuridad</i> y problema asociado reflujo gastroesofágico e/p <i>pobre</i> deglución y regurgitación</p>	<p>1010 Estado de Deglución Gravemente Comprometido a No Comprometido (1 a 5) 101018 Estudio de la deglución 101014 Reflujo gástrico</p>	<p>comprobar si hay residuo gástrico antes de cada alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. 	
<p>Dominio: 2 Clase: 1 Concepto: dinámica de alimentación Código diagnóstico: 00271 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1 Dinámica de alimentación ineficaz del lactante población de riesgo e/p <i>prematuridad</i> e/p <i>transición inadecuada a los alimentos sólidos</i></p>	<p>Dominio: II Clase: K Concepto: Digestión y nutrición Código diagnóstico: 1010 Revisado: 2018 1010 Estado de Deglución Gravemente Comprometido a moderadamente Comprometido (1 a 3) 101004 Capacidad de masticación</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición (Rev. 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el estado nutricional • Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. • Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso • Ajustar la dieta según necesidades del paciente 	<p>Paciente se encuentra en terapia deglutoria, para mejorar la disfagia</p>
<p>Dominio: 2 Clase: 1 Concepto: patrón de alimentación Código diagnóstico: 00107 Revisado: 2006 Nivel de evidencia 2.1 Patrón de alimentación ineficaz del lactante población de riesgo e/p <i>Incapacidad para coordinar la deglución y regurgitación</i> y la</p>	<p>Dominio: II Clase: K Concepto: Digestión y nutrición Código diagnóstico: 1004 Revisado: 2013 1004 Estado nutricional Desviación Grave del rango normal a Sin desviación del rango normal (1 a 5) 100405 Relación peso y talla</p>	<p>1860 Terapia de deglución (Rev.2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el equipo de salud (terapeuta ocupacional y nutricionista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. • Ayudar al paciente a mantener una posición semi Fowler- Fowler. • Observar si hay signos y síntomas de aspiración. • Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas) <p>1240 Ayuda para ganar</p>	<p>Paciente, tolera la fórmula láctea, se encuentra en terapia deglutoria, para mejorar la disfagia</p>

<p><i>respiración</i></p>		<p>peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente intervalos determinados según corresponda. • Analizar las posibles causas de bajo peso corporal. • Observar si hay náuseas y vómitos. • Asegurarse de que el paciente esté sentado antes de la administración de nutrición enteral. • Administrar la nutrición enteral fraccionada si es necesario. 	
<p>Dominio: 2 Clase: 5 Concepto: equilibrio de volumen de líquidos Código diagnóstico: 00025 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c <i>pérdida activa de líquidos (sialorrea, regurgitación)</i></p>	<p>Dominio: II Clase: G Concepto: Líquidos y electrolitos Código diagnóstico: 0602 Revisado: 2013 0602 Hidratación Gravemente Comprometido a levemente Comprometido (1 a 4) 060223 Pérdida de peso</p>	<p>4180 Manejo de líquidos (Rev. 2000)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar a diario al paciente y controlar la evolución • Monitorizar signos de deshidratación (escasa turgencia cutánea, retraso en del relleno capilar, sequedad de mucosa y oliguria) • Monitorizar las entradas y salidas. • Calcular las necesidades de líquidos en función a la superficie corporal. • Usar bomba de infusión dieta enteral. • Administrar líquidos orales • Promover la integridad de la piel y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada). • Monitorizar el estado nutricional. 	<p>Paciente mantiene su peso no hay disminución, mucosa oral húmeda.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • administrar la reposición de volumen prescrita, si se requiere. 	
<p>Dominio: 4 Clase: 2 Concepto: movilidad Código diagnóstico: 000 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Deterioro de la movilidad física r/c retraso en el desarrollo e/p Antecedentes de prematuridad</i></p>	<p>Dominio: I Clase: C Concepto: Movilidad Código diagnóstico: 0208 Revisado: 2018</p> <p>0208 Movilidad Gravemente Comprometido a levemente Comprometido (1 a 4)</p> <p>020802 Mantenimiento de la posición corporal</p>	<p>4310 Terapia de Actividad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente para realizar las actividades. • Colaborar con los fisioterapeutas ocupacionales. • Enseñarle al paciente actividad física • Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en la actividad deseada 	Paciente en terapia física, por la hipotonía, y lograr control de la cabeza
<p>Dominio: 7 Clase: 2 Concepto: procesos familiares Código diagnóstico: 00063 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p><i>Procesos familiares disfuncionales r/c población de riesgo antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias e/p Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción</i></p>	<p>Dominio: VI Clase: X Concepto: Bienestar familiar Código diagnóstico: 2605 Revisado: 2013</p> <p>2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</p> <p>Nunca demostrado a siempre demostrado (1 a 5) 260502 participa en la prestación de la asistencia</p>	<p>5440 Aumentar sistemas de apoyo (Rev. 2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • determinar el grado de apoyo familiar y económico así como otros recursos <p>8100 Derivación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarse sobre las coordinaciones de derivación con el asesor legal y la asistente social. • Realizar una evaluación continua para determinar la necesidad de la derivación. • Establecer los planes de cuidados del paciente que debe de continuar en el establecimiento dónde debe ser derivado 	Paciente en diálogo con autoridades para ser transferida a casa – albergue, no hay respuesta de cuidado de familia, ya que es una familia disfuncional.
<p>Dominio: 11 Clase: 2 Concepto: integridad cutánea Código diagnóstico: 00047</p>	<p>Dominio: II Clase: L Concepto: Integridad tisular Código diagnóstico: 1101 Revisado: 2013</p>	<p>3540 Prevención de úlceras por presión (Rev. 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo escala de Braden 	Paciente mantiene una piel íntegra no signos de lesión.

<p>Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p> <p>Riesgo de deterioro de integridad cutánea r/c secreciones broncopulmonares, humedad (sialorrea)</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas Gravemente Comprometido a No Comprometido (1 a 5)</p> <p>110113 Integridad de la piel</p>	<p>modificada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el peso y los cambios de peso. • registrar el cuidado de la piel a diario. • Eliminar la humedad excesiva de la piel, causada por la presencia de la sialorrea y las secreciones bronquiales. <p>3590 Vigilancia de la Piel (Rev. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay erupciones zonas eritematosas y cualquier cambio que se pueda dar a nivel de la piel. 	
<p>Dominio: 11 Clase: 2 Concepto: limpieza de las vías aéreas Código diagnóstico: 00031 Revisado: 2017</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c problemas asociados exudado alveolar (DBP) e/p presenta tos con secreciones húmedas abundantes, roncales difusos</p>	<p>Dominio: II Clase: E Concepto: Cardiopulmonar Código diagnóstico: 0410 Revisado: 2008</p> <p>0410 estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias Desviación Grave del rango normal a desviación leve del rango normal (1 a 4)</p> <p>041007 ruidos respiratorios patológicos 041019 Tos</p>	<p>3140 Manejo de la vía aérea (Rev. 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el estado respiratorio y de oxigenación • Auscultar los sonidos respiratorios, observa la de ventilación y la presencia de ruidos adventicios • Realizar fisioterapia respiratoria. • eliminar secreciones mediante succión. • administrar tratamiento aerosol si está indicado. • administrar oxígeno unificado según corresponda si se requiere 	<p>Paciente presenta problema crónico, presenta secreciones abundantes, presenta tos, no se evidencia cianosis, ni rubicundez.</p> <p>Sin desviación 5 rango normal</p> <p>041007 ruidos respiratorios patológicos 041019 Tos</p>
<p>Dominio: 12 Clase: 1 Concepto: confort Código diagnóstico: 00214 Revisado: 2017 Nivel de evidencia 2.1</p>	<p>Dominio: V Clase: U Concepto: Salud y calidad de vida Código diagnóstico: 2010 Revisado: 2008</p> <p>2010 Estado de comodidad física</p>	<p>6482 Manejo Ambiental: confort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un ambiente en silencio. • Acudir de inmediato cuando se requiere la necesidad del paciente • Crear un ambiente tranquilo y de apoyo 	<p>Paciente es aislada, por medidas de seguridad, se brinda asistencia y estimulación sensorial música, cuentos.</p>

<p>Disconfort r/c problemas asociados: régimen terapéutico, síntomas relacionados con la enfermedad e/p procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos.</p>	<p>Gravemente Comprometido a No Comprometido (1 a 5)</p> <p>2010 Bienestar físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el paciente ● Evitar exposiciones innecesarias a corriente de aire ● Ajustar la iluminación de forma que se adopte a las actividades del paciente ● Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente. ● Vigilar la piel y prominencias óseas. 	
<p>Dominio:12 Clase: Concepto: Código diagnóstico: 000 Revisado: 2017 Riesgo de retraso en el desarrollo r/c problemas asociados: enfermedad crónica, retraso en el desarrollo.</p>	<p>Dominio: I Clase: B Concepto: Crecimiento y Desarrollo Código diagnóstico: 0110 Revisado: 2018 0110 Crecimiento</p> <p>Desviación Grave del rango normal a leve del rango normal (1 a 5) 011001 percentil de peso por edad 011001 percentil de peso por talla</p>	<p>8274 Fomentar el desarrollo: niños</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollar una relación de confianza con el paciente. ● Identificar las necesidades especiales del paciente. ● Remitir al paciente a grupos de apoyo como rehabilitación, psicología. ● Cantar, conversar ya escuchar música con el paciente 	<p>Paciente con asistencia y monitoreo del área de rehabilitación y psicología.</p>

1.12. EJECUCION Y EVALUACION

1.12.1. REGISTRO DE ENFERMERÍA:

S	Paciente no evaluable afásica, mirada expresiva
O	<p>Paciente femenino de 2 años de edad, antecedente de prematuridad, parálisis cerebral con estancia prolongada, con displasia broncopulmonar, trastorno de la deglución , alerta, con retraso en el habla, con buen estado de higiene, no hay antecedente de alergias, en estado de abandono, madre fallecida y padre interno de penal, vive en el hospital, los primeros 6 meses estuvo internado en el Hospital de EsSalud Sabogal, posterior a ello transferido al hospital Carrión, quien permanece en el área de Pediatría hospitalización , con vacunas incompletas, con neumonía recurrentes, con coordinación para ser transferida a un albergue después de la colocación de gastrostomía, con alto riesgo de caídas 16 puntos según la escala Humpty Dumpty, cuenta con seguro integral de salud, cursa afebril con piel tibia, húmeda, con palidez marcada, se observa adelgazada, cuenta con un peso de 5,400 kg y con talla 54cm , con cavidad oral de características normales, como mucosa oral húmeda, presenta sialorrea, muestra arcadas durante la administración de la fórmula enteral, se evidencia pobre deglución y regurgitación, por momentos náuseas, abdomen blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes recibe nutrición enteral de fórmula polimérica más módulo calórica al 4% más aceite vegetal 2%: 100 cc por 7 tomas por sonda orogástrica con sujeción por ligas; con actividad respiratoria con una frecuencia respiratoria regular de 40 por minuto con una saturación de oxígeno de 95%, con FiO 2 al 21%, con amplexación conservada, a intervalos presenta tos con secreciones húmedas, tipo mucoide blanquecinas, no cianosis ni rubicundez, a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, con roncales difusos, con una frecuencia de pulso de 115 por minuto, rítmica con llenado capilar menor de 2 segundos no cianosis, no rubicundez, no soplos, no se observan edemas.</p> <p>Según escala de Norton modificada 12 puntos (con riesgo alto) para UPP, No presenta capacidad para autocuidado requiere de ayuda del personal su movilización está sujeta al apoyo del personal hay hipotonía generalizada, retardo de desarrollo psicomotor. Genitales dentro de los de las características normales diuresis normal, hábitos intestinales tiene patrón evacuatorio diario presenta deposiciones grumosas, pastosas y a veces fecalomas, continúa con uso de pañal, recibe lactulosa 5 cc cada 12 horas, recibe cuidado del personal de la medicina pediátrica.</p>

<p style="text-align: center;">A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Protección ineficaz r/c población de riesgo edad extrema, régimen terapéutico e/ p enfermedad crónica. ● Deterioro de la deglución r/c población de riesgo prematuridad y problema asociado reflujo gastroesofágico e/p pobre deglución y regurgitación ● Dinámica de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p transición inadecuada a los alimentos sólidos ● Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c población de riesgo prematuridad e/p Incapacidad para coordinar la deglución (Pobre deglución y regurgitación) y la respiración ● Deterioro de la movilidad física r/c retraso en el desarrollo e/p Antecedentes de prematuridad ● Procesos familiares disfuncionales r/c población de riesgo antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias e/p Abuela con antecedente de alcoholismo - padre interno en penitenciaría, antecedente de drogadicción ● Riesgo de deterioro de integridad cutánea r/c secreciones broncopulmonares, humedad (sialorrea) ● Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c problemas asociados exudado alveolar (DBP) e/p presenta tos con secreciones húmedas abundantes, roncales difusos ● Disconfort r/c problemas asociados: régimen terapéutico, síntomas relacionados con la enfermedad e/p procedimientos aspiración de secreciones a demanda, control de funciones vitales, administración de medicamentos. ● Riesgo de retraso en el desarrollo r/c problemas asociados: enfermedad crónica, retraso en el desarrollo. ● Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c pérdida activa de líquidos (sialorrea, regurgitación)
---	--

<p>P</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente mantendrá las funciones vitales dentro de lo normal ● Paciente disminuirá el problema de deglución. ● Paciente mantendrá una adecuada dinámica de alimentación eficaz ● Paciente mantendrá un patrón de alimentación ineficaz ● Paciente mejorará la movilidad física dentro de sus limitaciones ● Paciente mejorará procesos familiares funcionales ● Paciente mantendrá una piel íntegra sin lesión a nivel de todo el cuerpo ● Paciente mantendrá una vía aérea permeable audible en un murmullo vesicular adecuado en ambos campos pulmonares ● Paciente mejorará el Confort y el bienestar
<p>I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener técnicas de aislamiento respiratorio si se requiere ● Poner en práctica precauciones universales y los cinco momentos ● Observar los signos y síntomas de infección ● Mantener la Asepsia para el paciente de riesgo. ● Proporcionar los cuidados adecuados a la piel, inspeccionando la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y mucosas. ● Revisar los exámenes de laboratorio de control o de rutina para evaluación de riesgos. ● Instruir al personal sobre los factores de riesgo y planificar la reducción de riesgos. ● Comentar y planificar las actividades de reducción de riesgo en colaboración con el grupo de pediatría ● Identificar la dieta prescrita. ● Mantener un ambiente aséptico se administra la dieta de la nutrición enteral ● Observar si la Sonda orogástrica esta en una correcta posición, comprobar si hay residuo gástrico antes de cada alimentación. ● Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. ● Determinar el estado nutricional ● Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria. ● Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso

- Ajustar la dieta según necesidades del paciente
- Colaborar con el equipo de salud (terapeuta ocupacional y nutricionista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.
- Ayudar al paciente a mantener una posición semi Fowler- Fowler.
- Observar si hay signos y síntomas de aspiración.
- Vigilar la hidratación corporal (entradas, salidas, turgencia de la piel y mucosas)
- Pesar al paciente intervalos determinados según corresponda.
- Analizar las posibles causas de bajo peso corporal.
- Observar si hay náuseas y vómitos.
- Asegurarse de que el paciente esté sentado antes de la administración de nutrición enteral.
- Administrar la nutrición enteral fraccionados si es necesario
- Pesar a diario al paciente y controlar la evolución
- Monitorizar signos de deshidratación (escasa turgencia cutánea, retraso en del relleno capilar, sequedad de mucosa y oliguria)
- Calcular las necesidades de líquidos en función a la superficie corporal.
- Usar bomba de infusión dieta enteral.
- Administrar líquidos orales
- Promover la integridad de la piel y la humedad excesiva y proporcionar una nutrición adecuada)
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar la reposición de volumen prescrita, si se requiere.
- Determinar la capacidad del paciente para realizar las actividades.
- Colaborar con los fisioterapeutas ocupacionales.
- Enseñarle al paciente actividad física
- Identificar estrategias para fomentar la participación del paciente en la actividad deseada
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- determinar el grado de apoyo familiar y económico así como otros recursos
- Informarse sobre las coordinaciones de derivación con el asesor legal y la asistente social.
- Realizar una evaluación continua para determinar la necesidad de la derivación.
- Establecer los planes de cuidados del paciente que debe de continuar en el establecimiento dónde debe ser derivado

	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar una herramienta de valoración de riesgo escala de Braden modificada. ● Valorar el estado respiratorio y de oxigenación ● Auscultar los sonidos respiratorios, observa la de ventilación y la presencia de ruidos adventicios ● Realizar fisioterapia respiratoria. ● eliminar secreciones mediante succión. ● administrar tratamiento aerosol si está indicado. ● administrar oxígeno unificado según corresponda si se requiere ● Mantener un ambiente en silencio. ● Acudir de inmediato cuando se requiere la necesidad del paciente ● Crear un ambiente tranquilo y de apoyo ● Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el paciente ● Evitar exposiciones innecesarias a corriente de aire ● Ajustar la iluminación de forma que se adopte a las actividades del paciente ● Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente. ● Vigilar la piel y prominencias óseas. ● Desarrollar una relación de confianza con el paciente. ● Identificar las necesidades especiales del paciente. ● Remitir al paciente a grupos de apoyo como rehabilitación, psicología. ● Cantar, conversar ya escuchar música con el paciente
E	<ul style="list-style-type: none"> ● Paciente se encuentra hemodinámicamente estable, no hay fiebre ni signos de infección. ● La fórmula enteral administrada en horarios correspondientes es con adecuada tolerancia del paciente ● Paciente se encuentra en terapia deglutoria, para mejorar la disfagia ● Paciente, tolera la fórmula láctea, se encuentra en terapia deglutoria, para mejorar la disfagia ● Paciente mantiene su peso no hay disminución, mucosa oral húmeda. ● Paciente en terapia física, por la hipotonía, y lograr control de la cabeza ● Paciente en diálogo con autoridades para ser transferida a casa – albergue, no hay respuesta de cuidado de familia, ya que es una familia disfuncional ● Paciente mantiene una piel íntegra sin signos de lesión. ● Paciente presenta problema crónico, presenta secreciones abundantes, presenta tos, no se evidencia cianosis, ni rubicundez.

	<ul style="list-style-type: none">● Paciente es aislada, por medidas de seguridad, se brinda asistencia y estimulación sensorial música, cuentos.● Paciente con asistencia y monitoreo del área de rehabilitación y psicología.
--	--

CONCLUSIONES

1. Los cuidados que el profesional de enfermería brinda al paciente con displasia broncopulmonar son de gran importancia, ya que permite disminuir el riesgo de agudizar futuras complicaciones y eventos adversos.

2. El cuidado de la piel en los pacientes pediátricos con dispositivos permanentes, como la sonda orogástrica, para alimentación, secundaria a una displasia broncopulmonar, a una disfagia de inicio, que presenta el paciente, ya existe la probabilidad de incremento de humedad a nivel perioral, mejías, propias de las secreciones bronquiales y la sialorrea, es necesario el monitoreo y la evaluación constante de la piel, para mantener una integridad cutánea

3. La protección de la salud es de interés público, por lo tanto es normado, mediante directivas sanitaria que regula el funcionamiento de los módulos de atención al maltrato infantil y del Adolescente, a través del ministerio de Ministerio de salud considera importante desarrollar acciones que permiten a los establecimientos de salud a realizar intervenciones adecuadas y oportunas en niños niñas y adolescentes en condiciones de abandona o violencia.

4. Innovación es un elemento clave que explica, la capacidad de innovar y mejorar, el método de sujeción de ligas en la colocación de sonda orogástrica es un método alternativo, en pacientes que presentan una excesiva humedad a nivel de la zona a fijar (nariz y/o mejillas), Favorece no tan sólo a la fijación sino también que disminuye el riesgo de eventos adversos como el desplazamiento de la sonda producto de la pérdida adhesiva de los dispositivos (esparadrapo, apósito transparente) y si se habla en función de gastos disminuye los costos.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica.
2. Acciones dirigidas a mejorar las acciones de cuidado:
 - a. Se recomienda incidir en capacitaciones, periódicas para reforzar el cuidado de los pacientes con displasia broncopulmonar y sus secuelas, para brindar un cuidado holístico de calidad identificando las posibles complicaciones que se pueda presentar
 - b. Fortalecer, e incentivar a la investigación para mejorar los procesos que conlleva una mejor atención del paciente.
 - c. Investigar la efectividad del nuevo mecanismo de sujeción por ligas, en pacientes adultos y niños, que requieran de sondas orogástrica y nasogástrica.
 - d. Implementar en las unidades de atención, emergencia, unidades de hospitalización, unidades de cuidados intermedios y otros. El nuevo mecanismo de sujeción por ligas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias

1. Zhongying L, Yanhong C, Wenrong L, Fan Y, Med Y. El Ciclo 2 de división celular protege a las ratas neonatales contra la displasia broncopulmonar inducida por hiperoxia. Medline. 2020; 8(61).
2. Coelho M, De Queiroz M, De Oliveira S, Reboucas A, Cardinalle M, Uchoa M. Factores Predisponentes a permanencia prolongada de prematur broncodisplásicos em unidades neonatales. Inspirar. 2019 Noviembre; 19(4).
3. Medicine AAoPSoPPaS. Section on Pediatric Pulmonology and Sleep Medicine AAoP. Pediatric Pulmonology, Asthma, and Sleep Medicine: a Quick Reference Guide: American Academy of Pediatrics; 2018.
4. Kinney M, Howson C, McDougal L, Lawn J. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global. Nueva York: Organización Mundial de la Salud, Grupo Redactor del Resumen Ejecutivo; 2012.
5. Sánchez M, Moreno J, Botet F, Fernández J, Herranz G, Rite S, et al. Displasia broncopulmonar: definiciones y clasificación. Anales de Pediatría. 2013 Octubre; 79(4): p. 262.
6. Health SC. Programa de Displasia Broncopulmonar. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 14. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/bronchopulmonary-dysplasia>.
7. Pinto Y. Red Latinoamericana y del Caribe para el fortalecimiento de los Sistemas de Salud. [Online].; 2018 [cited 2010 Junio 16. Available from: <https://www.paho.org/relacsis/index.php/en/areas-de->

<trabajo/grupo-red-fci/item/1092-displasia-broncopulmonar>.

8. Suarez J, Rueda Z, Felipe A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurologica Colombiana. 2018 Diciembre 12; 34(1): p. 92-100.
9. Shneider BL SP. Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease. 5th ed. Shelton: PMPH USA, Ltd; 2008.
10. Lippincott. Lippincott's Nursing Procedures Philadelphia: Wolters Kluwer; 2012.
11. Irving S, Lyman B, Northington L, Bartlett J, Kemper C. Nasogastric tube placement and verification in children: review of the current literature. Enfermera de Cuidados Criticos. 2014 Junio; 34(3): p. 67-78.
12. Singh N. The Ultimate Study Guide. Second Edition ed. New York: Springer Publishing Company; 2015.
13. Pérez S, Ruedas S, Alfonso D, Barrio M, Callejón A, Cortell I, et al. Protocolo de seguimiento de los pacientes con displasia broncopulmonar. Anales de Pediatría. 2016 Enero; 84(1): p. 61.
14. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Sexta edición ed. Italia: Elsevier; 2019.
15. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Setima edición ed. Italia: Elsevier; 2019.
16. Aguayo J, Flores B, Soria V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. Cirugía Española. 2014 Febrero; 92(2): p. 82-88.

17. Avian A, Reiterer F, Resch B, Scheuchenegger A. Displasia broncopulmonar en bebés muy prematuros. Medzinische Universitat Graz. 2019; 61(4).
18. Rodriguez R, Aguilar L, Hernández H, Ricardo J, Vega G, Aguilar K. Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. Revista Cubana Neurología - Neurocirugía. 2015; 5(1).
19. Fernandez C, Matzumura J, Gutierrez H, Zamudio L, Melgarejo G. Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. Horizonte Médico (Llma). 2017 AbJunioril- ; 17(2).
20. Thomas L, Lustlber L, Webb C, Stephens C, Lago A, Berríos S. Prevención de la aspiración: Una cuestión de vida y respiración. Nursing. 2019 Noviembre- Diciembre; 36(6).
21. Salud OMdl. OMS/Enfermería. [Online]. [cited 2020 Setiembre 14]. Available from: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>.
22. López E, López L. Intervenciones basadas en evidencia: experiencias y resultados. Revista electrónica de investigación educativa. 2017 Abril-Junio; 19(2).
23. Lopez Ramirez EyLREL. Intervenciones basadas en evidencia: experiencias y resultados. Revista Electronica de Investigacion Educativa. 2017 Abril - Junio; 19(2).
24. Pérez. S, Rueda S, Alfonso J, et.al. Protocolo de seguimiento de los pacientes con displasia broncopulmonar. Anales de Pediatría. 2016 Enero; 84(1).
25. Casariego E, Costa C. ¿Qué son y para qué sirven las GPC?

- [Online]. [cited 2019 Octubre 10. Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/que-son-para-que-sirven-gpc/>].
26. Santana L, Dias G, Aparecida A, Teixeira A, Regina G, Rosa Z. Cateterizacion gastrica en neonatos prematuros: analisis de prevalencia de las tecnicas de medicion. Nursing and Allied Health. 2019.
 27. Mejía B. Atención de Enfermería a Neonato con Displasia Broncopulmonar Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
 28. McCarthy G, Fitzpatrick J. Theories Guiding Nursing Research and Practice Making Nursing Knowledge Development New York: Springer Publishing; 2014.
 29. Gómez Ramírez OJ,CGGMyaEM. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016; 17(1): p. 60-79.
 30. Brando E, Dos Santos I. Teorías de enfermería para promover la comodidad en dermatología. Enfermería y Salud Aliada. 2019; 17.
 31. Poveda D. Vallidez y confiabilidad del instrumento de confort SGCQ - Español de la Dra. Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica Bogotá: Universidad Nacional de COlombia Facultad de Enfermería; 2015.
 32. Bland RD CJe. Chronic Lung Disease in Early Infancy. Baton Rouge: Taylor & Francis Group; 1999.
 33. KidsHealth N. KidsHealth, Nemours. [Online]. [cited 2014 Octubre. Available from: <https://kidshealth.org/?WT.ac=p-bc>].

34. AH. J. Mechanisms of Lung Injury and Bronchopulmonary Dysplasia. *Am J Perinatol.* 2016; 33(11): p. 1076-1078.
35. Sanchez M, García L. Bronchopulmonary Dysplasia: The Importance of Physical Exercise. *Archivos de Bronconeumología.* 2019; 55(12): p. 609-610.
36. AAO P SoPPaSM. Asthma and Sleep Medicine: a Quick Reference Guide. *Pediatric Pulmonology- Asthma.* 2018.
37. Pediatric Pulmonology, Asthma, and Sleep Medicine: a Quick Reference Guide. Section on Pediatric Pulmonology and Sleep Medicine AAO P. 2018.
38. Health SC. Stanford Children's Health. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 14. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/bronchopulmonary-dysplasia>.
- . B., M., & S., M. (2015). EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO. In Ansaldo J., Diez P., & Bunster M. (Authors), *Práctica clínica en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica* (pp. 267-276). Ediciones UC. Retrieved September 7, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1bhkr32.27>

ANEXOS

ESCALA HUMPTY DUMPTY: Escala para valorar riesgo de caída¹



Prevención de caídas, mejorando la seguridad

RIESGO DE CAIDAS Escala Humpty Dumpty- Paciente hospitalizado

Parámetros	Criterios	Puntos
Edad	Menos de 3 años	4
	De 3- 7 años	3
	De 7-13 años	2
	Más de 13 años	1
Genero	Hombre	2
	Mujer	1
Diagnostico	Problemas neurologicos	4
	Alteraciones de oxigenación: (problemas respiratorios, anemia) deshidratación, anorexia, vértigo	3
	Trastornos psicicos o de conducta	2
	Otro diagnostico	1
Deterioro cognitivo	No conoce sus limitaciones	3
	Se le olvida sus limitaciones	2
	Orientado en sus propias capacidades	1
Factores Ambientales	Historia de caída de bebés o niños pequeños desde la cama	4
	Utiliza dispositivos de ayuda en la cuna, iluminación, muebles	3
	Reciente en la cama	2
	Paciente que deambula	1
Cirugía o sedación anestésica	Dentro de las 24 horas	3
	Entre de 48 horas	2
	Más de 48 horas /ninguna	1
Medicación	Uso de múltiples medicamentos sedantes (Excluyen pacientes de UCIP con sedantes o relajantes) Hipnóticos, Barbitúricos Fenotiazinas, Antidepresivos, Laxantes/diuréticos narcóticos	3
	Uno de los medicamentos antes mencionados	2
	ninguno	1
Total		



Riesgo de caídas
< 7 puntos sin riesgo
7-11 puntos riesgo bajo
> 12 puntos riesgo alto

Deborah Hill-Rodriguez, Patricia R. ~~Deary~~, Phoebe D. Williams, Richard A. Zeller, Arthur R. Williams, Maria Wood, and Marianne Henry: The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study JGIM Vol. 14, No. 1, ~~1999~~, 2000

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehusa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN²

Alto riesgo: Puntuación total menor de 12


Riesgo moderado: Puntuación 13 -14 puntos

Riesgo Bajo: puntuación total de 15 – 16 puntos

FOTOGRAFÍA PACIENTE PEDIÁTRICO (G.I.CH): portador de sonda orogástrica con técnica de sujeción por ligas.




GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE MEDICINA PEDIATRICA I – II

Elaborado por:	Lic.	Sonia Rojas Velasquez
Revisado por:	Lic.	Mirha Akajosi Trujillo
Aprobado por:		Fecha: Marzo 2016
Resolución Directoral N°		

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

1. FINALIDAD

Estandarizar criterios para la correcta colocación de sonda nasogástrica en el paciente pediátrico.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Realizar correctamente el procedimiento de la colocación del dispositivo en el sistema digestivo: sonda nasogástrica y Orogastrica, teniendo en cuenta los conceptos anatómicos.

2.2 Objetivos específicos

- 2.2.1. Administrar alimentación enteral.
- 2.2.2. Administrar medicamentos.
- 2.2.3. Realizar lavados gástricos.
- 2.2.4. Obtener muestras gástricas.
- 2.2.5. Evacuar contenido gástrico.

3. AMBITO DE APLICACION

Se aplicará en los servicios de hospitalización que atiendan pacientes pediátricos.

4. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO GUIA DE PROCEDIMIENTO


Colocación de sonda nasogástrica en pacientes pediátricos.

5. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

La sonda nasogástrica es un tubo de material plástico más o menos flexible que normalmente se coloca por vía nasal, aunque también se puede colocar por vía oral.

Las hay de distintos materiales, como el polivinilo, la silicona o el poliuretano. Las de polivinilo son gruesas y rígidas, por lo que son muy útiles para la succión y las de

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

silicona y las de poliuretano son más finas y elásticas, preferibles para sondajes de larga duración.

Su calibre se mide en French y a mayor número, mayor calibre. Las sondas que más se suelen usar son las que tienen una sola luz y varias perforaciones cerca de su extremo distal. Este tubo tiene una luz hueca que permite tanto, la extracción de secreciones gástricas como la introducción de soluciones al estómago

5.2 CONCEPTOS BASICOS

5.2.1. Colocación de sonda nasogástrica: El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago, con fines de alimentar la paciente y/o pasar tratamiento oral; también puede ser Orogástrica, es decir la introducción de la sonda por la boca hasta el estómago.

5.2.2. Nutrición enteral. Se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

5.2.3. Descompresión gástrica: En caso de pancreatitis, oclusión intestinal o para vaciar el contenido gástrico en caso de cirugías de urgencias.

5.2.4. Lavado gástrico: Es una indicación de uso restringido en atención primaria, se recurre a ella en casos de:


- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.
- Sospecha de hemorragia digestiva alta.

5.3 REQUERIMIENTOS BASICOS

RECURSOS HUMANOS.

Personal profesional de Enfermería (1)

Personal Técnico de Enfermería de apoyo (1)

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página


EQUIPO Y MATERIAL

DESCRIPCION	MEIDDA	CANTIDAD NECESARIA
Solución fisiológica	ml	20 cc
Guantes 6 1/2 y 7	Unidad	2
Sonda K-8, K-10, K-12 y K- 14	Unidad	1
Jeringa de 10 ó 20 ml	Unidad	1
Estetoscopio	Unidad	1
Bolsa colector	Unidad	1
Cinta adhesiva	Unidad	15 cm.
Papel toalla	Unidad	1
Gasa 7.5x7.5cm	Unidad	1

6. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- Preparar los materiales a utilizar: estetoscopio, solución fisiológica, guantes estériles, jeringas de 10 cc y/o 20 cc, esparadrapo y sonda nasogástrica.
- Elegir el diámetro de la sonda adecuada de acuerdo a la edad:

• Neonatos y lactantes (hasta 12 meses)	5 - 8 French
• 1año - 5 años	8 -10 French
• 6 años a 10 años	10 - 12 French
• Más de 10 años	14 -16 French
- Informar al paciente y/o a la madre del niño sobre el procedimiento a realizar y su finalidad.
- Realizar el procedimiento en el tópic para mantener la privacidad del paciente.
- Realizar el lavado de manos según protocolo de la Institución.
- Verificar que la cavidad nasal u oral estén libres de secreciones.
- Colocar al paciente en posición semifowler o fowler, con el mentón pegado al pecho.
- Calzarse los guantes estériles.

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página


- Realizar la medida de la sonda a introducir, desde la punta de la nariz al lóbulo del pabellón auricular y desde ahí a la apófisis xifoides. Si fuese oro gástrica, sería la distancia entre la comisura bucal al lóbulo de la oreja y la apófisis xifoides.
- Previa lubricación con solución fisiológica y con apoyo del personal técnico, proceder en la colocación de la sonda nasogástrica.
- Valorar al paciente evitando signos de cianosis y/o ahogamiento, tos, disnea.
- Verificar que la sonda nasogástrica este correctamente ubicada, esto se realiza obteniendo contenido gástrico y/o auscultando el ingreso de aire con el estetoscopio.
- Clampar la sonda.
- Fijar correctamente la sonda nasogástrica
- Rotular con fecha y hora de colocación.
- Realizar registro de enfermería enfermería.

RETIRADA DE LA SONDA NASOGASTRICO Y/O OROGASTRICA

Es la extracción de la sonda nasogástrica y/o Orogástrica, por obstrucción, indicación médica de suspensión o cumplió 7 días y es necesario cambiar la sonda.

Procedimiento:


- Explicar el procedimiento al paciente y/o familiar responsable.
- Lavarse las manos y ponerse guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición de semifowler.
- Situarse al lado derecho del enfermo si se es diestro o al lado izquierdo si se es zurdo.
- Desconectar la sonda de la aspiración o de la bolsa de drenaje, pinzar la sonda.
- Retirar la fijación de la sonda.
- ▲ Si el paciente está consciente pedirle que inspire profundamente y extraer la sonda con suavidad y rapidez durante la espiración del paciente. Si el enfermo está intubado, asegurarse de la correcta presión del neumotaponamiento antes de retirarla.
- Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registro de enfermería
- Registrar el procedimiento y si existieron complicaciones durante su realización.

7. RECOMENDACIONES


- Si se observa obstrucción no forzar nunca la introducción de la sonda.
- Se debe tener mucho cuidado para asegurar que la sonda no ha pasado a través de la laringe hacia la tráquea y hasta los bronquios. Para asegurar la colocación correcta es recomendado inyectar aire en el tubo, si se escucha el aire en el estómago con un estetoscopio, entonces el tubo está en la posición correcta. Otro método más fiable es aspirar el líquido del tubo con una jeringa. Este líquido se prueba entonces con papel pH (no papel de tornasol) para determinar la acidez del fluido. Si el pH es 5.5 o inferior el tubo está en la posición correcta. Si esto no es posible la verificación correcta de la posición del tubo se obtiene con un rayo X del tórax/abdomen. Este es el medio más confiable de asegurar la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
- En caso de hemorragia nasal cambiar de fosa y valorar la necesidad de taponamiento.
- Si se observa tos o posible entrada en la vía respiratoria o cuando la sonda sale por la boca retirar totalmente e intentarlo de nuevo.
- No introducir líquido alguno hasta no conocer con certeza la correcta ubicación de la sonda.
- Cuando la ubicación sea dudosa comprobar el pH del contenido aspirado y la comprobación radiológica.
- En las sondas nasogástricas, que tienen fiador, retirarlo después de comprobar la ubicación de la sonda y no volver a colocar de nuevo en ningún momento. Mantener una buena higiene naso-bucal, luego lubricar los labios.
- Repaso de la anatomía y fisiología del sistema gastrointestinal.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda antes de su uso o una vez por turno si no se utiliza.

	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

- Comprobar siempre la correcta colocación de la sonda antes de dar alimentos o medicación y tras náuseas o vómitos.
- Cambiar diariamente la fijación de la sonda y movilizarla para evitar úlceras tanto nasales como gástricas.
- En caso de síntomas y signos de otitis media cambiar la sonda nasogástrica a la otra fosa nasal.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Parra ML., Arribas S., Rivera A. Procedimiento y técnicas del paciente crítico. Editorial [Masson](#). 2003. ISBN: [84-458-1195-9](#).
2. Perry, Potter. Técnicas y procedimientos básicos. [Interamericana](#). [Mc Graw-Hill](#). 1991. ISBN: [84-7615-719-3](#).
3. Casado M.C, González C. Procedimientos de Enfermería. 1994. ISBN: 84-604-8298-7.
4. Rovira Gil E. Urgencias en Enfermería. DAE (Difusión en avances de Enfermería). Paradigma. ISBN: 84-931330-2-7.
5. Martín Salinas C., Díaz Gómez J., Motilla Valeriano T., Martínez Montero P. Nutrición y Dietética. DAE Enfermería 21. 1993. ISBN: 84-931330-9-4.
6. Botella [Dorta](#) C. El sondaje nasogástrico. Atención primaria en la red: www.fisierra.com.
7. [Beare](#), Myers. Enfermería, principios y práctica. Paradigma. 1993. ISBN: 84-7903-147-6.
8. Departamento de Enfermería del [Hospital for Sick Children](#), Toronto, Canadá. Manual de Enfermería Pediátrica. 1993. ISBN: 0-316-37389-3.
9. [Behrman](#) R.E., [Vaughan](#) V.C. Tratado de Pediatría. Nelson. [Interamericana](#). McGraw-Hill. ISBN: 84-7605-432-7.
10. Departamento de Enfermería de [Massachusetts](#) General Hospital de Boston. Manual de procedimientos de Enfermería. Paradigma, versión española. ISBN: 84-458-0117-1.


	GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA	PRT-DENF-001
	COLOCACION DE SONDA NA SOGA STRICA EN PACIENTES PEDIATRICOS	Edición N° 001
		Página

11. Steve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas Clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2002. P.456-460.
12. Perry AG, Potter PA. Guía Clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998; p.344-351.
13. Vilchez MJ, Fernández A, Jiménez F, Martínez J, Hermoso A. Manual de Urgencias. Barcelona: Masson; 1999; p.93-98.

Fuente (Departamento de Enfermería Hospital Daniel Alcides Carrión- Callao) 2016

**PROPUESTA DEL TRABAJO ACADÉMICO PARA SUSTENTAR LA
ESPECIALIDAD
INTEGRACIÓN DEL MÉTODO SUJECIÓN POR LIGAS EN LA GUÍA DE
PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN DE SONDA EN PACIENTE
PEDIÁTRICO**

(Pendiente a enviar formalmente al departamento de enfermería)


	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	PRT - DENF - 001
	COLOCACIÓN DE Sonda OROGÁSTRICA - NASOGÁSTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	Edición N° 001
		Página

HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

SERVICIO DE MEDICINA PEDIÁTRICA I – II

Elaborado	Lic. Sonia Rojas Vasquez
Revisado	Pendiente a revisar por el departamento
Integración de procedimiento	Lic. Flor de María Pérez Jimenez
Aprobado	
Resolución	

	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	PRT - DENF - 001
	COLOCACIÓN DE Sonda OROGÁSTRICA - NASOGÁSTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	Edición N° 001
		Página

1. FINALIDAD

Estandarizar criterios para la correcta colocación de sonda nasogástrica en el paciente pediátrico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Realizar correctamente el procedimiento de la colocación del dispositivo en el sistema digestivo: sonda nasogástrica u orogástrica, teniendo en cuenta los conceptos anatómicos.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1. Administrar alimentación enteral.
- 2.2.2. Administrar medicamentos.
- 2.2.3. Realizar lavados gástricos.
- 2.2.4. Obtener muestras gástricas.
- 2.2.5. Evacuar el contenido gástrico.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se aplicará en los servicios de hospitalización que atienden pacientes pediátricos.

4. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO GUÍA DE PROCEDIMIENTO


Colocación de sonda nasogástrica en pacientes pediátricos.

5. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

La sonda nasogástrica es un tubo de material plástico más o menos flexible que normalmente se coloca por vía nasal, aunque también se puede colocar por vía oral.

Las hay de distintos materiales, como el polivinilo, la silicona o el poliuretano. Las de polivinilo son gruesas y rígidas, por lo que son muy útiles para la succión y las de silicona y las de poliuretano son más finas y elásticas, preferibles para sondajes de larga duración.

	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	PRT - DENF - 001
	COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA - NASOGÁSTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	Edición N° 001
		Página

Su calibre se mide en French y a mayor número, mayor calibre. Las sondas que más se suelen usar son las que tienen una sola luz y varias perforaciones cerca de su extremo distal. Este tubo tiene una luz hueca que permite tanto, la extracción de secreciones gástricas como la introducción de soluciones al estómago

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

5.2.1. Colocación de sonda nasogástrica: El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago, con fines de alimentar la paciente y/o pasar tratamiento oral; también puede ser Orogástrica, es decir la introducción de la sonda por la boca hasta el estómago.

5.2.2. Nutrición enteral: Se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.

5.2.3. Descompresión gástrica: En caso de pancreatitis, oclusión intestinal o para vaciar el contenido gástrico en caso de cirugías de urgencias.


5.2.4. Lavado gástrico: Es una indicación de uso restringido en atención primaria, se recurre a ella en casos de:

- Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.
- Sospecha de hemorragia digestiva alta.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1. Recursos Humanos:

- Personal profesional de Enfermería (1)
- Personal Técnico de Enfermería de apoyo (1)

	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	PRT - DENF - 001
	COLOCACIÓN DE Sonda OROGÁSTRICA - NASOGÁSTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS	Edición N° 001
		Página

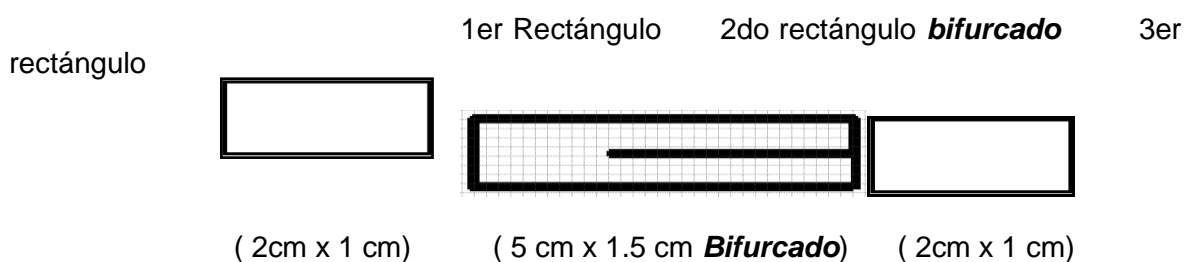
5.3.2. Equipo y Material

DESCRIPCIÓN	MEDIDA	CANTIDAD NECESARIA
Solución fisiológica	ml	20cc
Guantes N° 6 ½ y 7	Unidad	2
Sonda K-8, K-10, K-12 y K- 14	Unidad	1
jeringa de 10 ó 20 ml	Unidad	1
estetoscopio	Unidad	1
bolsa colectora	Unidad	1
cinta adhesiva	Unidad	15cm
papel toalla	Unidad	1
gasa 7.5x7.5cm	Unidad	1
Tilo N° 10 ó 0 (Incorporar)	Unidad	1
ligas (Incorporar)	cm	15 cm

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Preparar los materiales a utilizar: estetoscopio, solución fisiológica, guantes estériles, jeringas de 10 cc y/o 20 cc, esparadrapo y sonda nasogástrica.
- Elegir el diámetro de la sonda adecuada de acuerdo a la edad:
 - Neonatos y lactantes (hasta 12 meses) 5 - 8 French
 - 1 año - 5 años 8 -10 French
 - 6 años a 10 años 10 - 12 French
 - Más de 10 años 14 -16 French

- Informar al paciente y/o a la madre del niño sobre el procedimiento a realizar y su finalidad.
- Realizar el procedimiento en el tópicó para mantener la privacidad del paciente.
- Realizar el lavado de manos según protocolo de la Institución. (norma técnica de MINSA)
- Verificar que la cavidad nasal u oral estén libres de secreciones, si existe trastorno de deglución, sialorrea, para determinar el tipo de sujeción a usar (sujeción de hilos - esparadrapo, técnica payasito) - (sujeción hilo - ligas)
- Colocar al paciente en posición semifowler o fowler, con el mentón pegado al pecho.
- Calzarse los guantes estériles.
- Realizar la medida de la sonda a introducir:
 - **Nasogástrica:** desde la punta de la nariz al lóbulo del pabellón auricular y desde ahí a la apófisis xifoides.
 - **Orogástrica:** Desde la comisura bucal al lóbulo de la oreja y la apófisis xifoides.
- Previa lubricación con solución fisiológica y con apoyo del personal técnico, proceder en la colocación de la sonda (nasogástrica.y/o orogástrica)
- Valorar al paciente evitando signos de cianosis y/o ahogamiento, tos, disnea.
- Verificar que la sonda (nasogástrica y/o orogástrica) esté correctamente ubicada, esto se realiza obteniendo contenido gástrico y/o auscultando el ingreso de aire con el estetoscopio.
- Clampar la sonda.
- Fijar correctamente la sonda:(**según método a usar Nasogástrica, orogástrica**)
 - **Nasogástrica:**
 1. Cortar esparadrapo: 3 rectángulos: (2 rectángulos de 2 cm x 1cm) y (1 de 1.5 cm x 5 cm que debe tener un corte longitudinal la parte central 3.5 cm)

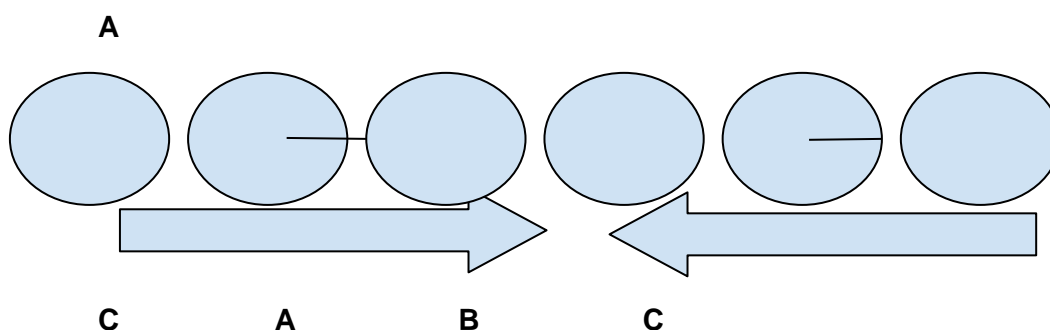


2. Fijar **1er** rectángulo (2 cm x 1 cm) sobre el dorso de la nariz del paciente.
3. Coger y pegar, **2do.** rectángulo zona **NO** bifurcado (1.5 cm x 5 cm) sobre el **1er** esparadrapo, la zona bifurcada debe rodear sobre la sonda (dando vueltas sobre la sonda)
4. el **3er** rectángulo (2 cm x1 cm) debe pegar sobre el segundo esparadrapo, a nivel del dorso de la nariz.

○ **Orogástrica:**

Método hilos - esparadrapo

1. Cortar 6 circunferencias de 2 cm de diámetro (3 circunferencia, una de ellas bifurcada, cada grupo es para cada mejilla A,B y C)



2. Coger un hilo de algodón de aprox 15 cm de longitud, dividir en 2 y anudar la sonda de 3 - 4 nudos , a la altura de la medida realizada, luego los extremos realizar nudos en ambos.
3. Pegar la circunferencia **A** en la mejilla del paciente
4. Pegar la circunferencia **B** (bifurcada) sobre la circunferencia **A**, atravesar el nudo por la zona bifurcada, como para retener y fijar los hilos).
5. Pegar la circunferencia **C** sobre la circunferencia **B** cubriendo el nudo.
6. Repetir ítems **(3;4 y 5)** en la otra mejilla

Método hilo - ligas (MÉTODO PROPUESTO)

1. Cortar hilo de algodón de aproximadamente 15 cm de longitud, dividir en 2 y anudar la sonda de 3 - 4 nudos, a la altura de la medida realizada (*comisura labial al lóbulo de la oreja y hacia la apéndice xifoide*).
2. Cortar una liga (elástico) de aproximadamente 15 de longitud, y a nudar a cada extremo de los hilos libres (paso N°1), ajustar el hilo y la liga a la circunferencia a nivel de la zona cervical.
 - Rotular con fecha y hora de colocación.
 - Realizar registro de enfermería enfermería.

RETIRADA DE LA SONDA NASOGÁSTRICO Y/O OROGÁSTRICA

Es la extracción de la sonda nasogástrica y/o Orogástrica, por obstrucción, indicación médica de suspensión o cumplió 7 días y es necesario cambiar la sonda.

Procedimiento:

- Explicar el procedimiento al paciente y/o familiar responsable.
- Lavarse las manos y ponerse guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición semifowler.
- Situarse al lado derecho del enfermo si se es diestro o al lado izquierdo si es zurdo.
- Desconectar la sonda de la aspiración o de la bolsa de drenaje, pinzar la sonda.
- Retirar la fijación de la sonda.
- Si el paciente está consciente pedirle que inspire profundamente y extraer la sonda con suavidad y rapidez durante la espiración del paciente. Si el enfermo está intubado, asegurarse de la correcta presión del neumotaponamiento antes de retirarla.
- Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.
- Si se observa obstrucción no forzar nunca la introducción de la sonda.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registro de enfermería
- Registrar el procedimiento y si existieron complicaciones durante su realización.

7. RECOMENDACIONES:

- Si se observa obstrucción no forzar nunca la introducción de la sonda.
- Se debe tener mucho cuidado para asegurar que la sonda no ha pasado a través de la laringe hacia la tráquea y hasta los bronquios. Para asegurar la colocación correcta es recomendado inyectar aire en el tubo, si se escucha el aire en el estómago con un estetoscopio, entonces el tubo está en la posición correcta. Otro método más fiable es aspirar el líquido del tubo con una jeringa. Este líquido se prueba entonces con papel pH (no papel de tornasol) para determinar la acidez del fluido. Si el pH es 5.5 o inferior el tubo está en la posición correcta. Si esto no es posible la verificación correcta de la posición del tubo se obtiene con un rayo X del tórax/abdomen. Este es el medio más confiable de asegurar la correcta colocación de la sonda nasogástrica.
- En caso de hemorragia nasal cambiar de fosa y valorar la necesidad de taponamiento.
- Si se observa tos o posible entrada en la vía respiratoria o cuando la sonda sale por la boca retirar totalmente e intentarlo de nuevo.
- No introducir líquido alguno hasta no conocer con certeza la correcta ubicación de la sonda.
- Cuando la ubicación sea dudosa comprobar el pH del contenido aspirado y la comprobación radiológica.
- En las sondas nasogástricas, que tienen fiador, retirarlo después de comprobar la ubicación de la sonda y no volver a colocar de nuevo en ningún momento. Mantener una buena higiene naso-bucal, luego lubricar los labios.
- Repaso de la anatomía y fisiología del sistema gastrointestinal.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda antes de su uso o una vez por turno si no se utiliza.

- Comprobar siempre la correcta colocación de la sonda antes de dar alimentos o medicación y tras náuseas o vómitos.
- Cambiar diariamente la fijación de la sonda y moverse para evitar úlceras tanto nasales como gástricas.

En caso de síntomas y signos de otitis media cambiar la sonda nasogástrica a la otra fosa nasal.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Parra ML., Arribas S., Rivera A. Procedimiento y técnicas del paciente crítico. Editorial Masson. 2003. ISBN:84-458-1195-9.
2. Perry, Potter. Técnicas y procedimientos básicos. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1991. ISBN:84-7615-719-3.
3. Casado M.C, González C. Procedimientos de Enfermería. 1994. ISBN: 84-604-8298-7.
4. Rovira Gil E. Urgencias en Enfermería. DAE (Difusión en avances de Enfermería). Paradigma. ISBN: 84-931330-2-7.
5. Martín Salinas C., Díaz Gómez J., Motilla Valeriano T., Martínez Montero P. Nutrición y Dietética. DAE Enfermería 21. 1993. ISBN: 84-931330-9-4.
6. Botella Dorta C. El sondaje nasogástrico. Atención primaria en la red: www.fisterra.com.
7. Beare, Myers. Enfermería, principios y práctica. Paradigma. 1993. ISBN: 84-7903-147-6.
8. Departamento de Enfermería del Hospital for Sick Children, Toronto, Canadá. Manual de Enfermería Pediátrica. 1993. ISBN: 0-316-37389-3.
9. Behrman R.E., Vaughan V.C. Tratado de Pediatría. Nelson. Interamericana. McGraw-Hill. ISBN: 84-7605-432-7.
10. Departamento de Enfermería de Massachussets General Hospital de Boston. Manual de procedimientos de Enfermería. Paradigma, versión española. ISBN: 84-458-0117-1.