

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POST GRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente prematuro con
distrés respiratorio en el Servicio de Cuidados Intensivos
Neonatales de un hospital de Huánuco, 2021**

Trabajo académico

presentado para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales

Por:

Edith Luz Tuñita Hipólito Domínguez

Sonia Huaya Conde

Asesora:

Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, marzo del 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADEMICO

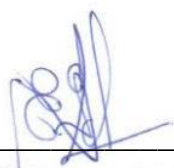
Yo Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente prematuro con distrés respiratorio en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Huánuco, 2021” que presentan las licenciadas Edith Luz Tuñita, Hipólito Domínguez y Sonia Huaya Conde, para aspirar al Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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


Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 16 días del mes de marzo de 2021.



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente prematuro
con distrés respiratorio en el Servicio de Cuidados Intensivos
Neonatales de un hospital de Huánuco, 202

Trabajo académico
Presentado para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Lima, 16 de marzo de 2022

Proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente prematuro con distrés respiratorio en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales

Lic. Edith Hipólito Domínguez^a Lic. Sonia Huaya Conde^b Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas^c

^{a y b} *Autora 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 presente trabajo de investigación utiliza el proceso del cuidado enfermero para brindar los cuidados integrales a paciente prematuro con distrés respiratorio en el Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. El objetivo fue gestionar el cuidado integral del neonato. Se utilizó un enfoque cualitativo, tipo caso clínico. Para recolectar información, se realizó la valoración a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon con el cual se identificaron 5 diagnósticos de enfermería y se priorizaron los siguientes diagnósticos: alteración del intercambio gaseoso asociado con el desequilibrio en la ventilación/perfusión evidenciada por aleteo nasal, disnea, tiraje intercostal y retracción xifoidea; termorregulación ineficaz relacionada con nacimiento prematuro, evidenciado en oscilación de la temperatura del cuerpo con valores superiores o inferiores del rango normal; y lactancia materna ineficaz relacionada con deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución. Asimismo, se diseñaron planes de cuidado y se ejecutaron las intervenciones planeadas inicialmente. De los resultados de la intervención se obtuvo puntajes de cambio de +2, +3 y +1. Se concluyó con resultados favorables respecto a la estabilidad del estado respiratorio, se logró estabilizar la termorregulación y se contrarrestó la alimentación ineficaz del neonato, mejorando su estado nutricional.

Palabras clave: proceso, enfermería; distrés respiratorio, recién nacido, pretérmino.

Abstract

This research work uses the nursing care process to provide comprehensive care to premature patients with respiratory distress in the Neonatal Intensive Care Service. The objective was to manage the comprehensive care of the newborn. A qualitative approach, clinical case type, was used. To collect information, the assessment was carried out through the 11 functional patterns of Marjory Gordon, with which 5 nursing diagnoses were identified and the following diagnoses were prioritized: alteration of gas exchange associated with imbalance in ventilation/perfusion evidenced by flutter nasal, dyspnea, intercostal indrawing and xiphoid retraction; ineffective thermoregulation related to premature birth, evidenced by fluctuations in body temperature with values above or below the normal range; and ineffective breastfeeding related to impaired ability to suck or to coordinate the sucking and swallowing response. Likewise, care plans were designed and the initially planned interventions were carried out. From the results of the intervention, change scores of +2, +3 and +1 were obtained. It was concluded with favorable results regarding the stability of the respiratory status, it was possible to stabilize thermoregulation and the ineffective feeding of the newborn was counteracted, improving its nutritional status.

Keywords: process, nursing; respiratory distress, newborn, preterm.

Introducción

El síndrome de distrés respiratorio es un problema pulmonar agudo, que aqueja en un mayor porcentaje a los neonatos pretérminos (OMS, 2018). Es una patología asociada con el deficiente desarrollo del sistema respiratorio y problemas de adaptación al medio externo después del nacimiento, por lo que se ha convertido en un indicador de las ocurrencias de muertes neonatales en las instituciones de salud (Perez, 2019).

Los episodios de distrés respiratorio en recién nacidos pretérminos, a nivel mundial, se encuentran por encima del 74% de casos, las cifras aumentan aún más cuando los prematuros alcanzan edades gestacionales entre 26 y 28 semanas; su pico mayor llega a un 90% en nacimientos menores a 24 semanas (OMS, 2018). En nuestro país, se notificaron 928 nacimientos menores a 27 semanas gestacionales, donde el 98% tuvieron distrés respiratorio y la tasa de muertes ascendía a 18 por 1000 nacidos vivos (Banco Mundial, 2018). En el departamento de Huánuco las muertes por distrés respiratorio ascienden a 12 por cada mil nacidos vivos (DIRESA, 2018).

Debido a que el distrés respiratorio es un problema frecuente en los prematuros, se reconoce la importancia de la aplicación del proceso de atención de enfermería, ya que ha demostrado ser un excelente instrumento en la práctica clínica al guiar los principios del cuidado de forma racional, lógica y sistemática, permitiendo pasos decisivos como la planeación, ejecución y evaluación del cuidado de enfermería a fin de documentar las acciones acertadas, para luego ser revisadas analizadas y evaluadas. Además, consiente intervenciones ordenadas que conllevan a la resolución de problemas y asegura la calidad del cuidado de enfermería.

Asimismo, es considerado un desorden respiratorio que afecta

fundamentalmente a los prematuros y se produce por una deficiencia de surfactante pulmonar debido a la inmadurez morfológica y funcional de los pulmones, lo que impide la adecuada oxigenación tisular. Clínicamente se desarrolla en el primer día de vida, presentando síntomas como cianosis, quejidos espiratorios, retracción costal y taquipnea (Márquez, 2018).

Las causas que pueden provocar un cuadro de distrés respiratorio en el neonato prematuro son de causa respiratoria como la taquipnea transitoria del recién nacido, la aspiración meconial, el neumotórax; las malformaciones como la hernia diafragmática, el enfisema lobar congénita; las obstrucciones de vías aéreas superiores; las cardiopatías, la sepsis, la acidosis metabólica, las anemias y la asfixia dentro de las causas neurológicas (Asociación Española de Pediatría, 2018).

La fisiopatología del distrés respiratorio se inicia con el déficit transitorio de surfactante, que conduce a la pérdida de la función tensoactiva y produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional, situación que altera la relación ventilación-perfusión y por aparición de atelectasias. Dicha situación condiciona la aparición de la cianosis debido a la retención de CO₂ por hipoventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta, que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un cortocircuito derecha izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia. En el pulmón aparecen micro atelectasias difusas, edema, congestión vascular y lesión del epitelio respiratorio. El edema alveolar inactiva el surfactante, precisando elevadas presiones para la apertura de los alvéolos colapsados (AEP, 2018).

Las manifestaciones clínicas del distrés respiratorio en el neonato prematuro se

evidencian en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar una enfermedad pulmonar grave, y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad (AEP, 2018).

El tratamiento del distrés respiratorio es con surfactante sintético administrado en la tráquea del recién nacido, el cual disminuye la tensión superficial; y por ello, la presión de apertura necesaria para iniciar la inspiración. Por otra parte, dificulta el colapso alveolar espiratorio al retrasar su vaciamiento, por lo que mantiene la capacidad residual funcional. Ambas acciones favorecen el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación y la ventilación, es decir, el intercambio gaseoso pulmonar; sin embargo, a pesar de los esfuerzos por lograr un tratamiento certero, el distrés respiratorio sigue siendo una de las principales causas de muerte en neonatos prematuros (Perez, 2019).

Por lo expuesto, es de vital importancia el proceso de atención de enfermería en el quehacer de la enfermera especialista en neonatología, puesto que es la que realiza el manejo correcto de la temperatura, lo cual es vital en estos pacientes con distrés respiratorio; además, efectúa la oxigenoterapia según requerimientos ideales basados

en el control de la oximetría de pulso, lo cual consiente acciones esenciales enfocadas en la conservación de la saturación de oxígeno en valores normales; asimismo, desarrolla la limpieza eficaz de las vías aéreas, con el objetivo de mejorar el intercambio gaseoso y normalizar la frecuencia y el ritmo respiratorio; y brinda el aporte nutricional adecuado como parte de las acciones de autocuidado pertinente para restablecer la salud del paciente (Cotres, 2017).

Las intervenciones de enfermería son muy importantes, ya que permiten realizar acciones esenciales enfocadas a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida del paciente. Además, el manejo integral de enfermería conducirá a un cuidado óptimo y por tanto una pronta recuperación del paciente (Ota, 2018).

Metodología

El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el método utilizado fue el inductivo. Se evaluó a neonato varón pretérmino con 31 semanas de gestación, diagnosticado con distrés respiratorio. Se escogió la técnica de la valoración en función a patrones que son 11 y evalúan la percepción, el estado metabólico, la función de eliminación, los ejercicios como actividad, el descanso, el lado cognitivo, el autoconcepto, las relaciones, la reproducción, la tolerancia y los valores. La valoración por patrones permitió acelerar el proceso de diagnóstico y ejecución de las intervenciones de enfermería al estar jerarquizado con los dominios de la NANDA. Además, la información se recopiló a través de la observación, entrevista y análisis documental, a través de la revisión de la historia clínica. Posterior a la información obtenida se procedió a elaborar diagnósticos de enfermería teniendo en cuenta las pautas recomendadas por La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de

Enfermería. Los resultados evidenciaron para el diagnóstico deterioro del intercambio gaseoso una puntuación de 2, para la termorregulación ineficaz una puntuación de 2 y para lactancia materna ineficaz una puntuación de 4. Finalmente, la planificación se realizó usando la Taxonomía NOC, NIC: los resultados se realizaron a través de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC) y las intervenciones a través de la clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). Se ejecutaron las actividades programadas y se evaluaron en función a los objetivos planteados inicialmente.

Proceso de Enfermería

Valoración

Nombre: JGM

Sexo: masculino

Edad: RN

Número de días de atención: 4 días

Fecha de evaluación: 31/03/21

Motivo de internamiento: dificultad respiratoria

Diagnóstico médico: prematuro de 31 semanas de gestación con distrés respiratorio.

Valoración según patrones funcionales

Patrón I: Percepción – control de la salud

Neonato pretérmino varón de 31 semanas de vida, fue producto de una cesárea, al momento de nacer presentó un Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Madre refiere que fue su primera gestación, no tuvo abortos, presentó preeclampsia con una presión de 160/100 mm Hg, presencia de proteínas en

orina y ruptura de membranas menor a 6 horas. Los resultados de hemoglobina fueron de 11.0 mg/dl, grupo sanguíneo O positivo.

Patrón II: Nutricional-metabólico

Neonato pretérmino varón, cuyo peso fue de 1736 gramos; presentó fontanelas intactas y normotensas, PC de 30 cm y PT 32 cm.; signos vitales: temperatura en primera instancia fue de 36.5 °C con 32.6° C en la incubadora en primera instancia, posteriormente la temperatura fue de 37.6 °C y en la incubadora de 33 ° C. Al examen físico, se evidencia palidez en cara, ictericia leve en tórax. Actualmente está con NPO, se coloca sonda orogástrica para ser alimentado posteriormente.

Se evidencia orificio oral normal; se encontró abdomen globuloso. A la auscultación se escuchó ruidos hidroaéreos. Los resultados del hemoglucotest muestran en la 1ra hora 41mg/dl, en la siguiente hora fue de 89 mg/dl; al día siguiente a las 6 horas tuvo 109 mg/dl.

Los exámenes realizados de glucemia basal fueron de 118 mg/dl, HCO₃ = 27 mm Hg y bilirrubina 9.05 mg/dl.

Patrón III: Eliminación

Recién nacido pretérmino de sexo masculino, al examen físico no se evidencia malformación en ano, se encuentra haciendo deposiciones meconiales de consistencia ligosa, se encuentra miccionando espontáneamente, se observa orina de color ámbar.

Patrón IV: Actividad – ejercicio

Actividad respiratoria: Neonato pretérmino de sexo masculino, con

respiración de 70 X', saturando entre 80 - 84%; está siendo apoyado con oxígeno a través de Casco Hood, con lo cual los niveles de saturación subieron de 84-89%; se encontró oxígeno a raspón de ocho litros. Se evidenció disnea leve, aleteo nasal y tiraje intercostal. Al realizar el Test de Silverman, se encontró con 7 puntos, lo que indica un patrón respiratorio irregular; también se observó acrocianosis, por lo que se coloca a CPAP a FiO₂: 28% PEEP: 5 cm H₂O. Además, se encontró susurro vestibular en ambos pulmones y los resultados de los gases arteriales fueron: PaO₂= 95,3; PaCO₂=37,4; pH=7,4, recibió la primera medida de surfactante antes de colocar en CPAP.

Actividad circulatoria: Neonato pretérmino de sexo masculino, Se evidencia frecuencia cardiaca de 137 latidos por minuto, sigue un ritmo normal, el relleno capilar fue menor de 2 segundos, pulsos periférico normal y miembros inferiores fríos. Se instaló vía periférica en la parte inferior del miembro izquierdo para administrar solución y medicación posterior.

Ejercicio - capacidad de autocuidado: Recién nacido pretérmino de sexo masculino, se evidencia buen tono muscular y movilidad adecuada para su edad, por ser recién nacido, es dependiente en su capacidad de autocuidado.

Patrón V: Sueño-descanso

Neonato pretérmino de sexo masculino, duerme sin problemas entre 10-16 horas con un intervalo de despierto de dos a tres horas.

Patrón VI: Cognitivo-perceptivo

Neonato pretérmino de sexo masculino, se encuentra activo, se evidencia presencia de reflejos débiles, de moro, de succión, de búsqueda, se observó que la

retina es sensible y que tiene isocoria pupilar.

Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto

Neonato pretérmino de sexo masculino, se observa irritable y con llanto continuo.

Patrón VIII: Rol-relaciones

Neonato pretérmino de sexo masculino. Sus padres están unidos en matrimonio civil, se llevan muy bien como pareja y el padre es el que provee para su hogar.

Patrón IX: Reproducción -sexualidad

Recién nacido pretérmino varón, presenta testículos descendidos, normales de acuerdo a su edad, y no presenta secreciones.

Patrón X: Adaptación tolerancia al estrés

Neonato pretérmino de sexo masculino, sus padres se muestran ansiosos.

Patrón XI: Valores y creencias.

Neonato pretérmino de sexo masculino, sus padres profesan la religión católica.

Diagnósticos prioritarios

Primer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: (00030) Deterioro del intercambio gaseoso.

Factor relacionado: Desequilibrio ventilación-perfusión y cambios de la membrana alveolar-capilar

Características determinantes: Disnea, tiraje intercostal, aleteo nasal, y

retracción xifoidea, PaO₂: 95,3, PaCO₂: 37,4

Enunciación diagnóstica: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la ventilación – perfusión, evidenciado por aleteo nasal, disnea y tiraje intercostal, PaO₂: 95,3, PaCO₂: 37,4.

Segundo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: (00008) Termorregulación ineficaz.

Factor relacionado: Prematuridad

Características definitorias: Fluctuación de la temperatura corporal superior e inferior con los rangos normales (temperatura 36.3 - 37.6).

Enunciado diagnóstico: Termorregulación ineficaz relacionada con la prematuridad evidenciado por fluctuación de las temperaturas superiores e inferiores con los rangos normales.

Tercer diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: (00104) Lactancia materna ineficaz

Factor relacionado: Reflejo débil de succión del lactante.

Características definitorias: Incapacidad del niño para lactar.

Enunciado diagnóstico completo: Lactancia materna ineficaz relacionada con reflejo débil de succión del lactante.

Planificación

Primer diagnóstico

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la ventilación/perfusión, evidenciado por aleteo nasal, disnea, tiraje intercostal y retracción xifoidea.

Resultados***NOC: (0402) Estado respiratorio: intercambio gaseoso***

Indicadores:

040208 – PaO₂,

040209- PaCO₂,

040210 – pH arterial.

040138 – temperatura cutánea

041004 –frecuencia respiratoria

040002 – frecuencia cardiaca

040137 – saturación de oxígeno

Intervención***NIC Monitorización respiratoria: (3350)*****Actividades:**

335001 – Vigilar la frecuencia respiratoria, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo.

335002 – Anotar movimientos torácicos, simetría y retracciones de músculos intercostales.

335004 – Controlar el esquema de respiración: taquipnea, hipoventilación, bradipnea y apneas.

335008 – Observar fatiga muscular diafragmática,

335011 – Auscultar los campos pulmonares.

335015 – Anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial (SvO₂, CO₂, SaO₂).

Ayuda a la ventilación (3390)**Actividades:**

339001 – Mantener una vía aérea permeable.

339003 –Colocar al paciente de forma tal que se facilite la concordancia ventilación/perfusión.

Oxigenoterapia: (3320)**Actividades:**

332004 –Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y Humidificado.

332009 –Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita.

332010 –Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).

Segundo diagnostico

Termorregulación ineficaz relacionado con la prematuridad, evidenciado por fluctuación de la temperatura corporal superior e inferior a los valores normales (T° de 36.3 - 37.6).

Resultados***NOC Termorregulación: neonato (0801).***

Manejo de signos vitales (0802)

Indicador:

080201–temperatura corporal

08204 – frecuencia respiratoria

08208 –frecuencia cardiaca

08005 – irritabilidad

Intervención:

NIC Control de signos vitales: (6680)

668020 – Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

668002 – Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.

668016 - Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio.

668014 - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.

668009 - Vigilar la presencia y calidad de los pulsos.

668021 – Vigilar si hay cianosis central o periférica.

Tercer diagnóstico

Lactancia materna ineficaz relacionada con reflejo débil de succión del lactante, evidenciado por incapacidad del niño para lactar.

Resultados

NOC Establecimiento de la lactancia: lactante (1001)

Indicadores:

lactante satisfecho tras la alimentación (100011)

Intervención.

NIC Asesoramiento de la lactancia materna (5244)

Actividades:

524412 - Evaluar la forma de succión/ deglución del recién nacido.

Monitorización nutricional: (1160)

Actividades:

116016 - Observar tolerancia alimentaria y si se produce nauseas o vómitos y registrar la cantidad administrada en cada toma.

116020 – Controlar la ingesta calórica y nutricional.

Evaluación

Primer diagnóstico

Calificación basal: 2

Calificación final: 4

Valoración de cambio: +2

Segundo diagnóstico

Calificación basal: 2

Calificación final: 5

Valoración de cambio: +3

Tercer diagnóstico

Calificación basal: 4

Calificación final: 5

Valoración de cambio: +1

Resultados

Después de las intervenciones realizadas, se evidenció respecto al diagnóstico deterioro del intercambio gaseoso una puntuación de cambio de +2; en cuanto al diagnóstico termorregulación ineficaz, la puntuación de cambio fue de +3, y referente al diagnóstico lactancia materna ineficaz, se obtuvo una puntuación de cambio de +1.

Discusión

Alteración del intercambio gaseoso

El deterioro del intercambio gaseoso es una condición clínica grave, que se representa en el prematuro con déficit de la oxigenación y eliminación del dióxido de carbono en la membrana capilar alveolar (Herdman, 2018).

El distrés respiratorio es la principal entidad patológica que por sus características clínicas conduce a un deterioro del intercambio gaseoso en los neonatos pretérminos, lo que conduce a la presencia de alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso (Asociación Española de Pediatría, 2018).

También, el deterioro del intercambio gaseoso es definido como el estado en el que existe un exceso o déficit en la oxigenación o en la eliminación del dióxido de carbono a nivel de la membrana alveolo-capilar, lo que provoca cambios en dicha membrana y por tanto desequilibrio de la ventilación perfusión, manifestado a través aleteo nasal, disnea, tiraje intercostal y retracción xifoidea (NANDA, 2022).

El deterioro del intercambio gaseoso está relacionado con el desequilibrio en la ventilación-perfusión, debido a que la membrana alveolar se encuentra alterada por un edema pulmonar a causa del aumento de la permeabilidad vascular, cuya sustancia rica en proteína ocupa la zona alveolar reduciendo la superficie disponible para el intercambio gaseoso; incrementando las áreas pulmonares con pobre o nula relación ventilación perfusión, es por ello que, la gasometría muestra valores alterados, y se evidencia dificultad para la difusión de oxígeno (Ware y Matthay, 2016).

Asimismo, se presenta como características definitorias la cianosis, producto de la hipoventilación alveolar, la disnea y el aleteo nasal, por el aumento notable del

trabajo respiratorio, el tiraje intercostal, debido al aumento de la resistencia inspiratoria que genera presiones negativas exageradas para hacer entrar el aire que produce succión de las partes blanda de los espacios intercostales y la retracción xifoidea, porque la distensibilidad pulmonar está disminuida o la resistencia de las vías respiratorias es alta (Piantadosi y Schwartz, 2017).

Cuando ocurre problemas de permeabilidad en las vías aéreas, el monitoreo de la respiración es crucial, porque permite que se atine correctamente con el diagnóstico y el tratamiento del paciente (Herdman, 2018). Además, consideran que la monitorización de la respiración, auscultando ambos campos pulmonares, observando movimientos anormales, constituyen las alertas ante posibles alteraciones que la enfermera debe hallar para intervenir oportunamente y evitar posibles complicaciones en el neonato (Hovig, et. al, 2016).

Igualmente, la monitorización del trabajo respiratorio, permite evidenciar como trabaja el pulmón y, con ello identificar la presión y volumen en cada respiración y estar alertas ante el aumento de resistencia de las vías respiratorias, que es donde el profesional de enfermería debe intervenir para evitar las paradas cardiorrespiratorias y con ello muerte (Goldman, 2017).

Una intervención clave, en el neonato con distrés respiratorio, es la monitorización de los gases arteriales y la vigilancia de presión inspiratoria; el primero, a fin de conservar los valores de los gases en los rangos normales para evitar hipoxia o daño por hiperoxia, y facilitar la regulación del equilibrio ácido-base (Asociación Española de Pediatría, 2018). El segundo, a fin de evitar o minimizar el daño pulmonar evitando volutrauma y barotrauma; y finalmente, la gasometría arterial es también

relevante para indicar y controlar la oxigenoterapia continua, que mejora la supervivencia a largo plazo en el neonato (Guell, 2018).

Es de vital importancia en el neonato anotar los cambios de los valores de gases arteriales, siendo que cualquier cambio que pudiera ocurrir, alertaría al profesional de enfermería a realizar un seguimiento del estado ventilatorio, de oxigenación y el equilibrio ácido-base, a fin de cuantificar una respuesta terapéutica como la oxigenoterapia o para monitorizar la severidad o la progresión en el neonato pretérmino con distrés respiratorio (Giner y Barberá, 2016).

Es importante observar la presencia de fatiga diafragmática, taquipnea, bradipnea e hipoventilación, con el objetivo revelar tempranamente daño del pulmón por atrapamiento excesivo de aire en el pulmón (Subhedar y Sweeney, 2015).

En los neonatos prematuros es primordial como intervención inicial valorar a través del test de Silverman el nivel de dificultad respiratoria, el mismo que nos brindará información valiosa sobre la función respiratoria y según los parámetros hallados tomar decisiones prioritarias y oportunas para evitar complicaciones o la muerte del neonato (Asociación Española de Pediatría, 2018).

Cuando los síntomas del distrés respiratorio y los valores del test de Silverman van en aumento; es de suma importancia iniciar oxigenoterapia según prescripción médica, fundamentada en que, ésta es una intervención vital en las primeras horas de vida, cuando los pulmones son incapaces de mantener una ventilación adecuada, producto del déficit de surfactante y la pérdida de la función tensoactiva, lo que brindará una adecuada relación ventilación perfusión. También debe tenerse presente la evaluación de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso y los resultados de la

gasometría arterial a fin de percatarse de que no se dañe el pulmón y detectar los episodios de hipoxemia (Solá, 2015).

La oxigenoterapia en el neonato prematuro es vital, siendo que, el oxígeno ha sido reconocido como el fármaco más utilizado en neonatología para prevenir o tratar la hipoxemia y la hipoxia tisular, el mismo que es compensado aumentando fracciones de oxígeno inspirado que actúa aliviando el trabajo respiratorio y manteniendo una oxigenación adecuada (Luna y Ascencio, 2015).

La utilización clínica del oxígeno o la oxigenoterapia es vital para salvar la vida del neonato con distrés respiratorio, sin embargo, también es necesario tener cuidado en utilizar la cantidad necesaria o prescrita. En ese sentido, se requiere que el profesional de enfermería maneje conocimientos de aspectos inherentes al metabolismo oxidativo y de las consecuencias patológicas derivadas de su utilización con objeto de lograr un adecuado equilibrio. El balance entre hipoxemia e hiperoxemia es necesario para evitar consecuencias negativas en tejidos especialmente sensibles, como el sistema nervioso central, la retina, el pulmón o el aparato digestivo. Es más, las fluctuaciones frecuentes de la concentración de oxígeno son especialmente dañinas y deben ser evitadas (Vento, Escobar y Cernada, 2016).

Termorregulación ineficaz

La termorregulación ineficaz según NANDA, es el estado en que se producen oscilaciones de la temperatura corporal entre la hipotermia y la hipertermia (NANDA, 2022).

Situación que no favorece el desarrollo extrauterino del neonato pretérmino, siendo que la termorregulación es definida como la capacidad que tienen los seres

vivos de mantener una temperatura corporal estable, por medio de mecanismos que regulan las pérdidas y la producción de calor (Ringer, 2015).

La termorregulación ineficaz, es definida como la incapacidad del neonato prematuro para mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor y conservar la temperatura en un rango normal, debido a la capacidad limitada del neonato prematuro para producir calor y el aumento de los mecanismos por los que pierde calor (Rico, 2015).

La termorregulación ineficaz está relacionada con la prematuridad del neonato, siendo que aún no tienen la capacidad de mantener en equilibrio la producción, la ganancia y las pérdidas de calor por su condición de prematuro, sus mecanismos de producción de calor son inmaduros, es por ello que evidencia fluctuaciones en la temperatura corporal. Para contrarrestar los efectos de esas fluctuaciones que van entre hipotermia e hipertermia, todavía entre 2-3 van desarrollado el efecto vasoconstrictor y vasodilatador a fin de evitar la pérdida o ganancias de calor excesivas (Martínez, 2016).

La intervención a través de la monitorización de la temperatura corporal, observando hipotermia o hipertermia y la monitorización de los demás signos vitales, como la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardiaca es indispensable frente a la termorregulación ineficaz, siendo que es una situación que se presenta porque el neonato prematuro no tiene la capacidad de mantener una temperatura corporal estable (Ringer, 2015).

En ese sentido, monitorizar la temperatura corporal, observar la coloración de la piel y controlar la frecuencia respiratoria, cardiaca y la presión sanguínea permiten

identificar signos de alarma que podrían poner en peligro la vida del neonato, los mismos que al ser identificados facultan una intervención de enfermería basada en evidencias pudiendo evitar atelectasia, sobrecalentamiento, o cualquier situación que podría agravar la salud del paciente (Martínez, 2016).

Por otro lado, en caso de termorregulación ineficaz, la intervención de enfermería debe estar centrada en la observación de la presencia de cianosis central o periférica y la monitorización de la temperatura, siendo que permitirán evitar el enfriamiento o el sobrecalentamiento del neonato (Zamorano, et. al, 2015). Por tanto, el éxito del proceso de adaptación de los neonatos prematuros depende de las actuaciones se realice de forma correcta y segura el profesional de enfermería, proveyendo un ambiente adecuado que evite la pérdida de calor, un factor determinante en la disminución de la mortalidad infantil (Rico, 2015).

La monitorización de los signos vitales es importante en el neonato con distrés respiratorio y la oximetría del pulso es considerada actualmente como el quinto signo vital, siendo que es un parámetro invaluable de la monitorización de los recién nacidos, ésta debe ser continua, no invasiva, de rápida respuesta y complementaria a otras técnicas de control. Permite medir la saturación de oxígeno (SpO₂) como un parámetro de la oxigenación y disminuye la utilización de controles de oxigenación invasivos (Comité Científico de Enfermería Neonatal, 2017).

Lactancia materna ineficaz

El tercer diagnóstico priorizado en nuestro paciente fue lactancia materna ineficaz relacionada con reflejo débil de succión del lactante. La lactancia materna ineficaz se presenta cuando existe dificultad para el amamantamiento que puede

comprometer el estado nutricional del neonato (NANDA, 2022). Asimismo, es definida como una situación donde la madre o el lactante experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de amamantamiento; lo que puede conducir a un desequilibrio nutricional (BioDic, 2020).

Ante la observancia de una lactancia, materna ineficaz, es importante evaluar la forma de succión y deglución del recién nacido prematuro, puesto que dichos neonatos tienen limitación para succionar y deglutir; en tal sentido la alimentación con leche materna es indispensable por sus múltiples beneficios nutricionales, gastrointestinales, inmunológicos, psicofísicos y neuromadurativos (Peraza, et. al, 2019).

Por otra parte, cuando la lactancia materna es ineficaz porque el neonato es prematuro y tiene dificultad para succionar y deglutir, es de vital importancia observar la tolerancia alimentaria como parte de la atención de enfermería en la UCI neonatal, a fin de evitar que los neonatos puedan aspirarse, hasta que el neonato complete la maduración funcional intestinal, para favorecer su crecimiento físico y neuronal (Socha y Gruszfeld, 2015).

La lactancia materna ineficaz está relacionada con reflejo débil de succión del lactante, siendo que el reflejo aparece en el feto alrededor de la semana 12 o 13 del embarazo, la capacidad coordinar entre succión y deglución aparece a las 32 semanas de gestación y se completa alrededor de las 36 semanas aproximadamente. En ese aspecto, un prematuro que nazca antes de las 32 semanas tienen la capacidad de succión débil o inmadura, por lo que se evidencia la capacidad de alimentarse por sí mismo; a medida que va creciendo y siendo estimulado correctamente va mejorando la coordinación de la succión y la deglución necesaria para un buen funcionamiento de la

lactancia (Padró, 2020).

La intervención de enfermería encaminada a valorar la tolerancia alimentaria y registrarla en cada toma es muy importante, siendo que los neonatos pretérminos no son homogéneos en sus necesidades de nutrientes, en ese sentido debe ser individualizada considerando la tolerancia enteral, metabólica, las restricciones por las condiciones de salud y las necesidades relacionadas con el estado de desarrollo (Caro, 2015).

Debido a que la succión, así como la deglución en los prematuros afecta o es muy débil, es necesario iniciar la alimentación supervisada hasta que los músculos del neonato se fortalezcan conforme pasa el tiempo. Además, es necesario vigilar los reflejos de coordinación entre succión y deglución a fin de trabajar en la estimulación y permitir que recupere completamente dicho reflejo, que será beneficioso en su alimentación con leche materna (Vázquez, 2018).

Los neonatos prematuros con deterioro de la habilidad para succionar o para coordinar la respuesta de succión y deglución, a medida que van mejorando es necesario que sigan un tratamiento de rehabilitación continuamente a través de un posicionamiento adecuado de la cabeza con respecto al tronco; se debe integrar el reflejo de búsqueda; coordinación lingual; el cierre labial, a fin de facilitar la fuerza y la posición con que la lengua realiza la compresión tanto del pezón como de la tetina al momento de la alimentación y la regulación de flujo de leche (Bragelien, et.al., 2017).

Conclusiones

Se logró gestionar el proceso de atención de enfermería con todas sus etapas en el neonato con distrés respiratorio.

Las intervenciones realizadas, en los diagnósticos priorizados, permitió concluir en un plan de cuidado cuyos resultados fueron favorables respecto a la estabilidad del estado respiratorio, favoreciendo un intercambio gaseoso adecuado y logrando un equilibrio en la ventilación perfusión.

Asimismo, con las intervenciones realizadas se logró estabilizar la termorregulación del neonato pretérmino con actividades de monitorización de la temperatura y acciones inmediatas para regular la temperatura.

Finalmente, las intervenciones frente a la alimentación ineficaz del neonato, se contrarrestaron a través de la alimentación enteral de fórmula, la misma que permitió mejorar el estado nutricional y la salud del recién nacido.

Referencias

- Asociación Española de Pediatría (2018). Protocolos de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria. Recuperado el 1 julio del 2021. <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-sociedad-espanola-pediatria-hospitalaria>
- Ávila, V. (2019). Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú; 28(34): 850-856.
- Barberá, J. y Giner, J. (2016). Gasometría arterial. Módulo 3. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Madrid.
- Bragelien, R., Rokke, W. y Markestad, T. (2017). Estimulación de la succión y la deglución para promover la alimentación oral en bebés prematuros. Acta Pediatr. 96 (2), 1430-2
- Caro, B. Estrategias para la prevención de la intolerancia alimentaria. The Journal of maternal-fetal and neonatal medicine, 2015; 18(1): 67-76.
- Comité Científico de Enfermería Neonatal (2017). Cuidados de Enfermería Neonatal. 2da ed. Científica Interamericana.
- Güell, S. (2018). Oxigenoterapia de larga duración: ¿estamos prescribiendo adecuadamente? Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 3 (2), 31-7.
- Dargaville, P. (2019). Innovación en la terapia con surfactantes I: lavado y administración de surfactantes mediante bolo de líquidos utilizando técnicas mínimamente invasivas. Neonatology; 101(2), 326-36.
- Diccionario de Biología – Un diccionario de términos científicos, sencillo. <https://www.biodic.net/>
- Dirección General de Epidemiología. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2018 – 2020. SNVEPN. Dirección General de Epidemiología – MINSA –Perú.
- Dotres, C. Neumonías infecciosas adquiridas en la comunidad: causas y tratamiento con

- antibacterianos en niños. *Rev. Cubana Pediatría*. 2017; 89(3), 92-102.
- Goldman, L. (2017). *Tratado de Medicina Interna* [en línea]. 25ª ed. España: Elsevier; 2017 [consultado 22 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/creativaplus.uaslp.mx/#!/browse/book/3-s2.0-C20151043964>
- González, C. y Omaña, M. (2016). Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina. *Bol Pediatr*; 46(1): 160-165.
- Grupo Banco Mundial (2018). *Tasa de mortalidad perinatal. Definiciones y clasificación: 2015 - 2017*. Barcelona: Elsevier.
- Gruszfeld, D., Socha, P. (2015). *Nutrición y salud tempranas: resultados a corto y largo plazo*.
- Herdman, H. (2018). *Diagnósticos enfermeros undécima edición*. Estados Unidos: Elsevier.
- Hovig, C., Kaczka, D., Vidal, M. (2016). *Monitorización respiratoria*. Miller Anestesia. 8ª ed. España: Elsevier.
- La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-2022). *Diagnósticos Enfermeros*.
- Luna, M. y Asensio, O. (2015). Fundamentos de la oxigenoterapia en situaciones agudas y crónicas: indicaciones, métodos, controles y seguimiento. *An Pediatr*; 71(2), 161-174.
- Márquez, P. (2018). Actualización sobre el manejo del distrés respiratorio del RN. Recuperado el 5 de julio del 2021 https://spaoyex.es/sites/default/files/manejo_distres_respiratorio_2019.pdf
- Martínez, S. (2016). *Termorregulación en el recién nacido*. Guías de Práctica Clínica Hospital San José.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*. Recuperado el 5 de diciembre del 2021. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-

mujer-nino- adolescente-2018-2030.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Reducción de la mortalidad de recién nacido. Nota descriptiva N°333. Enero 2018. Recuperado el 2 de diciembre del 2021 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>.

Ota, Arturo (2018). Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*; 64(3): 417.

Padró, A. (2020). La succión y la deglución durante la lactancia materna. [En línea]. Disponible en <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/succion-y-deglucion/>

Peraza, G., Soto, M., De la Llera E., Alonso, S. (2019). Factores asociados al destete precoz. *Rev Cub Med Gen Integr*; 22(3): 278-84

Pérez, J. (2019). Enfermedad de Membrana Hialina: Mortalidad y Factores de Riesgo Maternos y Neonatales. *Ginecol. Obstet Mex*; 74 (1):354-9.

Piantadosi C., Schwartz D. (2017). El síndrome de dificultad respiratoria aguda. *Ann Intern Med*, 141 (3) 460-70

Quiroga, A. (2020). Cuidados al recién nacido con dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Neonatal*; 1(16):4-9.

Rico, C. (2015). Termorregulación en el neonato. Unidad de neonatología del Hospital Universitario de Burgos. Recuperado el 10 de julio del 2021 de http://congreso enfermeria.es/libros/2015/salas/sala6/p_620.pdf

Ringer, S. (2015). Termorregulación en el recién nacido. Part I: Basics mechanisms. *Neoreviews*: 14(4): 15-24.

Solá, L. (2015). Oximetría de pulso en la asistencia respiratoria neonatal. Revisión de los conocimientos actuales. *Perinatol Reprod Hum*; 26 (1), 43-50

Subhedar, A. y Sweeney, M. (2015). Una comparación de los índices de insuficiencia respiratoria en recién nacidos prematuros ventilados. *Arch Dis Child*, 83 (4), 97-100

- Vázquez, E. (2018). Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 75 (1), 15-22.
- Vento, J., Escobar, M. y Cernada, R. (2016). El uso y mal uso del oxígeno durante la etapa neonatal. *period. Clin Perinatol*, 39 (1), 165-176 <http://dx.doi.org/10.1016/j.clp.2011.12.014> | Medline.
- Ware, L. y Matthay M. (2016). El síndrome de dificultad respiratoria aguda. *N Engl J Med*, 342 (2):1334-49 <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200005043421806> | Medline
- Zamorano, C., Cordero, G. y Flores, L. (2015). Control de la temperatura del recién nacido pretérmino. *World Rev Nutr Diet*; 108:32-9. doi: 10.1159/000351482

Apéndice

Apéndice A: Plan de cuidado

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultado e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
1 Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la ventilación/perfusión, evidenciado por aleteo nasal, disnea y tiraje intercostal (00030).	Resultado - Intercambio gaseoso estable (Cód. 0402)	3	Mantener en:	NIC [3350] Monitorización respiratoria:				4	+1
	Indicadores		Aumentar a: 4	Actividades					
	040208 – PaO ₂ ,	2		335015 – Anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial (PaCO ₂).	→	→		4	
	040209- PaCO ₂ ,	2		335015 – Anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial (PH arterial).	→	→		4	
	040210 – pH arterial	3		668020-Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.	→		→	4	
	040138 – Temperatura cutánea	3		335001 - Vigilar la frecuencia respiratoria, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo.	→	→		4	
	041004 – Frecuencia respiratoria	3		335002- Anotar movimientos torácicos, simetría y retracciones de músculos intercostales.	→	→	→	4	
	040002 - Frecuencia cardíaca	3		668014-Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca.	→	→	→	4	
	040137 - Saturación de oxígeno	3		332004 –Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y Humidificado	→	→	→	4	
			332009- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita.	→	→	→			

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCION			EVALUACIÓN	
	Resultado e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diaria	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Termorregulación ineficaz relacionado con la prematuridad evidenciado por fluctuación de la temperatura corporal superior e inferior a los valores normales.	Resultado - - Termorregulación: neonato. (0801)	2	Mantener en:	NIC [3350] Monitorización de signos vitales:				4	+2
	Indicadores		Aumentar a: 4	Actividades					
	080201 - Temperatura corporal	2		668020-Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel).	→	→	→	4	
	080205 - Presión arterial sistólica	2		668002 – Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial sistólica.	→	→	→	4	
	080206 - Presión arterial diastólica	3		335015 – Anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial (PH arterial).	→	→	→	4	
	08208 - Frecuencia cardiaca	3		668014 - Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiaca.	→	→	→	4	
	08204 - Frecuencia respiratoria	2		668016 - Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio.	→	→	→	4	

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultado e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Lactancia materna ineficaz relacionada con reflejo débil de succión del lactante.	Resultado - - Establecimiento de la lactancia: lactante (1001)	2	Mantener en:	NIC Asesoramiento de la lactancia materna (5244).				4	+2
	Indicadores		Aumentar a: 5	Actividades					
	Lactante satisfecho tras la alimentación (100011)	2	Aumentar 4	524412 - Evaluar la forma de succión/ deglución del recién nacido.	→	→	→	4	+2
				NIC Monitorización nutricional: (1160)					
				116016 - Observar tolerancia alimentaria y si se produce nauseas o vómitos y registrar la cantidad administrada en cada toma.	→	→	→		
			116020 – Controlar la ingesta calórica y nutricional.	→	→	→			

Apéndice B: Guía de valoración

DATOS GENERALES			
Nombre del Paciente: Blas Esteban RN	Fecha de Nacimiento: 30/03/21	Edad: RN	Sexo: F () M (X)
Historia Clínica: 8275-79	Nº Cama: Incubadora 01	DNI N° 30192959	Teléfono: 948264204
Procedencia: Admisión ()	Emergencia (X)	Consultorios Externos ()	Otros:
Peso: 1650	Talla: 38	PA: 64/41	FC: 158 FR: 74 x'
Fuente de Información: Madre: Viviana Esteban Soto	Padre: _____	Familiares: _____	
Otros: _____	Motivo de Ingreso: madre con trabajo de parto		
Diagnóstico Médico: distres respiratorio y enfermedad de membrana hialina			
Fecha de Ingreso: 31/03/21 Fecha de Valoración: 01/04/21 Grado de Dependencia: I () II () III () IV (x)			

1.- PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades Maternos y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC ()
Asma ()

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

2.- PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO

Piel: Normal () Pálida (X) Cianótica ()
) Ictérica (X) Fría () Tibia (X) Caliente ()
()

Termorregulación: Temperatura: 37.9

5.- PATRON VALORES-CREENCIAS

Religión: Evangélico Bautizado en su Religión: Si () No ()

Religión de los Padres: Católico (X) Evangélico

6.- PATRON AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (X) Hipo activo ()

Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso ()

Irritable (X)

Negativo () Indiferente ()

Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si (X) No ()

<p>Hipertermia (X) Nomotermia () Hipotermia () Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría () Rosada () Pálida (X) Tibia (X) Caliente (X) Observación:</p>	<p>Comentarios:</p> <hr/> <p>Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si (X) No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad (X) Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____</p>
<p>Hidratación: Hidratado (X) Deshidratado () Observación:</p>	
<p>Edema: Si () No (X) () + () ++ () +++ () Especificar Zona:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;"> 7.- PATRÓN DESCANSO-SUEÑO </div>
<p>Comentarios:</p> <p>Fontanelas: Normotensa (X) Abombada () Deprimida () Cabello: Normal (X) Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo () Mucosas Orales: Intacta (X) Lesiones () Observaciones:</p>	<p>Sueño: Nº de horas de Sueño: 2hrs Alteraciones en el Sueño: Si () No (X) Especifique:</p>
<p>Malformación Oral: Si () No (X) Especificar:</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff;"> 8.- PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN </div>
<p>Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si (X) No () Cuanto Perdió: 20gr _____ Alimentación: NPO (X) LME (X) LM () AC () Dieta () Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta:</p>	<p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No () Especifique:</p>
<p>Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb () SNG () SOG (X) SGT () SY () Gastroclisis () Otros:</p>	<p>Otras Molestias:</p> <p>Observaciones:</p>
<p>Abdomen: B/D () Distendido (X) Timpánico (X) Doloroso () Comentarios Adicionales: _____</p>	<p>Problemas de Identidad:</p> <p>Cambios Físicos:</p> <p>Testículos No Palpables: Si () No (X) Fimosis Si () No () Testículos Descendidos: Si () No () Masas Escrotales Si () No ()</p>

Herida Operatoria: Si () No (X)
Ubicación: _____ Características:

Apósitos y Gasas: Secos ()
Húmedos ()
Serosos () Hemáticos ()
Serohemáticos ()
Observaciones:

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

3.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día: Ninguna desde el nacimiento.

Características:

Color: _____ Consistencia: _____

Colostomía () Ileostomía ()

Comentarios:

Vesical:

Micción Espontánea: Si (X) No ()

Características:

Sonda Vesical () Colector Urinario ()
Pañal (X)

4.- PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Tratamiento Médico:

NPO+SOG.

Dextrosa 10% 100} 5.8cc/h.

Gluconato de Ca 10% 1.8ml

endovenoso cada 8 horas L y

D suspender si FC < o = 100

latidos por minuto.

Vitamina k Intramuscular o

endovenoso Stat.

Profilaxis ocular.

CPAP 5x5.

Surfactante 7cc x TET Stat.

Citrato de cafeína 35mg endovenoso

Stat, luego 13 mg cada 24 horas.

Observaciones:

Nombre de la enfermera: Edith, Hipólito
Dominguez.

Sonia Huaya Conde.

Firma: _____

CEP: 59562

Firma: _____

CEP: 62039

<p>Claros () s () Roncante s () Sibilante s () Crepitantes () Otros:</p>
<p>Oxigenoterapia: : CBN () HOOD (X) CPAP () VM () Saturación de O₂: 85% Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica () Parámetros Ventilatorios: _____ Drenaje Torácico: Si () No (X) Oscila Si () No () Comentarios:</p>
<p>Actividad Circulatoria: Pulso: Regular (X) Irregular () FC / Pulso Periférico: 158X PA: 58/29 Llenado Capilar: < 2" (X) > 2" () Perfusión Tisular Renal: Hematuria () Oliguria () Anuria () Perfusión Tisular Cerebral: Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución () Comentarios:</p>
<p>Presencia de Líneas Invasivas: Catéter Periférico (X) Catéter Central () Catéter Percutáneo () Otros:</p>
<p>Localización: MSI Fecha: 31/3/21 Riesgo Periférico: i () S o () N (X) Cianosis Distal () Frialdad Distal () Actividad: Activo () Hipoactivo (X) Hiperactivo () Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida (X) Movilidad de</p>

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 recién nacido pretérmino con distres respiratorio y enfermedad de membrana hialina en la Unidad de Intermedios Neonatales". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales E.B RN. Este trabajo académico está siendo realizado por las Lic. Enf. Edith HIPOLITO DOMINGUEZ, Lic. Enf Sonia HUAYA CONDE bajo la asesoría de la Enf Mag Mónica Margarita Barón Castro. 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:

Viviana, ESTEBAN SOTO

DNI: 44529196 Fecha: 02/04/21



Firma

Apéndice D: Escalas de evaluación

Escala Silverman-Anderson

Valoración dificultad respiratoria RN



Signos	Puntos		
	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil/abdomen en movimiento	Disociación toraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve/apenas visible	Intenso/visible
Retracción xifoidea	No	Leve/apenas visible	Intensa/visible
Aleteo nasal	No	Leve/apenas visible	Intenso/visible
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio
0	Sin dificultad respiratoria		
1-3	Dificultad leve		
4-6	Dificultad moderada		
7-10	Dificultad severa		





















RN: recién nacido


Lo que presentamos es únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes alguna inquietud médica.

SPOTLIGHT Med

Escala de dolor

NIPS (ESCALA NEOANTAL E INFANTIL)			
PARÁMETROS	0	2	3
EXPRESIÓN FACIAL	 Relajada, expresión neutra	 Ceño fruncido, contracción facial	
LLANTO	 Ausencia de llanto	 Llanto intermitente	 Llanto vigoroso continuo
PATRÓN RESPIRATORIO	 Relajado, patrón respiratorio habitual	 Cambios respiratorios, irregular y más rápido	
MOV. DE BRAZO	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
MOV. DE PIERNAS	 Relajado, sin rigidez, algún movimiento	 Flexión/extensión, tensos, movimientos rápidos	
NIVEL DE CONCIENCIA	 Dormido o despierto, pero tranquilo	 Inquieto	
FECUENCIA CARDÍACA	 Aumento < 10% respecto a la basal	 Aumento del TI al 20% respecto a la basal	 Aumento > 20% respecto a la basal
SATURACIÓN DE OXÍGENO	 No precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	 Precisa oxígeno complementario para mantener la saturación	

Escala de Riesgo de caída























www.uppediatria.org
@UPPpediatria

e-NSRAS

Neonatal Skin Risk Assessment Scale

@Creative_Nurse
@creonurse
@enfermeriacreativa
Enfermería Creativa

	CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	ACTIVIDAD	NUTRICIÓN	HUMEDAD
1	EDAD GESTACIONAL ≤28 semanas	COMPLETAMENTE LIMITADO  NO RESPONDE A ESTÍMULOS DOLOROSOS	COMPLETAMENTE INMÓVIL  NO REALIZA NI SIQUERA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	COMPLETAMENTE ENCAMADO/A  EN CUNA TÉRMICA EN UCI	MUY DEFICIENTE  EN AYUNAS Y/O LÍQUIDOS INTRAVENOSOS NP O STP	PIEL CONSTANTEMENTE HÚMEDA  PIEL MOJADA/HÚMEDA CADA VEZ QUE SE MUEVE O OIRA
2	>28 ≤33 semanas	MUY LIMITADO  RESPONDE SOLO A ESTÍMULOS DOLOROSOS	MUY LIMITADA  OCASIONALMENTE REALIZA PEQUEÑOS CAMBIOS DE POSICIÓN	ENCAMADO/A  EN INCUBADORA DE DOBLE PARED EN UCI	INADECUADA  * CANTIDAD DE LA ÓPTIMA LECHE MATERNA Y/O ARTIFICIAL + NP O STP	PIEL HÚMEDA  PIEL HÚMEDA CON FRECUENCIA PERO NO SIEMPRE (CAMBIO SÁBANAS 3 VECES/DÍA)
3	>33 ≤38 semanas	LIGERAMENTE LIMITADO  LETÁRGICO	LIGERAMENTE LIMITADA  FRECUENTEMENTE REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN	LIGERAMENTE LIMITADA  EN INCUBADORA DE PARED SIMPLE O DOBLE EN CUIDADOS INTERMEDIOS	ADECUADA  ALIMENTACIÓN ENTERAL	PIEL OCASIONALMENTE HÚMEDA  PIEL HÚMEDA OCASIONALMENTE (CAMBIO SÁBANAS 1 VEZ/DÍA)
4	>38 hasta postérmino semanas	SIN LIMITACIONES  ALERTA Y ACTIVO	SIN LIMITACIONES  REALIZA CAMBIOS DE POSICIÓN IMPORTANTES CON FRECUENCIA Y SIN AYUDA	SIN LIMITACIONES  EN CUNA ABIERTA	EXCELENTE  LACTANCIA MATERNA O ARTIFICIAL	PIEL RARA VEZ HÚMEDA  PIEL HABITUALMENTE SECA (CAMBIO SÁBANAS SOLO CADA 24 HORAS)

Se adjuntan dos métodos para interpretar la evaluación de la escala e-NSRAS. La primera clasifica el riesgo en dos niveles y la segunda clasifica en tres niveles

Neonato CON riesgo de UPP ≤ 17 puntos





Neonato SIN riesgo de UPP > 17 puntos

Neonato con riesgo ALTO de UPP < 13 puntos

Neonato con riesgo MODERADO de UPP 13-17 puntos

Neonato con riesgo BAJO de UPP > 17 puntos

Escala e-NSRAS. Autor: Dr Pablo García-Molina P. 2015. Adaptada de la original. Huffines & Logdons. 1997

VARIABLES		PUNTAJE
1. CAÍDA PREVIA	No	0
	Si Riesgo de LPP	25
2. COMORBILIDADES	No	0
	Si Datos de valoración complementaria: Exámenes auxiliares¹⁵	5
3. AYUDA PARA DEAMBULAR	Ninguna / Reposo en cama / Asistencia	0
	Bastón / Muleta / Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
4. VENOCLISIS	No	0
	Si	20
5. MARCHA	Normal / Reposo en cama / Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
6. ESTADO MENTAL	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestima u olvida sus limitaciones	15
7. PUNTUACION FINAL Y NIVEL DEL RIESGO		 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Riesgo	Puntaje	Acción
 Bajo	0 a 25	Cuidados bajo enfermería <input type="radio"/>
 Medio	25 a 50	Implementación del plan de prevención <input type="radio"/>
 Alto	mayor a 50	Implementación de medidas especiales <input type="radio"/>

Marque con una X el círculo que corresponda a la puntuación final y nivel de riesgo

Tabla 1	
Hemograma Completo	31/03/21
Glóbulos Blancos	6.43 mil/mm ³
Glóbulos Rojos	5.14 millones/mm ³
Hemoglobina	19.0 g/dL
Hematocrito	53.3 %
Plaquetas	184 mil/mm ³
Basófilo %	0.3%
Eosinófilos %	0.2%
Abastionados %	0%
Segmentado %	42.5%
Linfocito %	43.9%
Monocito %	12.9%
Basófilo	0.0
Eosinófilos	0.0
Abastionados	0.0
Segmentado	2.7
Linfocito	2.8
Monocito	0.8
Grupo sanguíneo y Factor RH	0 positivo
Calcio	9.78 mg/dL
Creatinina	0.81 mg/dL
Glucosa	119.7 mg/dL
Bilirubina Total	9.07 mg/dL
Bilirubina indirecta	9.18 mg/dL

Tabla 2. Examen de Gases Arteriales. Fecha: 1/04/21

PH	7.25
PCO2	48 mmHg
HCO3	28mmoVL
CO2	24mmoVL
PO2	69mmHg
EXCESO DE BASE	-2mmol/L
SATURACION	89%
Tiempo de trombolastinaparcial	75.7 segundos
Fibrinógeno	242 mg/dL
Proteína C Reactiva	0.1mg/dL