

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso enfermero a neonato pretérmino con síndrome de distrés
respiratorio, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital
nacional de Rioja, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de segunda de especialidad profesional de
Enfermería: cuidados intensivos neonatales

Por:

Susan Lizeth Aguilar Chávez

Juan Homero Ninaquispe Solano

Asesor:

Mtra. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, diciembre de 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo Mg. Elizabeth Gonzáles Cárdenas, de la Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: “PROCESO ENFERMERO A NEONATO PRETÉRMINO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO, DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE UN HOSPITAL NACIONAL DE RIOJA, 2022” de los autores, Licenciada Susan Lizeth Aguilar Chávez y licenciado Juan Homero Ninaquispe Solano tiene un índice de similitud de 19% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima a los 21 días del mes de diciembre del año 2022



Mg. Elizabeth Gonzáles Cárdenas

Proceso enfermero a neonato pretérmino con síndrome de distrés respiratorio, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital nacional de Rioja, 2022

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de segunda de especialidad profesional de Enfermería: cuidados intensivos neonatales



Dra. María Guima Reinoso Huerta

Lima, 21 de diciembre de 2022

Proceso Enfermero aplicado a neonato pretérmino con síndrome de distrés respiratorio e hiperbilirrubinemia, en UCI de un hospital nacional, Rioja 2022

Susan Liseth Aguilar Chávez^a, Juan Homero Ninaquispe Solano^b, Elizabeth Gonzales Cárdenas^c

^{a y b} *Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c *Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El distrés respiratorio es una complicación frecuente en los recién nacidos pretérmino afecta al adecuado intercambio gaseoso. El objetivo del presente estudio fue gestionar el proceso de atención de enfermería a un recién nacido pretérmino con síndrome de distrés respiratorio e hiperbilirrubinemia basados en el enfoque de los 11 patrones funcionales de Averi Gordon. Es un estudio cualitativo, tipo caso único, que incluyó un paciente recién nacido pretérmino de 3 días de nacido, en el que se aplicó todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería: la etapa de valoración, fue realizada con un marco revisado y adaptado por expertos, las etapas de elaboración de diagnósticos y planificación de los cuidados de enfermería se realizó teniendo en cuenta la taxonomía NANDA, NOC, NIC, asimismo, la etapa de ejecución se realizaron actividades programadas de acuerdo a la necesidad del paciente, en la etapa de evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente. Se identificaron 5 diagnósticos de enfermería, dando prioridad a tres de ellos: Patrón respiratorio ineficaz, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Termorregulación ineficaz, después de los cuidados administrados se obtuvo una puntuación de cambio de +1, +1 y +2, una mejora posterior a las acciones de enfermería. Se concluye que, se logró gestionar el proceso de atención de enfermería el mismo que fue beneficioso para la recuperación del paciente.

Palabras clave: Recién nacido Pretérmino, Distrés Respiratorio, Membrana Hialina, Proceso de atención de enfermería.

Abstract

Respiratory distress is a frequent complication in preterm newborns that affects adequate gas exchange. The aim of this study was to manage the nursing care process for a preterm newborn with respiratory distress syndrome and hyperbilirubinemia based on Averi Gordon's 11 functional patterns approach. It is a qualitative, single case study, which included a 3-day-old preterm newborn patient, in which all the stages of the Nursing Care process were applied: the assessment stage, was carried out with a revised and adapted framework by experts, the stages of elaboration of diagnoses and planning of nursing care were carried out taking into account the NANDA, NOC, NIC taxonomy, likewise, in the execution stage, programmed activities were carried out according to the needs of the patient, in the stage The evaluation was given by the difference in final and baseline scores, respectively. Five nursing diagnoses were identified, giving priority to three of them: Ineffective respiratory pattern, Ineffective airway clearance, Ineffective thermoregulation, after the administered care a change score of +1, +1 and +2 was obtained, a improvement after nursing actions. It is concluded that it was possible to manage the nursing care process, which was beneficial for the patient's recovery.

Key words: Preterm Newborn, Respiratory Distress, Hyaline Membrane, Nursing care process.

Introducción

Según la OMS (2020) menciona que, en 2019, el 47% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron durante el periodo neonatal y que en aproximación un tercio murió el mismo día de su nacimiento. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto, las infecciones y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las muertes neonatales.

A nivel mundial los 3 primeros países con mayor número de nacimientos prematuros son India con 3519100, China con 1172300 y Nigeria con 773 600. En América latina nacen cada año 135 000 niños prematuros. La situación es aún más grave en los prematuros extremos (<32 semanas) quienes en su mayoría no sobreviven, el 60% de los sobrevivientes tienen discapacidades neurológicas permanentes importantes (Matos-Alviso et al., 2020).

De acuerdo con el reporte del registro de nacidos vivos en línea- CNV el Ministerio de Salud de Perú, cada año hay un promedio de 30000 nacimientos prematuros (MINSA PERÚ, 2021). También el Ministerio de Salud (2022) menciona que la primera causa de defunción neonatal en el primer semestre de este año fue la relacionada a la prematuridad - inmaduridad (25%) de las muertes neonatales en este periodo.

El síndrome de distrés respiratorio es un trastorno del desarrollo, más que un proceso patológico en sí, y suele relacionarse con el parto prematuro. La gravedad e incidencia del síndrome de distrés respiratorio, en general, aumenta conforme disminuye la edad gestacional al nacer y suele ser peor en los recién nacidos de sexo masculino (Avery y Fletcher, 2001).

La mayor causa del síndrome de dificultad respiratoria es la deficiencia de surfactante pulmonar, los pulmones están poco insuflados y los alveolos contienen material amorfo, constituido por sustancias circulantes y epitelio pulmonar lesionado (Moore et al., 2021).

Como lo menciona Gleason y Juul (2018a), los alveolos con surfactante insuficiente son inestables y muestran tendencia al colapso. Los pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) desarrollan atelectasia generalizada, descompensación en ventilación-perfusión, hipoxemia y acidosis respiratoria subsiguientes.

Durante la respiración ya sea espontánea o asistida se producen fuerzas de cizalla en los alveolos y en los bronquiolos terminales debido a la reapertura repetitiva de alveolos colapsados y a la hiper-distensión de los alvéolos abiertos. Estas fuerzas pueden dañar rápidamente la frágil arquitectura pulmonar para producir filtración de residuos proteínicos en las vías respiratorias, es decir membranas hialinas. Estos residuos pueden degradar la función de escaso surfactante presente, con lo que indican un círculo vicioso que, si no se interrumpe, puede derivar en insuficiencia respiratoria y muerte (Gleason y Juul, 2018b).

Las manifestaciones del síndrome de distrés respiratorio son entre otras las siguientes: a) taquipnea, que ocurre cuando la frecuencia respiratoria aumentada, cianosis en piel y membranas mucosas debido a una disminución de la oxigenación de la sangre; b) retracción torácica; c) hipoxemia, que se manifiesta como niveles bajos de oxígeno en la sangre; d) bradipnea; e) apnea, que se manifiesta con la interrupción temporal de la respiración, quejido que son sonidos respiratorios anormales durante la respiración, aumento de la frecuencia cardíaca, edema pulmonar lo cual se explica cómo la acumulación de líquido en los pulmones (Wilmott et al., 2019).

El tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria consiste en administración de surfactante y oxigenoterapia, el tratamiento con surfactante se provee a través de sonda endotraqueal y suele usarse varias veces durante la evolución temprana del síndrome de dificultad respiratoria para mantener la función pulmonar, la oxigenación y el esfuerzo

respiratorio suele mejorar con rapidez oxigenoterapia a presión positiva CPAP (MacDonald y Seshia, 2017).

Los cuidados de enfermería son considerados dentro de los tres factores para el desarrollo de programas para la unidad de cuidados intensivos en neonatos (UCIN), los cuales explican la disminución de la mortalidad neonatal, la expansión de los cuidados intensivos neonatales en la población mal atendida anteriormente, han contribuido para reducir la mortalidad infantil (Gleason y Juul, 2018c).

La evidencia para la implementación de un cuidado de enfermería que favorezca el proceso adaptativo del recién nacido y de la madre, además, proveen fundamentos para replantear políticas y estrategias de cuidado que satisfagan las necesidades de los seres involucrados en las situaciones de enfermería en escenarios como la UCIN e implican beneficios para la disciplina en el crecimiento del cuerpo de conocimientos para la práctica (Suarez et al., 2018).

El proceso de atención de enfermería es de vital importancia en el cuidado especializado, ya que establece medidas sistematizadas las cuales traerán como consecuencia un cuidado de calidad en bien del recién nacido, ya sea pretérmino, a término o postérmino.

Según Marjory Gordon los patrones los va conformando el profesional de enfermería al tomar datos para la historia y al hacer el examen físico. A medida que el cuidador va teniendo más claridad del área que valora y gradualmente surge el patrón. Se debe tener en cuenta que lo que ocurre durante la recolección de información es la construcción del patrón del sujeto la cual se hace a partir de las descripciones del paciente de las observaciones del profesional enfermero.

Con esto en mente se evita hacer una recolección de datos incompletos que conduzca a diagnósticos equivocados y se recuerda siempre que los patrones no son observables, sino que se

construyen a partir de operaciones cognoscitivas y son, por lo tanto, siempre puestos a prueba con la información (Barriga et al., 2020).

El proceso de atención de enfermería es considerado como el método propio que permite hacer explícita la esencia de la Enfermería, sus bases científicas, tecnologías, conceptos humanistas, estimulan el pensamiento crítico y la creatividad, permitiendo la solución de la práctica profesional.(Montero et al., 2022)

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el método fue el proceso de atención de enfermería, que según Nuñez et al., (2019) es un instrumento disciplinar de investigación para abordar desde un enfoque cualitativo y cuantitativo la atención al paciente, incluyó a un recién nacido en estado crítico de sexo masculino, de 3 días de nacido, con diagnóstico médico SDR, seleccionado a conveniencia por los investigadores. En el desarrollo del trabajo se siguieron las cinco etapas del proceso de atención de enfermería (PAE), iniciando con la valoración, donde se realizó la recolección de datos a través de la observación, el examen físico, revisión de la historia clínica y la entrevista a los padres y/o familiares del recién nacido, para este proceso se utilizó como instrumento de recolección de datos un marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, adaptado y validado por profesionales expertos del área; después del análisis de datos, se pasó al análisis crítico de los hallazgos significativos, y se formularon los diagnósticos de enfermería usando la taxonomía NANDA. En la etapa de planificación se priorizaron los diagnósticos de enfermería y se procedió, al enunciado de los resultados esperados y las intervenciones, utilizando para esto la taxonomía NOC y NIC (Herdman et al., 2021). Luego de administrar los cuidados correspondientes a la etapa de

ejecución se realizó la evaluación de los resultados de acuerdo a la diferencia de puntuaciones final y basal respectivamente.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales.

Nombre: S.S.C

Sexo: masculino

Edad: 3 días

Días de atención de enfermería: 3

Fecha de valoración: 02/01/2022

Motivo de Ingreso. Recién nacido pretérmino de sexo masculino, ingresa al servicio de cuidados intensivos en incubadora de transporte acompañado por personal de salud, con apoyo ventilatorio a flujo libre por casco cefálico, por EMH probable, d/c sepsis neonatal temprana, ruptura prematura de membrana 10 días, riesgo metabólico y neurológico. En la valoración postparto se evidencia distrés respiratorio, se inicia ventilación no invasiva CPAP para mantener SatO₂ de 91% -95%

Valoración Patrones Funcionales de Salud

Patrón Funcional I: Percepción - Control de la Salud. Antecedentes del niño RN: Recién nacido de 34 semanas, atendido por cesárea de emergencia tras presentar rotura prematura de membrana 10 días, presentación podálica, Apgar al 1' de 5 puntos y a lo 5 minutos 6 puntos, presenta distrés respiratorio, se inicia ventilación no invasiva CPAP para mantener SatO₂ de 91% -95%

Antecedentes de la Madre. Multigesta de 45 años con un control prenatal, edad gestacional 34ss, ingresa por emergencia con pre eclampsia, ruptura prematura de membrana, doble circular, podálico, se realiza cesárea de emergencia.

Patrón Funcional II: Nutrición-Metabólico. Recién nacido pretérmino de 34 semanas de edad gestacional, de sexo masculino, peso al nacer 1670 gr, al control de funciones vitales Temperatura: 35.6° Frecuencia respiratoria: 70 por minuto, Frecuencia Cardíaca: 180 por minuto, fontanelas normotensas, coanas permeables, sin malformaciones orales, portador de sonda orogástrica para alimentación se extrae leche materna y se le administra por SOG 8cc por toma (8 tomas) buena tolerancia, se encuentra con apoyo ventilatorio no invasivo CPAP, abdomen blando depresible ruidos hidroaéreos presentes, presencia de muñón umbilical limpio y seco con una vena dos arterias, miembros superiores simétricos, miembros inferiores simétricos, se toma muestra de glucosa 42mg/dl, bilirrubina 11mg/dl con riesgo a moderado a LPP con puntuación 13 según escala NSRAS.

Patrón Funcional III. Sexualidad /Reproducción. Sexo masculino, genitales externos sin secreciones anormales, testículos descendidos, en buen estado de higiene.

Patrón Funcional IV: Actividad Ejercicio.

Actividad respiratoria. Con apoyo ventilatorio, oxigenoterapia no invasiva CPAP, SatO₂ que oscila entre 88% a 94%, a la auscultación campos hipoventilación simétrica bilateral acusada, roncales, murmullo vesicular disminuido, frecuencia respiratoria 70 por minuto, retracción intercostal, quejido audible, test de Silverman con puntuación 7, acumulación de secreciones en cavidad orales al análisis de gases arteriales pH=7.299 pCO₂=48.8 pO₂=37.

Actividad Circulatoria. Presenta una frecuencia cardíaca 140x', llenado capilar < a 2 segundos, presencia de vía periférica en miembro inferior izquierdo.

Actividad capacidad de autocuidado. Riesgo medio a caídas puntuación 3 según escala MACDEMS.

Patrón Funcional V: Relaciones – Rol. Padres identificados con su rol.

Patrón Funcional VI: Perceptivo - Cognitivo. Reflejo de moro presente, reflejo de presión palmar presente, reflejo de succión disminuido, pupilas isocóricas, Según The Neonatal-Infant Pain Scale (NIPS) una puntuación de 3 sin dolor. Score N - Pass.

Patrón Funcional VII: Eliminación. Recién nacido pretérmino, de sexo masculino, realiza micción espontánea de color amarillo claro, 5.1 flujo urinario en 24 horas, 2 deposiciones meconiales pastosas.

Patrón Funcional VIII: Reposo - Sueño. Encuentra en incubadora cubierta con sábana, patrón de sueño conservado.

Patrón IX: Valores y Creencias. Padres de religión católica, sin restricciones para atención y cuidado del recién nacido.

Patrón Funcional X: Autopercepción - Autoconcepto. Patrón no aplica para recién nacido.

Patrón Funcional XI: Adaptación - Tolerancia a la situación y al estrés. Patrón no aplica para recién nacido.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica (0033). Deterioro de la ventilación espontánea.

Características definitorias. Disminución de la saturación de oxígeno, mayor uso de músculos accesorios.

Factor relacionad. Fatiga de los músculos de la respiración.

Enunciado diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración evidenciado por saturación de oxígeno disminuida, mayor uso de músculos accesorios.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica (00031). Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas.

Características definitorias. Alteración en el patrón respiratorio, a la auscultación campos pulmonares, hipoventilación simétrica bilateral acusada, ron cantes, murmullo vesicular disminuido.

Factor relacionado. Mucosidad excesiva

Enunciado diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado Alteración en el patrón respiratorio, a la auscultación campos pulmonares, hipoventilación simétrica bilateral acusada, ron cantes, murmullo vesicular disminuido.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica (00274). Termorregulación ineficaz.

Características definitorias. Fluctuaciones de la temperatura corporal por debajo los límites normales.

Factor relacionado. Inmadurez.

Enunciado diagnóstico. Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por fluctuaciones de la temperatura corporal.

Planificación

Primer diagnóstico

(000339) Deterioro de la ventilación espontánea.

Resultados esperados. NOC 0403 Estado respiratorio: ventilación.

Indicadores. Utilización de los músculos accesorios.

Intervenciones/Actividades de enfermería. NIC 3320 Oxigenoterapia.

Actividades. a) Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares, b) preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado, c) comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita, d) controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda y e) observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

Segundo diagnóstico

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Resultados esperados. NOC 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.

Indicadores. Los indicadores fueron: capacidad de eliminar secreciones y acumulación de esputos.

Intervenciones. NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas.

Actividades. Son las siguientes: a) determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal, b) auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración, c) utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado, d) utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal y e) utilizar la presión adecuada.

Tercer diagnóstico

(0274) Termorregulación ineficaz

Resultados esperados. NOC 0801 Termorregulación: recién nacido.

Indicadores. Termorregulación (inestabilidad de la temperatura) y termorregulación (hipotermia).

Intervenciones. NIC 3900 Regulación de la temperatura.

Actividades. Son las siguientes: a) vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice, b) instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso y c) observar el color y la temperatura de la piel, d) observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia, e) colocar al recién nacido en una incubadora.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Fecha	Hora	Actividades
02/01/2022	8:00	-Se evalúa la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio
	12:00	-Se prepara el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado.
	19:00	-Se monitoriza los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
		-Se observa si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

Tabla 2

Ejecución de la intervención aspiración de secreciones para el diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Fecha	Hora	Actividades
02/01/2022	8:00	Se determina la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
	12:00	Se ausculta los sonidos respiratorios antes y después de la
	19:00	aspiración
		Se utiliza aspiración de sistema cerrado, según esté indicado.
		Se utiliza la presión adecuada.

Tabla 3

Ejecución de la intervención Regulación de la temperatura para el diagnóstico Termorregulación ineficaz

Fecha	Hora	Actividades
02/01/2022	8:00	-Se Comprueba la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
	12:00	-Se vigila la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
	19:00	-Se instaura un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
		-Se observa el color y la temperatura de la piel.
		- Se observa y registra si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Evaluación

Resultado. Estado respiratorio: ventilación

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado: Estado respiratorio, ventilación

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	2	4
Utilización de los músculos accesorios.	2	4

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: ventilación seleccionados para el diagnóstico patrón respiratorio ineficaz antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación moderada del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la mejora de la frecuencia respiratoria y disminución de la utilización de los músculos accesorios. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado. Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Capacidad de eliminar secreciones	2	4
acumulación de esputos	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado Estado respiratorio: ventilación seleccionados para el diagnóstico Limpieza ineficaz de las vías aéreas antes de las

intervenciones de enfermería fue de 2 (desviación moderada del rango normal), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve del rango normal), corroborado por la disminución de secreciones y la mejora de la frecuencia respiratoria y SpO₂. La puntuación de cambio fue de +2.

Resultado. Estado respiratorio: Termorregulación del recién nacido

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Termorregulación: recién nacido

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Hipotermia	3	4
Temperatura corporal inestable	3	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado Termorregulación: recién nacido seleccionados para el diagnóstico Termorregulación ineficaz antes de las intervenciones de enfermería fue de 3 (desviación moderada), después de las mismas, la moda fue de 4 (desviación leve), corroborado por la regulación de la temperatura. La puntuación de cambio fue de +1.

Resultados

En la etapa de la valoración, se recolecto datos de principalmente de la historia clínica, y como fuente secundaria de la madre del recién nacido. Se realizo el examen físico para complementar la información, posteriormente se organizaron los datos en la guía de valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Se tuvo dificultad en la recolección de datos de la fuente secundaria, ya que la madre del niño estaba en recuperación y no se contó con el tiempo necesario.

Para formular los diagnósticos se realizó un análisis de los datos más relevantes según la NANDA, se obtuvieron cinco diagnósticos de los cuales se priorizaron tres: Patrón respiratorio

ineficaz, Limpieza ineficaz de las vías aéreas y Termorregulación ineficaz, en esta etapa la dificultad se centró en la priorización de los diagnósticos, por la similitud en las características definitorias.

La planificación se desarrolló teniendo como referencia las taxonomías NOC y NIC. Se hizo un análisis para obtener resultados de enfermería que mejor se relacionen con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones sean coherentes con los resultados. Se hizo un análisis y reajustes en los indicadores de resultado. La dificultad en esta etapa del PAE estuvo en la determinación de la puntuación basal y la puntuación final.

La fase de la ejecución se pudo realizar si mayores dificultades, por la experiencia en los cuidados de calidad por parte del personal de enfermería.

La fase de la evaluación permitió hacer una retroalimentación de cada una de las etapas del PAE durante la atención de calidad que se brindó al paciente.

Los resultados de enfermería se detallan en la parte de evaluación.

Discusión

Deterioro de la ventilación espontánea

Según Herdman et al. (2021) es la incapacidad para iniciar y/o mantener una respiración independientemente que sea adecuada para el soporte de vida. Así mismo González y Estay, (2021) mencionan que el recién nacido prematuro por tener una pared torácica más débil y distensible, y por consecuencia debilidad de sus músculos respiratorios e irregularidad en el ritmo respiratorio, se le hace más difícil mantener un volumen pulmonar adecuado conduciendo a, fatiga y falla respiratoria. Según Lowdermilk et al., (2021) menciona que el recién nacido prematuro tiene una dificultad muy alta para atravesar la transición pulmonar de la vida

intrauterina a la extrauterina, y su inmadurez fisiológica, conllevará al deterioro de la ventilación espontánea.

Teniendo en cuenta las definiciones para la etiqueta diagnóstica mencionada y por considerar que es vital para mantener la integridad del paciente recién nacido prematuro se priorizó como primer diagnóstico a intervenir, evidenciando la siguiente característica definitorias: Disminución de la saturación de oxígeno= 88% uso de los músculos accesorios para respirar y aumento de la frecuencia respiratoria.

El patrón respiratorio o frecuencia respiratoria ineficaz, la inspiración o espiración no proporciona una adecuada ventilación, produciendo una disminución de la presión inspiratoria trayendo como consecuencia el aumento de la frecuencia respiratoria por minuto. (Cochachi y Mayorca, 2020).

En el recién nacido prematuro existe probabilidad considerable en que la transición pulmonar sea problemática, debido a la inmadurez presentando problemas tales como: menor cantidad de alveolos funcionales, deficiente concentración de agente tensoactivo y vías respiratorias con luz de calibre más pequeñas, tal como es el caso del paciente RNP en estudio (Lowdermilk et al., 2020).

La característica definitoria del presente diagnóstico es: uso de los músculos accesorios para respirar, citando a Sweet y Foley (2021) cuando el trabajo respiratorio aumenta en los recién nacidos con dificultad respiratoria, como se demuestra por el uso de los músculos accesorios para respirar. A medida que aumenta el trabajo respiratorio, se puede observar tiraje intercostal, subesternal y supraclavicular.

El factor relacionado del presente diagnóstico es fatiga de los músculos respiratorios la cual ocurre cuando existe una inspiración y espiración forzada, que ocasione en el paciente un

distrés respiratorio y, como la respiración activa supone un alto gasto calórico lo cual se traduce en fatiga de los músculos accesorios, generando un patrón respiratorio ineficaz (Moore, 2020).

En el paciente en estudio, el patrón respiratorio ineficaz se da por inmadurez neurológica y física del recién nacido al ser prematuro, la cual no permite el adecuado ritmo ni la adecuada profundidad de la respiración, dejando como consecuencia riesgos a otras complicaciones como, acumulo de secreciones, deterioro del intercambio gaseoso e hipoxemia (Jaramillo, 2019).

Los pacientes pretérminos con el diagnóstico de enfermería “Patrón respiratorio ineficaz” son comunes en las áreas de cuidado crítico neonatal, existen múltiples complicaciones que viven estos niños, sin embargo, una de ellas y que ciertamente es de vital importancia es el proceso de oxigenación, esto se puede ver ya sea como problema a resolver en el momento o bien estar alertas a complicaciones médicas que cursan concomitantes con el problema mencionado, tal es el caso de la displasia broncopulmonar. (Guerrero, 2018).

En un estudio titulado “Proceso de atención de enfermería a paciente con cardiopatía neonatal del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2022”, en donde refiere el deterioro de la ventilación espontánea está relacionado con la fatiga de los músculos respiratorios y que en la mayoría de recién nacidos con este problema será necesario el apoyo ventilatorio (Fernandez y Tumay, 2022).

Así mismo se encontró similitud en otro estudio denominado “Monitoreo hemodinámico en neonatos con cardiopatía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales” en donde se menciona que el deterioro de la ventilación espontánea es el de mayor abordaje en los recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio (Arge, 2021).

El deterioro de la ventilación espontánea se relaciona directamente con la fatiga de los músculos respiratorios por prematuridad y el síndrome de distrés respiratorio por inmadurez pulmonar y deficiencia de surfactante (Gleason y Juul, 2018d).

El resultado para esta etiqueta diagnóstica se consideró el estado respiratorio ventilación (Moorhead, 2018a). La intervención para esta etiqueta diagnóstica oxigenoterapia. Según Jordán et al.,(2021) refiere que parte de los fundamentos de la atención neonatal de pacientes críticos es asegurar la vía aérea y soporte respiratorio, asimismo vigilar la frecuencia respiratoria, dificultad respiratoria, movimiento torácico, control del dolor y estrés.

Una de las actividades a considerar fue evaluar la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio (Moorhead, 2018b). Según Adramunio (2022) las principales actividades de enfermería en los pacientes con SDR, son: controlar la frecuencia respiratoria, ritmo profundidad y esfuerzo respiratorio además vigilar los parámetros del respirador, temperatura del humidificador.

También se realizó la actividad de preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado (Moorhead, 2018c). De acuerdo con Tejada, (2021) para iniciar terapia con oxígeno en los recién nacidos, este debe ser calefactado, humidificado y administrado con un sistema cómodo y bien tolerado por el neonato.

También se monitorizo los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, disnea. (Moorhead, 2018d). Según Mezquita et al. (2018) la disnea se asocia a menudo con el aumento de los músculos accesorios para respirar, porque el esfuerzo respiratorio adicional exige mecanismos compensatorios para la respiración, así el patrón respiratorio presentara cambios en el ritmo, frecuencia y/o profundidad, como taquipnea, hiperventilación, bradipnea.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (saturación de oxígeno) (Moorhead, 2018e).

Según Velasco (2021) los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria y con apoyo ventilatorio es importante valorar la saturación de oxígeno de manera continua.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Herdman et al. (2021) define la limpieza ineficaz de las vías aéreas como la “Capacidad reducida para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener despejadas las vías respiratorias”.

Así mismo Gamonal y Sanchez, (2022) mencionan que la limpieza ineficaz de las vías aéreas es cuando el tracto respiratorio tiene incapacidad de expulsar aquellas secreciones que se encuentran en el tracto respiratorio.

Según, Resnik et al., (2019) el líquido pulmonar fetal es esencial para el desarrollo normal de los pulmones, su eliminación es igualmente fundamental para la adaptación respiratoria normal del recién nacido. Si los mecanismos de eliminación de líquidos son inmaduros y carentes de surfactante pulmonar, el neonato presentará taquipnea transitoria del RN.

Se evidenció en el paciente las siguientes características definitorias: acumulación de secreciones en regulares cantidades, la disminución de la SPO₂. 80%, ruidos patológicos roncales en ambos campos pulmonares (Herdman et al., 2021). Como lo sostiene Walsh (2019), la limpieza inefectiva de las vías respiratorias en un recién nacido con síndrome de distrés respiratorio puede tener graves consecuencias para la salud del bebé. Esto puede ocurrir debido a la acumulación de secreciones y fluidos en los pulmones y las vías respiratorias, lo que puede dificultar la respiración y aumentar el riesgo de infección, además, la retención de secreciones y fluidos en los pulmones puede empeorar la hipertensión pulmonar y aumentar la carga en el

corazón, lo que puede llevar a complicaciones graves, incluyendo insuficiencia cardíaca y daño en los pulmones.

El factor relacionado de esta etiqueta diagnóstica es Mucosidad excesiva (Herdman et al., 2021). Según Pareja (2018) las inspiraciones del recién nacido pretérmino no proporcionan una ventilación adecuada debido a la presencia de mucosidad excesiva y líquido en los espacios intersticiales, acompañado de ruidos respiratorios anormales.

Por otra parte Pareja (2018) menciona que los recién nacidos pretérminos tienen factores que impiden que movilicen secreciones, inmadurez, poca presión en la espiración e inspiración, reflejo tusígeno disminuido, que aumentan la producción de secreciones e impiden el mecanismo normal de limpieza de las vías aéreas, por lo tanto, es importante la aspiración de estas secreciones para evitar la obstrucción de las vías aéreas y facilitar los mecanismos de la ventilación y oxigenación, así como la prevención de complicaciones.

Según Villafuerte (2019) en su trabajo académico Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018 encontró que uno de los principales problemas en los pacientes con esta patología es el la limpieza ineficaz de las vías aéreas. Así mismo Valenzuela (2019) en su trabajo académico Proceso enfermero a paciente prematuro con bajo peso al nacer, SDR en la UCIN de un hospital de Lima, 2018, considero que uno de los principales problemas a abordar en pacientes con la patología mencionada es el limpieza ineficaz de las vías aéreas.

También se encontró similitud en el estudio de Jaramillo (2019) “Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato con síndrome de distrés respiratorio tipo I y muy bajo peso al

nacer en una clínica privada de Lima, 2018” en el cual considero como segundo diagnóstico a intervenir a la limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Los recién nacidos prematuros con SDR pueden tener infiltrados los pulmones, los espacios alveolares ocupados por secreciones, y por su incapacidad para movilizar secreciones las vías aéreas pueden perder la capacidad de ventilar adecuadamente. (Gleason y Juul, 2018e)

Como resultado se eligió: estado respiratorio permeabilidad de las vías aéreas y como indicadores, estado respiratorio capacidad para elimina secreciones y acumulación de esputos.(NOC, 2018) . Según Hockenberry et al. (2019) el desarrollo de la actividad refleja en los recién nacidos prematuros solo es parcial: la succión está ausente, es débil o ineficaz, los reflejos de deglución, nauseoso y tusígeno están ausentes o débiles, por ello la capacidad de eliminar secreciones en los recién nacidos prematuros está disminuido o ausente trayendo como consecuencia la acumulación de secreciones en las vías respiratorias.

Una de las intervenciones realizadas fue valorar la necesidad de aspiración oral o traqueal (NIC, 2018). Según Hockenberry et al., (2019) se debe realizar la aspiración de secreciones solo cuando sea necesario, y debe estar basada en la valoración individual del lactante, la cual comprende la auscultación del tórax, evidencia de menor oxigenación o irritabilidad del lactante.

Así mismo auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. Como lo menciona Perry et al., (2021) la importancia de auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración en el contexto de la evaluación de la función respiratoria en pacientes. La auscultación de los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración ayuda a determinar si la aspiración ha tenido algún efecto negativo en la función respiratoria del paciente.

También se realizó aspiración con sistema de aspiración cerrado (NIC, 2018). Como lo menciona López, (2020) el sistema de aspiración cerrado permite aspirar al paciente sin

desconectarlo de la ventilación, quedando la sonda siempre protegida mediante una camiseta de plástico. Las ventajas de no desconectar al paciente evitan fugas y con ello menor pérdida de volumen pulmonar, se mantiene la oxigenación, disminuye el riesgo de padecer neumonía y limita la contaminación ambiental de personal y pacientes.

También se utilizó la presión adecuada para realizar la aspiración NIC, (2018). Como lo refiere Ayala et al. (2018) Para realizar el procedimiento de aspiración en recién nacidos se debe usar la presión adecuada de acuerdo con la edad y peso del paciente; en el neonato es de 20 a 100mm/Hg ya que presiones excesivas producen lesiones en la mucosa que favorece la colonización de microorganismos hospitalarios.

Termorregulación ineficaz

En Heardman et al. (2021) menciona que la termorregulación ineficaz es la fluctuación de temperatura entre hipotermia e hipertermia. Asimismo Menezes de Aquino et al., (2020) mencionan que la termorregulación ineficaz tiene como indicador clínico principal, variaciones de la temperatura corporal. Las demás manifestaciones clínicas dependerán del rango de variación, cuando los recién nacidos pretérmino alcanzan temperaturas extremas, manifestaran signos clínicos de hipertermia o de hipotermia. También hacen mención que muy a pesar que los neonatos posean mecanismos naturales eficientes que regulan la temperatura, tales como el hipotálamo y la vía endocrina, que controlan a través de la termogénesis química, estos mecanismos pueden ser suprimidos por la prematuridad.

Los recién nacidos luego de nacer pueden perder calor con rapidez y este riesgo aumenta cuando el recién nacido es pre término. De acuerdo con Lee et al., (2021) la hipotermia en el momento del ingreso a la UCIN se asocia con mayor morbilidad y mortalidad. En un intento por

mantener el equilibrio térmico, el neonato aumenta el metabolismo celular y el consumo de oxígeno, lo que aumenta el riesgo de hipoxia, problemas cardio respiratorios y acidosis.

La temperatura corporal es el resultado del balance entre los mecanismos de producción y de eliminación de calor. En los recién nacidos pretérmino y de bajo peso al nacer, mantener un estado normo técnico es un área de mucha dificultad, que las características fisiológicas que los caracteriza son limitadas para obtener el estado homeotérmico de acuerdo con las variaciones de temperatura del entorno, esto conlleva a desarrollar con frecuencia hipotermia (Hernandez, 2021).

Considerando lo mencionado, y la importancia del adecuado manejo de la regulación de la temperatura en el recién nacido prematuro por su implicancia en el daño irreversible que puede ocasionar en la su salud. De acuerdo con Lopez, (2020) la hipotermia es de mayor peligro en los recién nacidos prematuros ya que podría agravar cualquier enfermedad preexistente y podría resultar fatal, dada la importancia de mantener la termorregulación en el recién nacido prematuro es que se eligió como tercer diagnostico a intervenir.

Como afirma Rodgers & Salkind, (2020) la temperatura corporal de los neonatos es muy inestable ya que tienden a perder calor rápidamente por falta de reservas de grasa en su cuerpo, por lo cual se deberán usar estrategias para mantener la temperatura corporal.

El factor relacionado de la etiqueta diagnostica es inmadurez (Herdman et al., 2021). Como señalan D. Lowdermilk et al., (2020) los recién nacidos prematuros son sensibles a la inestabilidad térmica dada su gran superficie corporal en relación a su peso, tienen alto riesgo a perdida de calor, ya que presentan los siguientes factores que los exponen a la pérdida de calor: mínima grasa subcutánea aislante, limitados depósitos de grasa parda (una fuente interna para generación de calor presente en el recién nacido pretérmino), capilares frágiles, disminución o

ausencia del reflejo de los capilares cutáneos, actividad inadecuada de la masa muscular lo cual impide que el recién nacido prematuro produzca su propio calor, deficiente tono muscular, que causa exposición de mayor superficie corporal a los efectos de enfriamiento del ambiente y centro encefálico de termorregulación inmaduro.

El resultado para la etiqueta diagnóstica fue termorregulación del recién nacido Moorhead et al. (2018) y como intervención la regulación de la temperatura Butcher et al. (2018) se desarrollaron las siguientes actividades para preservar la salud del recién nacido pretérmino en estudio.

Apartar al recién nacido del ambiente frío (Butcher et al., 2018). Citando a Lee et al., (2021) es necesario establecer una cadena de calor para regular la temperatura del recién nacido pretérmino, esta cadena de calor será la siguiente: la sala de parto debe estar a una temperatura de 25°C a 28°C, precalentar todas las sábanas y superficies con las cuales estará en contacto el recién nacido, reanimar con oxígeno a temperatura ambiente y humidificado a temperatura de la misma, secar pies y cabeza inmediatamente después del parto, proporcionar la ingesta calórica para mantener el calor, abrigarlos con dos capas de ropa, contacto piel a piel, facilitar un transporte caliente (incubadora), todo el equipo de salud debe estar formado e informados adecuadamente sobre los principios de la cadena de calor.

Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. (Butcher et al., 2018). Desde el punto de vista de Aguilar, (2020) se debe controlar la temperatura del recién nacido pretérmino cada 30 minutos de forma manual hasta que se logre la termorregulación completa 36°C-37°C, de esta manera se podrá evaluar la efectividad del sistema.

También se instauró un dispositivo de monitorización de temperatura central continua (NIC, 2018). Como afirma Landom et al., (2022) los recién nacidos prematuros pierden calor

con mucha facilidad por lo cual será necesario controlar la temperatura con frecuencia por lo cual se debe considerar colocarle un sensor de temperatura.

Así mismo se observó el color y la temperatura de la piel (Butcher, 2018). Como lo menciona Kliegman et al., (2020) la piel y los tejidos subcutáneos de los recién nacidos prematuros son finos y delicados, y su capacidad para regular la temperatura y mantener una buena circulación sanguínea puede verse comprometida. Por lo tanto, es importante monitorear de cerca el color y la temperatura de la piel de los recién nacidos prematuros para detectar cualquier signo de desequilibrio en la temperatura o circulación sanguínea, que pueden ser indicativos de un problema médico.

También se realizó la siguiente actividad, observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia (Butcher, 2018). Como lo mencionan Aziz et al. (2020) la observación y registro de signos y síntomas de hipotermia e hipertermia en recién nacidos prematuros. En particular, se discute la importancia de mantener una temperatura adecuada para el recién nacido prematuro y se describen los signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Conclusiones

Se concluye que según los problemas y/o necesidades identificadas en el recién nacido pretérmino se logró gestionar el proceso de atención enfermero, abordando sus cinco etapas, que permitió proveer los cuidados oportunos y asertivos para solucionar los problemas identificados, por consiguiente, el paciente mostro una evolución favorable en el transcurso del tiempo.

Cabe resaltar la relevancia del profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos neonatales, para ejecutar con mayor destreza y eficiencia los cuidados de enfermería, y así contribuir en la mejoría de la salud en los recién nacidos que ingresan a hospitalización por diversas patologías.

Bibliografía

- Adramunio, E. (2022). *Cuidado enfermero en neonatos con distrés respiratorio, Servicio de Neonatología, Hospital San Vicente de Paul-2022*. Universidad Técnica del Norte. [Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería]. Repositorio digital. Universidad Técnica del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/12676>
- Aguilar Pérez, T. (2020). *Cuidados enfermeros al recién nacido*. Editorial Elearning.
- Arge, J. (2021). *Monitoreo hemodinámico en neonatos con cardiopatía en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales* [Trabajo académico]. DSpace Repository. Universidad Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11585>
- Ayala, M., Galeana, K., y Valencia, B. (2018). [Universidad Autonoma de Guerrero]. http://forschungsunion.de/pdf/industrie_4_0_umsetzungsempfehlungen.pdf%0Ahttps://www.dfki.de/fileadmin/user_upload/import/9744_171012-KI-Gipfelpapier-online.pdf%0Ahttps://www.bitkom.org/sites/default/files/pdf/Presse/Anhaenge-an-PIs/2018/180607-Bitkom
- Avery, G.B. y Fletcher M.A. (2001). *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*. Editorial Médica Panamericana.
- Aziz, K., Lee, H. C., Escobedo, M. B., Hoover, A. v., Kamath-Rayne, B. D., Kapadia, V. S., Magid, D. J., Niermeyer, S., Schmölder, G. M., Szyld, E., Weiner, G. M., Wyckoff, M. H., Yamada, N. K., y Zaichkin, J. (2020). Part 5: Neonatal Resuscitation: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16_suppl_2). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000902>
- Barriga, M., Garcia, K., y Parra, L. (2020). *Percepción de utilidad de una herramienta de*

valoración física por patrones funcionales de marjory gordon, empleada por estudiantes de enfermería en práctica formativa, bogotá 2020 [Trabajo de Grado]. Fundacion Universitaria Juan N. Corpas.

https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/111/MaríaAlejandraBarrigaMartínez_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cochachi, A. y Mayorca, J. (2020). *Valoración del patrón respiratorio y suspensión oportuna de oxigenoterapia en usuarios del servicio de emergencia del hospital félix mayorca soto, tarma – 2020*. [Tesis de segunda especialidad]. Univerddidad Nacional del Callao.

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4353/VIVANCO_MEDRANO_FCS_2DA ESPEC_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Fernandez, Y., & Tumay, K. (2022). *Proceso de atención de enfermería a paciente con cardiopatía neonatal del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2021*. Universidad Peruana Unión. [Trabajo académico para obtener el Título de Segunda Especialidad de Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales].

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6001>

Gamonal, E., y Sanchez, M. (2022). *Proceso enfermero aplicado a recién nacido pre término con síndrome de distrés respiratorio y bajo peso al nacer de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2021..* [Trabajo académico].Repositorio Institucional. Universidad Peruana Unión.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5574>

Gleason, C., y Juul, S. (2018). *Avery. Enfermedades del recién nacido* (10^{ma} ed.). Elsevier.

González, Á., y Estay, A. (2021). Ventilación Mecánica En El Recién Nacido Prematuro

Extremo, ¿Hacia Dónde Vamos? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(6), 682–689.

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.10.006>

Guerrero Rodriguez, L. M. E. (2018). Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes

Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz [Tesina]. Universidad Autonoma de San Luis de Potosí.Repositorio Institucional.

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4627/TESINA%20FINAL%20%20MYRIAM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Herdman, H., Shigemi, F., y Takáo, C. (2021) (eds.). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023* (12^{va} ed.). Thieme.

Hernandez Flores, A. (2021). *Intervenciones Estandarizadas del Cuidado de Enfermería en Recién Nacidos Prematuros* [Tesis de maestría]. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 1–47.

http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/5657/FE-M-2021-0934.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hockenberry, M., Wilson, D., y Rodgers, C. (2019). *Wong. Enfermería Pediátrica* (10th ed.). Elsevier.

Jaramillo, L. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato con síndrome de distrés respiratorio tipo I y muy bajo peso al nacer en una clínica privada de Lima, 2018*. Universidad Peruana Unión [Trabajo de Investigacion para aspirar al Título de segunda especialidad profesional de enfermeria en Cuidados Intensivos Neonatales].

Jordán, R., Boix, H., Sánchez, L., Cernada, M., de las Cuevas, I., y Couce, M. L. (2021).

Recommendations on the skills profile and standards of the neonatal transport system in Spain. *Anales de Pediatría*, 94(6), 420.e1-420.e11.

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.02.004>

- Kliegman, R., Marcandante, K. J., Behrman, R. E., & Jenson, H. B. (2020). Nelson. Tratado de pediatría. In *Tratado de pediatría* (p. 4336).
https://books.google.com.pe/books?id=YgDpDwAAQBAJ&pg=PA904&dq=Nutrici3n+ent+eral+y+parenteral+en+reci3n+nacidos+prematuros&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiZm_SBi_T5AhVJHLkGHVGYDiAQ6AF6BAgJEAI#v=onepage&q=Nutrici3n+ent+eral+y+parenteral+en+reci3n+nacidos+prematuros
- Landom, M., Galan, H., Jauniaux, E., Driscoll, D., Berghella, V., Grobman, W., Kilpatrick, S., & Cahill, A. (2022). *Gabbe Obstetricia Embarazos normales y de riesgo* (8th ed.). Elsevier España, S.L.U.
- Lee, S., Carter, B. S., Enzman, M., & Niermeyer, S. (2021). *Merenstein y Gardner. Manual de Cuidados Intensivos Un enfoque interprofesional* (9th ed.).
- Lopez, A. (2020). *T3cnicos Especialistas en Radiodiagn3stico Temario Específico* (S. Rodio (ed.); 2nd ed.).
- L3pez, I. (2020). Sistemas de aspiraci3n de secreciones cerrados: indicaciones y cuidados. *Revista Ene*, 15(1), 1–11. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v15n1/1988-348X-ene-15-01-1051.pdf>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2021). *Cuidados en Enfermería materno-infantil* (Issue 3, pp. 4–5).
https://books.google.com.pe/books/about/Cuidados_en_enfermeria_materno_infantil.html?id=SQj2DwAAQBAJ&redir_esc=y
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Olshansky, F. (2020). *Cuidados en Enfermería materno-infantil* (12th ed.). Elsevier España, S.L.U.
- MacDonald, M., & Seshia, M. (2017). *Avery. Neonatología* (7m ed.). Wolters Kluwers.

Matos-Alviso, L. J., Reyes-Hernández, K. L., López-Navarrete, G. E., Reyes-Hernández, M. U., Aguilar-Figueroa, E. S., Pérez-Pacheco, O., Reyes-Gómez, U., López-Cruz, G., Flores-Morillón B.C., Quero-Hernández, A., & Quero-Estrada, A. (2020). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Revista Médico-Científica de La Secretaría de Salud Jalisco*, 3(1), 179–186.

Menezes de Aquino, W. K., de Oliveira Lopes, M. V., Da Silva, V. M., & Gutiérrez Barreiro, R. (2020). Precisión de las características definitorias del diagnóstico de enfermería termorregulación ineficaz en recién nacidos. *Enfermería Clínica*, 30(6), 377–385.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.011>

Mesquita de Sousa, T., Martins da Silva, V., Cavalcante Fontenele, F., Venícios de Oliveira Lopes, M., Ramos Araújo, A., Viana Cardoso Dantas, A. V., Dias Vieira, L. G., & Alteniza Leandro, T. (2018). Prevalência dos diagnósticos de enfermagem respiratórios em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20.
<https://doi.org/10.5216/ree.v20.51724>

MINSA PERÚ. (2021). *Sede del Minsa y otros establecimientos de salud se iluminaron de morado por Día Mundial del Niño Prematuro*.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/558904-sede-del-minsa-y-otros-establecimientos-de-salud-se-iluminaron-de-morado-por-dia-mundial-del-nino-prematuro>

MINSA PERÚ. (2022). Vigilancia epidemiológica de la mortalidad perinatal y neonatal Perú, primer semestre 2022 (SE 1-26). In *Boletín Epidemiológico del Perú* (Vol. 31).
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202226_26_125857.pdf

Montero, G. H., Díaz, J. D., Pérez, F. P., Hernández, Y. A., Díaz, V. B., & Fragoso, R. H. (2022). Análisis bibliométrico de publicaciones sobre el Proceso de Atención de Enfermería

del período 2015-2020. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1), 1–14.

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4169/814>

Moore, K., Persaud, T., & Torchia, M. (2021). Desarrollo Embrionario. In *Development of Non-Teleost Fishes*. Elsevier España, S.L.U.

Moore, L. (2020). *Lo esencial en Neumología* (P. Xiu & S. Datta (eds.); 5th ed.).

Butcher, H., Bulechek, G. Dochternan, J. Wagner, C. (eds.) (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC* (7^{ma} ed.). Elsevier.

Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. L. (eds.) (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (6^a ed.). Elsevier.

Núñez, S., Ramírez, P., Gil, M., Abarca, L., & Solis, J. (2019). *El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación*. 1–17.

<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3555>

OMS. (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Pareja, L. (2018). *Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018* [Universidad Peruana Unión.[Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de L].

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1861/Lisette_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Perry, A., Potter, P., & Ostendorf, W. (2021). *Clinical Nursing Skills & Techniques* (10th ed.). Elsevier Inc.
- Resnik, R., J. Lockwood, C., R. Moore, T., F. Greene, M., A. Copel, J., & M. Silver, R. (2019). *Medicina Materno-Fetal: Principios y práctica*.
- Rodgers, A., & Salkind, J. (2020). *Lo esencial en Pediatría*. Elsevier España, S.L.U.
- Suarez, M., Naranjo, J., & Ferndandez, L. (2018). *Trayectoria de investigación de la Facultad de Enfermería Hechos y realidades*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Sweet, V., & Foley, A. (2021). *Sheehy Enfermería de Urgencias Principios y Practicas* (7th ed.). Elsevier España, S.L.U.
- Tejada, C. (2021). *Conocimiento sobre administración de oxígeno y su relación con el cuidado de enfermería para la prevención de la retinopatía en el neonato prematuro hospitalizado en un hospital de la selva peruana en el año 2021* [Universidad Norbert Wiener. [Trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en cuidados intensivos neonatales]]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5983>
- Valenzuela Veliz, J. L. (2019). *Proceso de atención de enfermería a paciente recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer, síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018*. 49. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2170/Lizet_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Velasco, K. (2021). *Proceso de Atención de Enfermería en paciente prematuro con insuficiencia respiratoria* [Universidad Tecnica de Babahoyo. [Dimensión Practica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado en Enfermería]]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/12756>

Villafuerte, L. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018* [Universidad Peruana Unión.[Trabajo de Investigación para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales]].

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2088/Luz_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Walsh, B. (2019). *Neonatal and Pediatric Respiratory Care* (5th ed.). Elsevier Inc.

Wilmott, W., Li, A., Ratjen, F., & Sly, P. (2019). *Kendig Enfermedades respiratorias en niños*.
https://books.google.com.pe/books?id=p-2KDwAAQBAJ&pg=PA341&dq=inmadurez+pulmonar+recien+nacidos&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwib2IHm_ur5AhVYMLkGHdUTCgYQ6AF6BAgIEAI#v=onepage&q=inmadurez+pulmonar+recien+nacidos&f=false

Apéndices

Apéndice A: Planes de cuidado

DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANEACION				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal	Puntuación diana (1-5)	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de los músculos de la respiración evidenciado por saturación de oxígeno disminuida, mayor uso de músculos accesorios.	Resultado NOC 0403 Estado respiratorio: ventilación.	2	Mantener en:	Intervención 3320 oxigenoterapia				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Desviación grave del rango normal: 1 Sin desviación del rango normal: 5			Se llevan a cabo evaluaciones iniciales y finales del estado físico del paciente durante el turno, que incluyen la auscultación de los pulmones, el monitoreo de los parámetros de la ventilación y los cambios que ocurren a lo largo del turno.	→	→	→		
	Indicador:			-Se evalúa la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio	→	→	→		
	Frecuencia respiratoria	2		-Se prepara el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado.	→	→	→	4	
	Utilización de los músculos accesorios.	2		-Se monitoriza los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.	→	→	→	4	
			-Se observa si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.	→	→	→			

DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANEACION				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal	Puntuación diana (1-5)	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado Alteración en el patrón respiratorio, a la auscultación campos pulmonares, hipoventilación simétrica bilateral acusada, roncales, murmullo vesicular disminuido.	Resultado NOC 0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	2	Mantener en:	Intervención 3160 aspiración de las vías aéreas				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Desviación grave del rango normal: 1 Sin desviación del rango normal: 5			Se llevan a cabo evaluaciones iniciales y finales del estado físico del paciente durante el turno, que incluyen la auscultación de los pulmones, el monitoreo de los parámetros que puedan determinar una necesidad de aspiración de secreciones.	→	→	→		
	Indicador:			-Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.	→	→	→		
	capacidad de eliminar secreciones	2		-Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración	→	→	→	4	
	acumulación de esputos.	2		-Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado.	→	→	→	4	
			-Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.	→	→	→			
			-Utilizar la presión adecuada.	→	→	→			

DIAGNOSTICO ENFERMERO	PLANEACION				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal	Puntuación diana (1-5)	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por fluctuaciones de la temperatura corporal.	Resultado NOC 0801 Termorregulación: recién nacido	2	Mantener en:	Intervención 3900 regulación de la temperatura.				4	+2
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: Desviación grave del rango normal: 1 Sin desviación del rango normal: 5			Se llevan a cabo evaluaciones iniciales y finales del estado físico del paciente durante el turno, monitoreo de la temperatura.	→	→	→		
	Indicador:			-Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.	→	→	→		
	Inestabilidad de la temperatura	2		-Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.	→	→	→	4	
	Hipotermia	2		-Observar el color y la temperatura de la piel.	→	→	→	4	
				-Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.	→	→	→		
			-Colocar al recién nacido en una incubadora.	→	→	→			

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN UCI – UCIN NEONATAL

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: TM_Fecha de Nacimiento: 2/01/2022 días de vida: Sexo: F () M (X) Historia Clínica: **92502238** N° Cama: 03
 DNI N° **92502238** Teléfono: 908 734 231 Procedencia: Admisión () Sala de partos () SOP () Emergencia ()
 Referencia (X) Consultorios Externos () Peso: 1670 gr Talla: 43 cm Perímetro Cefálico: 30 cm Perímetro Abdominal: 25cm
 Perímetro torácico: 26cm PA: __ FC: 140x' FR: 56x' T°: 36.5 Sat. O2 94% Grupo y Factor del RN: B RH+ _____ Fuente de
 Información: Madre: Padre: _ Familiares: Otros: Historia Clínica Grupo y factor de la Madre: B RH+ Grupo y factor del padre: _
 Motivo de Ingreso: Recién Nacido Pretérmino (RNPT) Diagnóstico Médico: RNPT, síndrome de distrés respiratorio SDR/ Enfermedad
 de membrana Hialina EMH, DC sepsis neonatal Fecha de Ingreso: 01/01/2022 Fecha de Valoración: 02/01/2022 Grado de Dependencia:
 I () II () III () IV (X) Persona Responsable: Susan Aguilar Chávez Cel: 979482671

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

DM () TBC () SDR (x) Convulsión () COVID () TORCH: SI / NO __ otros: _

Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____

Antecedentes Perinatales

Embarazo normal () complicado (x) Control prenatal si () no (x) n° de controles () Parto Eutócico ()

Distócico (x) Motivo de la Cesárea: Podálico, RPM Traumatismo del parto: No (x) Si () Especificar: _____

Estado de Higiene: Bueno () Regular (x) Malo ()

Factores de Riesgo:

APGAR 1 min (6) 5 min (9)

Peso al nacer (1670x') Talla al nacer (43x') PC: 30x' PT: 26x' PAB: 25x' Edad Gestacional: 36ss Pretérmino: Si () No (x)

Líquido Amniótico: Claro (x), Meconial Fluido () Meconial Espeso () Sanguinolento () Oligohidramnios () Bajo Peso: Si

(x) No () Macrosómico Si () No (x) Vacunas Completas: Si () No (x) Vacunas BCG () HVB () Hospitalizaciones

Previas: Si () No (x) Motivo: __Tiempo: __Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No (x)

PATRON RELACIONES-ROL

pecifique: _____

Compañía de los padres: Si (x) No ()

Recibe Visitas: Si () No ()

Comentarios: _____

Relaciones Familiares: Buena (x) Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si (x) No ()

Familia Nuclear: Si (x) No () Familia Ampliada Si () No () Padres Separados: Si () No () Padres Adolescentes: Si () No ()

Otros: _____

Especifique: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Comentarios: _____

Reflejos:

Moro () búsqueda () succión () deglución ()

Babinski () reflejo presión palamar ()

Tono muscular

Normal () hipotónico (x) hipertónico ()

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto ()

Dormido () activo () Reactivo () aletargado (x) Somnoliento () Irritable () Estupor () Coma ()

Comentarios: _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No Reactivas (x) Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()

Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm () Foto Reactivas: Si () No ()

Comentarios: _____

PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: Católica Bautizado en su Religión: Si () No (x) Restricción Religiosa: _____

Religión de los Padres: Católico (x) Evangélico () Adventista ()

Otros: _____ Observaciones: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (x) Hipo activo () Hiperactivo () **Estado Emocional:** Tranquilo () Irritable ()

Llanto Persistente: Si () No (x) Comentarios: _____

Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si () No ()

Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad (x) Indiferencia () Rechazo ()

Comentarios: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: Nº de horas de Sueño: _____ Alteraciones en el Sueño: Si () No (x)

Especifique: _____ Motivo: _____ Lugar: Incubadora (x) Servocuna ()

Cuna ()

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 68 Eupnea () taquípnea (x) bradipnea () Amplitud: Superficial (x)

Profunda () Disnea () Aleteo nasal (x) Apnea () Tiraje Intercostal (x) Retracción Xifoidea () Quejido Espiratorio ()

Mov. Torác - Abdom () **Tos Ineficaz:** Si () No ()

Secreciones: Si (x) No () Características Escasas () Blanquecinas () Abundantes () Verdosas ()

Fluidas (x) Hemáticas () Densas ()

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP () Claros () Roncantes (x) Sibilantes () Crepitantes () Otros: _____

Oxigenoterapia:

Si (x) No () Modo: CPAP Saturación de O2: 95% Enuresis. Si () No () Comentarios: _____

Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica () FIO2 () Modo ventilatorio () Cánula Binasal () Hood ()

CPAP (x)

Parámetros Ventilatorios: _____ **Drenaje Torácico:** Si () No (x) Oscila Si () No ()

Comentarios: _____

Actividad Circulatoria: Pulso: Regular (x) Irregular () FC / Pulso Periférico: 140 PA: __ **Llenado Capilar:** < 2" (x)

> 2" ()

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje () Otros: _____ Especifique: _____
Comentarios: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal () Rosada () Pálida (x) Cianótica () Ictérica () Fría () Tibia () Caliente () Rubicundo ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: 35.4 Hipertermia () Normotermia () Hipotermia (x)

Coloración: Normal () Cianótica (x) Ictérica () Fría () Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()

Observación: _____

Hidratación: Hidratado (x) Deshidratado ()

Observación: _____

Edema: Sí () No (x) () + () ++ () +++ ()

Especificar Zona: _____

Comentarios: _____

Fontanelas: Normotensa (x) Abombada () Deprimida () **Cabello:** Normal () Rojizo () Amarillo ()

Ralo (x) Quebradizo () Rasurado () Cabeza Caput () Hidrocefalia () Microcefalia ()

Anencefalia ()

Mucosas orales: Intacta (x) Lesiones () Observaciones: _____

Malformación Oral: Sí () No (x) Especificar: _____

Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Sí (x) No ()

Cuanto Perdió: 50gr

Apetito: Normal (x) Anorexia () Bulimia () Disminuido () Náusea () regurgitaciones () Vómitos () Cantidad:

_____ Características: _____ Dificultad para Deglutir: Sí (x) No () Especificar: _____

Alimentación: NPO () LME () LM (x) AC () Dieta () Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____

Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb () SNG () SOG (x) SGT () SY () Gastroclisis ()

Nutrición parenteral (x) Otros: _____

Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico () Doloroso () Comentarios adicionales: _____

Cordón umbilical: Vena (1) Arteria (2)

Herida Operatoria: Sí () No (x) Ubicación: _____ Características: _____ Apósitos y Gasas: Secos ()

Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____

Drenaje: Sí () No () Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Perfusión Tisular Renal: Clara (x) Turbia () Concentrada () Hematuria () Oliguria () Anuria ()

Perfusión Tisular Cerebral: Parálisis () Dificultad en la Deglución () Comentarios: _____

Presencia de Líneas Invasivas:

Catéter Periférico (x) Catéter Central () Catéter Percutáneo () Cat. Umb. Venoso () Cat. Umb. Arterial ()

Otros: _____ Localización: MID Fecha: 21/08/2021

Riesgo Periférico: Sí () No (x)

Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (x)

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis () Mov. Mioclónicos ()

Comentarios: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Permeabilidad Anal Sí (x) No () Nº Deposiciones/Día _____

Características: _____ Meconio () Transición (x) Amarillo () Grumoso ()

Pastoso () Melena () Color: _____ Consistencia: _____ Colostomía () Ileostomía () Comentarios: _____

Vesical:

Micción Espontánea: Sí (x) No () Características: _____

Clara (x) Coluria () Hematuria () Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal ()

Fecha de Colocación: _____

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones Anormales en Genitales: Sí () No (x) Especifique: _____

Otras Molestias: _____ Observaciones: _____

Testículos No Palpables: Sí (x) No () Fimosis Sí () No () Testículos Descendidos: Sí (x) No ()

Masas Escrotales Sí () No (x) Tratamiento Médico Actual: _____

Observaciones: _____

Nombre de la enfermero(a): _____

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

Turno: Mañana () Turno Tarde () Turno Noche ()

FECHA DE VALORACION: 02/01/2022

Apéndice C: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente prematuro con diagnóstico médico síndrome de distrés respiratorio,”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M. Este trabajo académico está siendo realizado por los Lic. Susan Liseth Aguilar Chávez y Juan Homero Ninaquispe Solano, bajo la asesoría de la Mtra. ELIZABETH GONZALES CARDENAS. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

TEST SILVERMAN ANDERSON

Grados Clínicos	ELEVACIÓN DE TORAX Y DEL ABDOMEN	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN DEL INFIENSO	DILATACIÓN DE LAS ALAS NASALES	QUEJIDO RESPIRATORIO
GRADO 0	 NULAMENTE	 NO ESTÁ	 AUSENTE	 AUSENTE	 NO ESTÁ
GRADO 1	 POCA ELEVACIÓN EN INSPIRACIÓN	 ARENAS VISIBLE	 ARENAS PEQUE	 LEVE	 SOPLO-BUENOS CON ESTETOSCOPIO
GRADO 2	 MUY LEVE	 MUY LEVE	 MUY LEVE	 MUY LEVE	 MUY LEVE

PUNTAJE	DIFFICULTAD RESPIRATORIA	PUNTAJE
0	NO DIFICULTAD RESPIRATORIA	EXCELENTE
1 - 4	AUSENTE O LEVE	SATISFACTORIO
5 - 7	MODERADA	GRAVE
8 - 10	SEVERA	MUY GRAVE

Estimación de la edad gestacional (Capurro)

						Puntaje
1	Forma de la oreja	Chato-deforme pabellón no incurvado 	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior 	Pabellón incurvado todo el borde superior 	Pabellón totalmente incurvado 	La edad gestacional se calcula sumando todos los puntajes parciales + 204 /7
2	Tamaño de la glándula	No palpable 	Palpable menor de 5 mm 	Palpable entre 5 y 10 mm 	Palpable mayor de 10 mm 	
3	Formación del pezón	Apenas visible sin areola 	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata 	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado 	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado 	
4	Textura de piel	Muy fina, gelatinosa 	Fina, lisa 	Más gruesa, descamación superficial discreta 	Gruesa, grietas superficiales, descamación en manos y pies 	
5	Pliegues plantares, surcos, líneas bien definidas, líneas mal definidas 	Sin pliegues 	Marcas mal definidas en la 1/2 anterior 	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, surcos en 1/3 anterior 	Surcos en la 1/2 anterior 	
						Surcos en más de la 1/2 anterior

Escala de kramer para medir la Ictericia Neonatal, Madrigal C, 2014

ESCALA DE KRAMER		
Nivel	Región anatómica	Niveles de bilirrubina
1	Cabeza y cuello.	5-6 mg/dL.
2	Miembros superiores, tórax y abdomen superior (hasta ombligo).	7-9 mg/dL.
3	Abdomen inferior y muslos (hasta rodilla).	10-12 mg/dL.
4	Piernas (hasta tobillos).	13-16 mg/dL.
5	Palmas y plantas.	> 17 mg/dL.

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Table II – Neonatal Infant Pain Scale

NIPS	0 point	1 point	2 points
Facial expression	Relaxed	Contracted	-
Cry	Absent	Mumbling	Vigorous
Breathing	Relaxed	Different than basal	-
Arms	Relaxed	Flexed/stretched	-
Legs	Relaxed	Flexed/stretched	-
Alertness	Sleeping/calm	Uncomfortable	-

Maximal score of seven points, considering pain ≥ 4 .