

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Cuidado enfermero a pretérmino con bajo peso al nacer del servicio de cuidados intensivos neonatales de un hospital nacional de Tarapoto, 2022

Trabajo Académico

Presentado para obtener el título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales

Autoras:

Barbara Dayanara Arévalo Villa

Bertha Yahaira Silva Ruiz

Asesor:

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lim, 24 de marzo de 2025


DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Luz Victoria Castillo Zamora, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“HABILIDADES GERENCIALES Y TOMA DE DECISIONES EN ENFERMERAS JEFAS ASISTENCIALES DE UNA CLÍNICA, AREQUIPA 2024”** de las autoras Barbara Dayanara Arévalo Villa y Bertha Yahaira Silva Ruiz tiene un índice de similitud de 13% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 24 días del mes de marzo del año 2025.



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

**Habilidades Gerenciales y toma de decisiones en enfermeras jefas
asistenciales de una clínica, Arequipa 2024**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales



Mg. Elizabeth Gonzales Cardenas
Dictaminadora

Lima, 24 de marzo de 2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción	7
Metodología	11
Valoración.....	12
Planificación.....	15
Ejecución.....	17
Evaluación.....	19
Resultados.....	21
Discusión.....	22
Conclusiones.....	40
Referencias Bibliográficas	42
Apéndices.....	54

**Cuidado enfermero a pretérmino con bajo peso al nacer del Servicio de Cuidados
Intensivos Neonatales de un Hospital Nacional de Tarapoto, 2022**

*Barbara Dayanara Arévalo Villa¹, Bertha Yahaira Silva Ruiz², Dra. Luz Victoria Castillo
Zamora³*

^{1,2} Enfermería, Institución de filiación, San Martín - Tarapoto, Perú

³Docente de la Universidad Peruana Unión

Resumen

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, la morbimortalidad afecta a los recién nacidos muy pretérminos. El objetivo de estudio fue gestionar el proceso de atención de enfermería a un paciente recién nacido prematuro de 32 semanas en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único. El Sujeto de estudio es el paciente de 02 día de vida, de sexo femenino con diagnóstico médico, Recién Nacido Pretérmino, Bajo Peso al Nacer. Los datos obtenidos fueron recolectados mediante el instrumento, por los patrones funcionales de Marjory Gordon. A partir de los datos obtenidos, se plantearon 7 diagnósticos de enfermería (Taxonomía II de NANDA I) priorizándose 3 de ellos por riesgo de vida: Deterioro de la ventilación espontánea, Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas e Interrupción de la Lactancia Materna. En la etapa de planificación se efectuó considerando la Taxonomía NIC, NOC, en la siguiente etapa se ejecutaron la administración de los cuidados y en la etapa de evaluación se dio mediante la diferencia de puntuaciones final y basal. En los resultados se obtuvo una puntuación de cambio de +2+2+2, se concluye que la aplicación del proceso de atención de enfermería ayudó a brindar una atención precisa y oportuna, con una atención de calidad y eficacia en base a las necesidades del paciente.

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería, prematuro, leche materna extraída.

Abstract

A preterm newborn is one born before completing 37 weeks of gestation; morbimortality affects very preterm newborns. The objective of the study was to manage the nursing care process of a 32-week preterm newborn patient in the Neonatal Intensive Care Unit. The study had a qualitative approach, single case type. The subject of the study is the patient, 02 days old, female, with medical diagnosis, Preterm Newborn, Low Birth Weight. The data obtained were collected by means of the Marjory Gordon's functional patterns instrument. Based on the data obtained, 7 nursing diagnoses were proposed (NANDA Taxonomy II of NANDA I), prioritizing 3 of them for life risk: Impaired spontaneous ventilation, Ineffective Airway Clearance and Interruption of Breastfeeding. In the planning stage it was carried out considering the NIC, NOC Taxonomy, in the next stage the administration of care was executed and in the evaluation stage it was given by the difference of final and basal scores. In the results a change score of +2+2+2 was obtained, it is concluded that the application of the nursing care process helped to provide accurate and timely care, with quality care and efficiency based on the patient's needs.

Keywords: nursing care process, premature infant, expressed breast milk.

Introducción

El nacimiento prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y se asocia a efectos físicos, de neurodesarrollo y socioeconómicos a largo plazo (Ohuma et al., 2023). De cada 10 bebés nacidos, 1 es prematuro, y cada 40 segundos muere 1 de ellos; y las tasas de nacimientos prematuros no han cambiado en la última década en ninguna región del mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a las 37 semanas, o sea que de 10 nacimientos más de uno son pretérminos y tienden a fallecer aproximadamente un millón de bebés prematuros cada año debido a complicaciones en el parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud define la prematuridad como el nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación o antes de los 259 días desde el inicio del último período menstrual. Según las semanas de gestación (SDG), la prematuridad se clasifica en diferentes categorías: prematuros extremadamente tempranos (<28 SDG), que representan entre el 5,2% y 5,3% de los casos; prematuros muy tempranos (28-31 SDG), que constituyen el 10,4%; y prematuros moderados (32-36 SDG), que abarcan la mayoría, con un 84,3%. Dentro de esta última categoría se incluye un subgrupo conocido como "prematuros tardíos" (Gutiérrez Fuentes, 2024).

En ese mismo sentido, la prematuridad engloba a todos aquellos que nacen antes de las 37 semanas de edad gestacional (EG) y constituye un 5 a 18 % de todos los nacimientos en todo el mundo y un 6,3 a 7,4 % a nivel de España (González-Valcárcel et al., 2024).

Asimismo, en el Perú existe un reporte con un leve incremento en lo que va del año; por lo tanto, de enero a octubre en el 2022 se reportaron unos 27,383 nacimientos prematuros, lo que

representa un aumento del 0,10% en comparación con el mismo periodo del año 2021 (Ministerio de Salud [MINSA], 2022). Igualmente, en el Perú según el informe de ENDES, cada año nacen 30,000 niños antes de completar la semana 37 de edad gestacional, y este porcentaje se ve incrementado en los nacimientos prematuros (Guevara-Ríos, 2023).

Dentro de las causas del Bajo Peso al Nacer (BPN) en neonatos prematuros, están atribuidos múltiples factores, como el factor sociodemográfico como: la edad materna (< a 20 años o mayores de 35 años), condiciones económicas adversas, y antecedentes médicos antes del embarazo, como hipertensión arterial, enfermedades renales, tiroideas o cardiorrespiratorias; también, se consideran antecedentes de bajo peso al nacer en partos anteriores y complicaciones médicas durante el embarazo, tales como hipertensión gestacional, insuficiente ganancia de peso, diabetes gestacional, infecciones urinarias y hemorragias transvaginales; además, se mencionan factores como el número de abortos previos y hábitos nocivos como el tabaquismo, entre otros (Cevallos Alcivar & Gavilanéz García, 2021).

Igualmente, dentro de las principales causas de morbilidad en los recién nacidos prematuros, se consideran aquellos prematuros con insuficiencia respiratoria, resultado por la inmadurez y la hipoxia al nacer, lo que a menudo requiere una reanimación neonatal avanzada; esta insuficiencia se manifiesta inicialmente como distrés respiratorio y déficit pulmonar o enfermedad de membrana hialina, seguida en orden cronológico por la aparición de apnea del prematuro y displasia broncopulmonar (Gutiérrez Fuentes, 2024).

A continuación de las patologías neurológicas del neonato prematuro, están relacionadas con las características únicas y vulnerables de su sistema nervioso en desarrollo, “la fragilidad de la estructura vascular en la matriz germinal” (la matriz germinal, una región del cerebro donde se generan las neuronas y glías durante el desarrollo, tiene vasos sanguíneos inmaduros y frágiles);

igualmente, muchas neuronas aún no han completado su desplazamiento desde las zonas de proliferación hacia sus destinos finales en la corteza cerebral; igualmente, en los prematuros, la mielinización aún está en etapas iniciales, lo que compromete la eficiencia de las conexiones neuronales; igual, a la aparición de hemorragia intraventricular, así como a su forma más severa, el infarto hemorrágico (Salas Núñez et al., 2024).

Los recién nacidos prematuros su condición de fragilidad hace de su vulnerabilidad a la hipotermia, con dificultades para su alimentación, niveles bajos niveles de azúcar en la sangre, infecciones y dificultades en la respiración al nacer (Matos-Alviso et al., 2021).

Sin embargo, son de vital importancia las intervenciones de enfermería, como la monitorización adecuada a los neonatos pretérminos: como la cardíaca, respiratoria, saturación, temperatura (Ttito Charagua, 2024). De igual manera, el uso correspondiente de oxigenoterapia, asimismo su alimentación administrada por vía enteral (sonda orogástrica) o lactancia materna con apoyo del personal enfermero, los innumerables procedimientos invasivos procurando disminuir el dolor sin analgesia farmacológica, que ayudarán en la mejoría en lo posible la calidad de vida del neonato, mejorando su evolución y evitar posibles complicaciones (Amorós Bru, 2020).

Es fundamental mantener un diálogo abierto, brindar información y negociar con los padres, ya que esto facilita con su asistencia en los cuidados de la salud de sus hijos; por ende, la participación constante de los padres implica su involucramiento activo; en ese sentido, el profesional de salud debe compartir conocimientos e información, fomentando su participación en el cuidado, apoyo y resolviendo sus dudas o inquietudes, para ofrecer una atención integral y humanística (Uribe Herrera, 2020).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método que permite ofrecer cuidados a los pacientes de manera sistémica, organizada y lógica, obteniendo resultados positivos; con ello se puede llevar a cabo una valoración de enfermería integral, objetiva y precisa, constituyendo una base para identificar correctamente los diagnósticos de enfermería; por lo tanto, los cuidados de enfermería deben ser innovadores, racionales y basados en el pensamiento crítico para garantizar el bienestar y mantenimiento de su buen estado de salud del paciente; asimismo, al implementar el proceso de atención de enfermería facilita la prestación de una atención precisa y oportuna, con calidad y eficacia, adaptada según las necesidades, en un recién nacido pretérmino (Núñez-Alonso et al., 2023).

El profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos pediátricos, está capacitada, para cumplir un rol fundamental en la unidad de cuidados críticos, que implica brindar una atención especializada con el fin de asegurar los tratamientos necesarios para la recuperación de pacientes pediátricos, con patologías complejas e inestabilidad fisiológica, quienes requieren soporte avanzado; por consiguiente, todos los procedimientos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, deben ser realizados por personal enfermero(a) capacitado y entrenado, con el objetivo de minimizar errores en la atención a los pacientes recién nacidos y más aún prematuros (Sailema Ronquillo, 2023).

Metodología

El presente estudio fue de enfoque cualitativo, tipo estudio de caso único, la metodología fue el Proceso de Atención de Enfermería, es una guía para el profesional de enfermería, basado en un proceso científico, metódico y humano, enfocado en la mejoría de la salud de manera integral, se consolida en una atención de calidad, permitiendo alcanzar la recuperación y mantenimiento de la salud (Manzano Quisimalin et al., 2022).

El Sujeto de estudio incluyó a un neonato, con dos días de vida, de sexo femenino con diagnóstico médico de recién nacido pretérmino, de 32 SS, Bajo Peso al nacer. Los datos se obtuvieron, mediante la recolección del uso de la técnica de entrevista y como instrumento, el Marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon (Rodríguez, 2020), con ello realizando una valoración de manera detallada. Asimismo, con los datos obtenidos, se elaboraron los diagnósticos de enfermería según la (Taxonomía II de NANDA I) (Herdman et al., 2021), seguido de la realización de una planificación, para lo cual, es preciso el uso de un lenguaje universal y científico, permitiendo un desarrollo del pensamiento analítico, al mismo tiempo que permita garantizar una comunicación con la práctica de los cuidados del enfermero(a) con calidad y calidez. Igualmente, el uso de las taxonomías NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) , NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería); su uso va orientado a uniformizar la práctica de enfermería, sistematizando con prácticas clínica unificando, basado según la necesidad específicas ca cada paciente, familia o comunidad (Bezerra da Silva et al., 2024). En ese contexto, fueron ejecutadas las actividades planificadas de acuerdo a los objetivos planteados.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración.

Datos Generales.

Nombre: R. G

Sexo: Femenino

Edad: 2 días de vida

Días de hospitalización: 2 día

Horas de atención: 24 horas

Diagnóstico médico: Recién Nacido Pre Término Femenino de 32 SS, Bajo Peso al Nacer, D/C Sepsis Neonatal.

Motivo de ingreso: Recién nacido pretérmino (RNP) ingresa al servicio de neonatología, procedente atención inmediata, sexo femenino de 32 semanas, peso: 1740gr, talla: 40, perímetro cefálico: 26.5cm, perímetro torácico: 26cm, perímetro abdominal: 25cm, APGAR: 8 al minuto y 9 a los 5 minutos, líquido amniótico sanguinolento, ingresa a la unidad de cuidados intensivos, procedente de atención inmediata.

Valoración por Patrones Funcionales.

Patrón I: Percepción-Control de la Salud. Madre con antecedentes de COVID-19 quien se encuentra hospitalizada, madre tuvo seis controles prenatales, niega consumo de cigarro, realizan cesaría de urgencia, EG 32 semanas, por presentar Desprendimiento Prematuro de Placenta. líquido amniótico sanguinolento Según el carnet de control prenatal; se observa con antecedentes obstétricos G3P2, antecedentes familiares, ninguno.

Al examen físico RNP sexo femenino de 32 semanas, peso: 1740gr, talla: 40, perímetro APGAR: 8 al min y 9 a los 5 min, no hubo sufrimiento fetal, administraron profilaxis ocular y vitamina K endovenoso, se observa que no recibió ninguna vacuna por su misma condición de salud.

Patrón II: Nutricional-Metabólico. Al examen físico presenta temperatura 36.5° C, Talla:40 cm, Peso: 1740 gr, cefálico: 26.5cm, perímetro torácico: 26cm, perímetro abdominal: 25cm, a la valoración, se observa piel: integra y rosada, tibia, hidratada. Con llenado capilar de 3", Fontanelas: normotensas, cabello: normal, mucosas orales hidratadas, se observa débil succión y deglución regular, con sonda orogástrica para alimentación, FPP 24 Kcal/oz 2cc cada 3 horas, recibiendo nutrición enteral mínima, abdomen globuloso depresible con ruidos hidroaéreos presentes, se aprecia una pérdida de peso desde el nacimiento de 68gr. madre está hospitalizada. Escala NSRAS 15 puntos.

Patrón III: Eliminación. Al examen físico se observa que realiza micción y deposiciones meconiales, se encuentra con pañal que son pesados por turno. Durante las primeras 24 horas realizó 5cc de diuresis, 2 gr de disposición, siendo un flujo urinario de 24 horas 4cc/hr y un balance hídrico de 24 horas positivo 176.6cc.

Patrón IV: Actividad-Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Recién nacido pretérmino con apoyo ventilador mecánico conectado a tubo endotraqueal N° 3 ; PEEP: 5.5, cmH₂O, PIP: 18.0 cmH₂O, FiO₂: 0.60%, SPO₂: 100%. A la auscultación presenta crepitantes en ambos campos pulmonares, acumulación de secreciones, al examen físico Frecuencia Respiratoria: programado en ventilador 60 - 65 por minuto, con acidosis metabólica PH 7.22 y pCO₂ 42mmHg, uso de los músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, retracción torácica y profundidad de la respiración.

Actividad Circulatoria. Frecuencia cardiaca: 133 x', llenado capilar > 2". con Dextrosa al 8%, a 4cc/hr, recibiendo en 24 horas 96cc por onfalocclisis.

Grado de Dependencia. Grado de dependencia 4.

Patrón VI: Perceptivo-Cognitivo. Al examen físico neonato se encuentra activo, despierto, Escala de Dolor NIPS "0", Escala Riesgo de Caída MACDEMS 4 puntos.

Patrón VII: Autopercepción-Autoconcepto. Al examen físico neonato activo, se comunica a la mamá sobre los procedimientos invasivos que se realiza a su bebé y se mantiene informada, madre refiere ansiedad y preocupación.

Patrón X: Adaptación-Tolerancia a la Situación y al Estrés. Se comunica a la mamá sobre los procedimientos invasivos que se realiza a su bebé y se mantiene informada, madre refiere ansiedad y preocupación.

Diagnósticos de Enfermería Priorizados.

Primer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. NANDA 00033 Deterioro de la ventilación espontánea

Factor relacionado. Relacionado a fatiga de los músculos respiratorios

Características definitorias. uso de los músculos accesorios para respirar, profundidad de la respiración y retracción torácica, con acidosis metabólica PH 7,22 y pCO₂ 42,

Enunciado Diagnóstico. Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por uso de los músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, retracción torácica, con acidosis metabólica, bicarbonato 20 mEq/L, PH 7.22 y PCO₂ 42 mmHg.

Segundo Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. NANDA 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Factor relacionado. Retención de secreciones

Características Definitorias. Presencia de crepitantes en ambos campos pulmonares, acumulación de secreciones.

Enunciado Diagnóstico. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a retención de secreciones evidenciado por presencia de crepitantes en ambos campos pulmonares, acumulación de secreciones.

Tercer Diagnóstico.

Etiqueta Diagnóstica. (00105) Interrupción de la lactancia materna

Factor Relacionado. Enfermedad de la madre

Características Definitorias. Separación de la madre y lactante.

Enunciado Diagnóstico. Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre evidenciado por separación de la madre y lactante.

Planificación

Primer Diagnóstico. NANDA 00033. Deterioro de la ventilación espontánea.

Resultados Esperados. NOC (0403) Estado respiratorio: Ventilación.

✓ 040303 saturación

✓ 040309 PaCO₂

- ✓ 040311 PH arterial

Intervenciones de Enfermería. NIC (3300) Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.

Actividades.

- ✓ Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas.
- ✓ Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.
- ✓ Observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- ✓ Controlar la lesión de la mucosa oral, nasal por presión de las vías aéreas artificiales.
- ✓ Monitorizar al paciente con gasometría arterial para controlar los ajustes del ventilador.

Segundo Diagnóstico. NANDA 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Resultados Esperados.

- ✓ NOC (0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.
- ✓ 041004 ruidos respiratorios patológicos.
- ✓ 041013 uso de los músculos accesorios.
- ✓ 041020 acumulación de secreciones

Intervenciones de Enfermería.

NIC (3160) Aspiración de las vías Aéreas.

Actividades.

- ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- ✓ Utilizar aspiración del sistema cerrado.
- ✓ Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (SPO2)

- ✓ Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal
- ✓ Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones

Tercer Diagnóstico. (00105) Interrupción de la lactancia materna.

Resultados Esperados.

- ✓ NOC (1020) Estado nutricional del lactante
- ✓ 102021 ingestión por sonda de alimentos.
- ✓ 102022 administración intravenosa.
- ✓ 102004 tolerancia alimenticia.

Intervenciones de Enfermería. NIC (1056) Alimentación enteral por sonda.

Actividades.

- ✓ Colocar la sonda enteral, asegurando la correcta colocación de la sonda, inspeccionando, la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos.
- ✓ Colocar al lactante en posición semifowler para proporcionarle su alimentación y decúbito lateral luego de la alimentación.
- ✓ Administrar nutrición leche materna por sonda orogástrica 3cc cada 3 horas.
- ✓ Control de peso diario.
- ✓ Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención estado respiratorio: ventilación para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea

Intervención: Estado respiratorio: ventilación		
Fecha	Hora	Actividades
12-04-2024	8:00 am 8:04 am	- Se asegura las alarmas del ventilador estén conectadas. - Se comprueba de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado

8:08 am	- Se observa si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria
8:13 am	- Se controla la lesión de la mucosa oral, nasal por presión de las vías aéreas artificiales.
10:00 am	- Se monitoriza al paciente con gasometría arterial para controlar los ajustes del ventilador.

Tabla 2

Ejecución de la intervención estado respiratorio: aspiración de las vías respiratorias para el diagnóstico limpieza ineficaz de vías aéreas

Intervención: Aspiración de las vías respiratorias		
Fecha	Hora	Actividades
12-04-2022	9:00 am	- Se ausculta los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. - Se utiliza la aspiración del sistema cerrado.
	9:02 am	- Se monitoriza el estado de oxigenación del paciente (SPO2)
	9:04 am	- Se aspira la orofaringe después de terminar la succión traqueal - Se controla y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones
	9:04 am	
	9:05 am	

Tabla 3

Ejecución de la intervención de la alimentación enteral por sonda para el diagnóstico

Interrupción de la Lactancia Materna

Intervención: Alimentación enteral por sonda		
Fecha	Hora	Actividades
12-04-2022	8:00 am	Se coloca la sonda enteral, asegurando la correcta colocación de la sonda, inspeccionando, la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos.
	8:04 am	Se coloca al lactante en posición semifowler para proporcionarle su alimentación y decúbito lateral luego de la alimentación. Se administra nutrición leche materna por sonda orogástrica 3cc cada 3 horas. Se controla el peso diario.
	9:05 am	Se utiliza una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.
	9:05 am	
	9:05 am	

Evaluación

Resultado: Estado Respiratorio: Ventilación.

Tabla 4

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

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Saturación	2	3
PaCO ₂	2	3
PH arterial	2	3

La tabla 4 muestra que la moda de los indicadores del resultado de estado respiratorio: ventilación seleccionados para el diagnóstico deterioro de la ventilación espontánea antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido), después de las mismas, la moda fue de 3 (moderadamente comprometido), corroborado por la mejora en la valoración integral del recién nacido pretérmino. La puntuación de cambio fue de 1.

Resultado: Estado Respiratorio: Permeabilidad de las Vías Respiratorias.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado de estado respiratorio de las vías aéreas

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Ruidos respiratorios patológicos	2	4
Uso de los músculos accesorios	2	4
Acumulación de secreciones	2	4

La tabla 5 muestra que la moda de los indicadores del resultado de estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas seleccionados para el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (sustancialmente comprometido),

después de las mismas, la moda fue de 4 (levemente comprometido), corroborado por la mejora en la valoración integral del recién nacido pretérmino. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultado: Estado Nutricional del Lactante.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado de estado nutricional del lactante

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Alimentación por sonda nasogástrica	2	4
Administración intravenosa	2	4
Tolerancia alimenticia	2	4

La tabla 6 muestra que la moda de los indicadores del resultado de estado nutricional del lactante seleccionados, para el diagnóstico de interrupción de la lactancia materna, antes de las intervenciones de enfermería fue de 2 (ligeramente adecuado), después de las mismas, la moda fue de 4 (sustancialmente adecuado), corroborado por la mejora en la valoración integral del recién nacido pretérmino. La puntuación de cambio fue de 2.

Resultados

Durante la fase de valoración, los datos fueron recolectados principalmente a través del examen físico y organizados utilizando la Guía de Valoración basada en los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

En la fase de diagnóstico, se analizaron los datos relevantes conforme a la NANDA, resultando en siete diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron tres: Deterioro de la ventilación espontánea, Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Interrupción de la lactancia materna, hubo cierta dificultad en distinguir entre el primer diagnóstico y el diagnóstico de Patrón respiratorio ineficaz debido a la similitud de las características definitorias.

Para la fase de planificación, se emplearon las taxonomías NOC y NIC. Se analizaron los resultados de enfermería más adecuados en relación con los diagnósticos y se ajustaron las intervenciones para que fueran coherentes con dichos resultados. Fue necesario revisar y ajustar los indicadores de resultado, enfrentando dificultades en la determinación de las puntuaciones tanto en la línea basal como en la evaluación final, dada la subjetividad inherente a este proceso.

En la fase de ejecución, se implementó la planificación sin mayores dificultades gracias a la experiencia en la realización de las intervenciones. Finalmente, la fase de evaluación permitió retroalimentar cada etapa del cuidado brindado a la paciente de este estudio, los resultados de enfermería se detallan en la sección correspondiente.

Discusión

Deterioro de la ventilación Espontánea

Se define como "la incapacidad del individuo para iniciar o mantener una respiración adecuada para satisfacer las necesidades metabólicas del cuerpo" (Herdman et al., 2021).

Por lo tanto, la síntesis de la definición de ISV puede entenderse como “una incapacidad para mantener la respiración espontánea y sostener la función pulmonar para proteger las vías respiratorias” (Gouveiade Albuquerque et al., 2023).

Igualmente, se define como la “Incapacidad para iniciar y/o mantener una respiración de manera autónoma que sea adecuada para mantener la vida” (Ackley et al., 2021).

La ventilación espontánea ocurre cuando se genera una presión intratorácica inferior a la presión atmosférica (presión pleural y alveolar negativas). Esto se debe a la contracción de los músculos respiratorios, principalmente el diafragma, lo que provoca la expansión de la cavidad torácica y facilita la entrada de aire a los pulmones (Benito Vales & Ramos Gómez, 2024).

El riesgo de morbilidad está directamente relacionado con las semanas de gestación al nacer; por lo tanto, uno de las patologías prevalentes en los RNPT, es el Distrés respiratorio del pretérmino, que constituye como una de las patologías más prevalentes en los RNPT, al provocarse una interrupción en el desarrollo pulmonar y un déficit de surfactante, con la consiguiente dificultad respiratoria inmediata tras el nacimiento (González-Valcárcel et al., 2024). Y frecuentemente, el test de Apgar es bajo con la necesidad de una reanimación neonatal, lo que presenta el paciente en estudio.

Al respecto, la ventilación mecánica (VMC) es un tratamiento muy efectivo para los RN con insuficiencia respiratoria, la cual puede ser por hipoxemia (oxigenación insuficiente), por insuficiencia ventilatoria (retención de CO₂) a una combinación de ambas (Zambosco, 2021).

De manera que, el neonato pretérmino en esas condiciones necesita en varias ocasiones la asistencia ventilatoria para el tratamiento de la hipoxemia y la hipercapnia asociadas con el síndrome de dificultad respiratoria, con el fin de minimizan los riesgos de daño del parénquima pulmonar (Quesada Arguedas et al., 2023).

En ese sentido, al propósito de la asistencia ventilatoria como tratamiento es promover la dilatación de los capilares pulmonares y aumentar la presión en la vía aérea, de modo que el aire pueda desplazar el líquido para ser absorbido por los capilares pulmonares; y este proceso se complementa con la administración de oxígeno suplementario, que varía entre el 90% y 95%, con el objetivo de revertir el proceso de disminuir o eliminar el estrechamiento de los vasos sanguíneos dentro de los pulmones, y incrementar el flujo sanguíneo, reducir el cortocircuito y mejorar los niveles de PaO₂ (España Cuasapaz & Vela Jiménez, 2023).

Por otro lado; según NANDA las características definitorias para este diagnóstico son: disnea, aumento del gasto metabólico, agitación creciente y aprensión, empleo de la musculatura respiratoria accesoria, taquicardia, disminución de la po₂, aumento de la pco₂ y disminución de la Sao₂ (Herdman et al., 2021). Por patología existente en el caso estudiado presenta, uso de los músculos accesorios para respirar, profundidad de la respiración y retracción torácica, con acidosis metabólica pH 7,22 y pCO₂ 42 mmHg; esta situación es la razón, para considerar la importancia de la presente etiqueta diagnóstica en estudio.

La fatiga de los músculos respiratorios es un factor asociado que se define la incapacidad de un músculo para mantener la fuerza requerida esperada después de contracciones continuas o repetidas (Acuña Gonzáles et al., 2020). Por lo tanto, los músculos respiratorios, tanto en su estructura como en su función, son músculos estriados esqueléticos cuya labor principal es

garantizar la ventilación mediante un esfuerzo continuo que sustenta la vida (Acuña González et al., 2020).

Por consiguiente, la cantidad de fibras musculares tipo I está estrechamente relacionada con la edad y en recién nacidos prematuros, estas fibras representan menos del 10%, lo que hace que el esfuerzo respiratorio sea aproximadamente tres veces mayor que en los adultos y puede incrementarse considerablemente frente a cualquier obstrucción de las vías respiratorias; puesto que, las fibras tipo I permiten realizar contracciones repetidas, cualquier factor que aumente el esfuerzo respiratorio puede ocasionar una fatiga temprana en los músculos respiratorios de los lactantes, especialmente en los prematuros (Puppo et al., 2021).

Con el fin de ayudar en su recuperación de la paciente se recomienda realizar el manejo de la ventilación mecánica y, según Herdman et al. (2021), consiste en asistir a la paciente a recibir soporte respiratorio artificial, mediante un dispositivo fijado en la tráquea. Por consiguiente, se realizaron las siguientes actividades:

Igualmente, el manejo de la ventilación mecánica, implica llevar a cabo un conjunto de acciones destinadas a mantener o sustituir la función ventilatoria en pacientes que no pueden respirar de manera eficaz por sí mismos, y este proceso incluye la selección y ajuste de los parámetros ventilatorios, la monitorización continua del paciente y el equipo, así como la prevención de complicaciones asociadas al uso prolongado del ventilador (Hill, 2020).

De acuerdo con Tobin (2020), el manejo de la ventilación mecánica requiere comprender la composición fisiológica de la respiración, el monitoreo cuidadoso de los gases arteriales y la mecánica pulmonar, y realizar ajustes basados en las necesidades específicas del paciente, con un enfoque en proteger los pulmones y optimizar la función respiratoria.

Con respecto a la primera intervención es dar inicio a la preparación y aplicar el ventilador, tomando en cuenta que las alarmas del ventilador estén conectadas porque cada sonido es de importancia al controlar al paciente y comprobar con una frecuencia los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humificación del aire inspirado a 37°C. Al respecto, González y Estay (2021) indican que de esa forma se cuida la mucosa del neonato. También, es de suma importancia a tener en cuenta que en la ventilación de neonatos incluyen el uso de tubo endotraqueal del número y tamaño adecuado, con el fin de minimizar la resistencia de las vías respiratorias y el trabajo de la respiración, la posición de la paciente y los cuidados de enfermería (Barrantes Solano et al., 2023).

Dentro de las actividades desarrollados, con el fin de ayudar a la ventilación con una serie de actividades auscultando el ruido respiratorio.

Auscultación de ruidos respiratorios es una técnica de exploración física que consiste en escuchar, mediante un estetoscopio, los sonidos generados por el flujo de aire mediante las vías respiratorias; esta práctica permite identificar características normales, como los ruidos respiratorios vesiculares, y detectar anomalías, como crepitantes, roncacos, sibilancias o la disminución o ausencia de los ruidos respiratorios (Bertrand et al., 2020). En ese sentido, de acuerdo con Jarvis y Eckhardt (2024), la auscultación pulmonar es una herramienta esencial para evaluar el estado respiratorio del paciente; requiere una técnica sistemática que permita comparar ambos campos pulmonares y distinguir entre ruidos respiratorios normales y anormales, los cuales proporcionan información valiosa sobre las condiciones de las vías respiratorias y los pulmones.

posteriormente otra de las actividades es colocar al neonato de una posición que se alivie la disnea. Al respecto, Colocar al neonato en una posición que alivie la disnea se refiere a ubicar

al recién nacido en una postura que facilite la expansión pulmonar y disminuya el esfuerzo respiratorio; en ese sentido, en neonatos con dificultad respiratoria, estas posiciones suelen incluir el decúbito supino con leve inclinación del tronco o posiciones que favorezcan la alineación del tórax y el abdomen, ayudando a optimizar el flujo de aire y reducir la carga sobre los músculos respiratorios; puesto que, estas medidas son esenciales en el manejo de condiciones como el síndrome de dificultad respiratoria neonatal o la apnea (Gardner et al., 2021)

De acuerdo con Gardner et al. (2021), ajustar la posición corporal en neonatos con dificultad respiratoria es una intervención básica y eficaz para mejorar la mecánica respiratoria y la oxigenación; además refiere que, posiciones como la semisentada o el decúbito lateral pueden ser particularmente útiles dependiendo de la condición subyacente.

Por otro lado, se utilizó otra intervención, el manejo de la ventilación mecánica invasiva (VMI) es el tratamiento prioritario para pacientes con insuficiencia respiratoria, independientemente de su causa; su propósito principal es garantizar una oxigenación adecuada, al mismo tiempo que se busca prevenir el daño pulmonar asociado al uso de la ventilación mecánica, el cual puede ocurrir por la administración de volúmenes corrientes elevados (Escribano-Santana et al., 2023).

En neonatos pretérminos con insuficiencia respiratoria, como también aquellos con síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN); la ventilación mecánica invasiva, puede ser vital para mantener el intercambio gaseoso efectivo; en ese sentido, este método mejora la oxigenación, reduce el trabajo respiratorio y permite que los pulmones inmaduros tengan el soporte necesario mientras se resuelve la causa subyacente, como la falta de surfactante (Damián Arnaudo & Videla Balaguer, 2022).

Asimismo, según Polin y Yoder (2017), la ventilación mecánica invasiva en neonatos debe ser cuidadosamente manejada para equilibrar los beneficios de mantener la ventilación y oxigenación adecuadas mientras se minimizan las complicaciones, como el barotrauma o la displasia broncopulmonar.

De igual modo, otra de las actividades fue controlar la lesión de la mucosa oral por presión de las vías aéreas artificiales. Controlar la lesión de la mucosa oral por presión, se refiere a la implementación de medidas para prevenir o minimizar el daño que puede ocurrir en los tejidos orales debido al uso prolongado de dispositivos como tubos endotraqueales o cánulas orotraqueales; por lo tanto, en neonatos con insuficiencia respiratoria, estas intervenciones son esenciales, ya que la mucosa oral es delicada y susceptible a úlceras por presión, irritación o necrosis, lo que puede complicar el manejo respiratorio y aumentar el riesgo de infecciones (Iribarren Romera & Vila Gimeno, 2020).

Igualmente, en neonatos, este control incluye la monitorización frecuente del estado de la mucosa oral, cambios regulares en la posición del tubo endotraqueal y el uso de materiales acolchados para fijarlo. Además, se realizan intervenciones para mantener la higiene oral adecuada y reducir la presión ejercida sobre áreas específicas (Valdelice Cruz et al., 2021).

Según Gardner et al. (2020) es crucial prevenir lesiones relacionadas con dispositivos médicos en neonatos, ya que estas complicaciones pueden prolongar la estancia hospitalaria, aumentar la morbilidad y comprometer el bienestar general del paciente. Enfatizan la importancia de conocer los problemas de salud adversos en poblaciones específicas. Existen situaciones en las que las lesiones de la mucosa oral pueden comprometer el desempeño del recién nacido durante la lactancia materna (Valdelice Cruz et al., 2021).

La monitorización del paciente mediante gasometría arterial es fundamental para ajustar de manera precisa los parámetros del ventilador mecánico; en ese sentido, la Monitorización del paciente mediante gasometría arterial se refiere al análisis de los gases disueltos en la sangre arterial para valorar el curso de oxigenación, ventilación y equilibrio ácido-base; dicho procedimiento proporciona mediciones clave como la presión parcial de oxígeno (PaO_2), la presión parcial de dióxido de carbono (PaCO_2), el pH y los niveles de bicarbonato (HCO_3^-); lo cual, es fundamental en el manejo de pacientes críticos, ya que permite valorar la función pulmonar y ajustar el tratamiento de manera precisa y oportuna (Vargas-Arroyo et al., 2024).

En un neonato con insuficiencia respiratoria, la gasometría arterial es crucial para comprobar la eficacia de la ventilación y oxigenación, así como para identificar desequilibrios metabólicos o respiratorios. Estos datos ayudan a optimizar los parámetros del soporte ventilatorio, prevenir complicaciones como la hipoxia o la hipercapnia, y mejorar los resultados clínicos (Vargas-Arroyo et al., 2024).

En ese sentido, la gasometría arterial es una herramienta esencial en el manejo de neonatos críticamente enfermos, ya que proporciona información objetiva y detallada para guiar intervenciones terapéuticas que promuevan una recuperación más segura y efectiva (Izaguirre-Alcántara et al., 2022).

Limpieza Ineficaz de Vías Aéreas

Según Herdman et al. (2021) está referido a la “incapacidad para eliminar secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio, lo que puede interferir con el intercambio gaseoso adecuado”.

Otro autor lo define como “la reducción de la capacidad para eliminar las secreciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables” (Altamirano Nureña et al., 2022).

Igualmente, es “un estado en el cual un individuo experimenta dificultades para despejar las vías respiratorias en forma adecuada, como consecuencia, provocando la acumulación de secreciones, riesgo de infección y crear dificultades respiratorias" (Wagner & Lukey, 2023).

En ese sentido, La limpieza ineficaz de las vías aéreas es un diagnóstico de enfermería que se refiere a la incapacidad parcial o total del paciente para eliminar secreciones o materiales obstruyentes de las vías respiratorias de manera efectiva, lo que dificulta el intercambio gaseoso y puede comprometer la oxigenación y ventilación y este problema puede estar asociado a debilidad muscular, aumento de secreciones, inflamación o anomalías estructurales en las vías aéreas (Flores Apaza et al., 2022)..

En neonatos con insuficiencia respiratoria, una limpieza ineficaz de las vías aéreas puede agravar el cuadro clínico al aumentar el trabajo respiratorio y disminuir la saturación de oxígeno; por lo tanto, implementar estrategias para promover una limpieza adecuada, como aspiración de secreciones, posicionamiento adecuado y fisioterapia respiratoria, puede mejorar significativamente la ventilación y la oxigenación, aliviando el esfuerzo respiratorio y reduciendo el riesgo de atelectasias o infecciones secundarias (Lehoux et al., 2024).

De acuerdo con Herdman et al. (2021), este diagnóstico implica intervenciones que abordan tanto la causa como las manifestaciones del problema, favoreciendo la permeabilidad de las vías respiratorias y contribuyendo a la estabilidad clínica del paciente.

La vía aérea se divide en alta y baja, utilizando el cartílago cricoides como referencia anatómica; funcionalmente, la vía aérea alta corresponde a la región extratorácica, mientras que la baja se ubica dentro del tórax; además, se clasifica en zonas funcionales: una de conducción proximal, otra zona de transición, una respiratoria y la región alveolar; aunque su función principal es el intercambio de gases, el sistema respiratorio también desempeña roles esenciales como la regulación del equilibrio ácido-base, la fonación y la defensa del organismo (Gochicoa-Rangel et al., 2023).

En resumen, la vía aérea se clasifica en alta y baja, con zonas funcionales específicas (conducción, transición y respiratoria); además de facilitar el intercambio de gases, el sistema respiratorio participa en funciones como equilibrio ácido-base, fonación y defensa (Araya Oviedo, 2021)..

Asimismo, menciona que las características definitorias para este diagnóstico son: ausencia de tos, sonidos respiratorios adventicios, bradipnea, cianosis, disminución de los sonidos respiratorios, cantidad excesiva de esputo, alteración del ritmo respiratorio, aleteo nasal, uso de los músculos respiratorios para respirar (Herdman et al., 2021). Por patología existente en el presente caso de estudio, presenta presencia de crepitantes en ambos campos pulmonares, acumulación de secreciones. Siendo el factor relacionado retención de secreciones. (acumulo de secreciones y tubo endotraqueal).

La retención de secreciones que presentó el neonato en estudio fue un problema crítico debido a la inmadurez del sistema respiratorio, la debilidad de los músculos respiratorios y la

capacidad limitada para toser y movilizar secreciones de manera efectiva; lo que puede llevar a la obstrucción de las vías respiratorias, hipoxemia, y un mayor riesgo de infecciones respiratorias, como la neumonía; "la retención de secreciones en neonatos se asocia a una alta morbilidad debido a la limitada capacidad de estos pacientes para eliminar secreciones por sí mismos, lo que puede resultar en complicaciones respiratorias graves" (López Rodríguez, 2021).

Otro autor, lo define a cuerpo extraño como la introducción voluntaria o involuntaria en la vía digestiva, de un cuerpo o partícula, al que no le corresponde estar ahí, de origen orgánico o inorgánico (Lobieras Tuñón, 2020).

El abordaje de la vía aérea incluye la aplicación de diversas técnicas destinadas a mantener un flujo de aire adecuado hacia y desde los pulmones; y entre estas, la intubación endotraqueal es un procedimiento invasivo que consiste en insertar un tubo a través de la boca o la nariz hasta la tráquea, estableciendo una vía aérea segura y directa hacia los pulmones; por consiguiente, este método permite un control completo de la vía aérea, facilitando tanto la administración de oxígeno como el uso de ventilación mecánica (Pérez Piedra et al., 2024).

La intubación endotraqueal beneficia significativamente al neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria al establecer una vía aérea segura y eficiente que facilita la administración de oxígeno y soporte ventilatorio controlado; este procedimiento es especialmente importante en neonatos prematuros, quienes a menudo presentan inmadurez pulmonar, falta de surfactante y dificultad para mantener una adecuada oxigenación y ventilación; y por ende la intubación permite administrar surfactante exógeno directamente en los pulmones y garantizar una ventilación mecánica precisa para mejorar el intercambio gaseoso, reducir el esfuerzo respiratorio y prevenir complicaciones asociadas a la hipoxia o hipercapnia, a

pesar de que en la anatomía pediátrica las vías respiratorias presentan más estrechas y la visualización compleja para la colocación del tubo endotraqueal (Pérez Piedra et al., 2024).

Igualmente, de acuerdo con Polin y Yoder (2017), en neonatos prematuros con insuficiencia respiratoria, la intubación endotraqueal es una intervención clave que optimiza el manejo respiratorio al proporcionar un control total sobre la ventilación y asegurar la entrega efectiva de tratamientos como el surfactante, contribuyendo así a mejorar la supervivencia y reducir la incidencia de lesiones pulmonares a largo plazo.

Estas alteraciones son causa demostrada de daño neurológico especialmente en pretérminos, principalmente asociado a hemorragia intraventricular.

Con la finalidad de ayudar a la recuperación del paciente se recomienda realizar la permeabilidad de las vías aéreas y según NANDA, lo define a aquella acción en donde las vías traqueobronquiales estén abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire (Herdman et al., 2021).

Realizar la permeabilidad de las vías aéreas implica llevar a cabo medidas y procedimientos que aseguren que las vías respiratorias permanezcan abiertas y libres de obstrucciones, permitiendo una corriente de aire hacia y desde los pulmones; estas intervenciones pueden incluir la aspiración de secreciones, el uso de dispositivos para mantener la vía aérea abierta (como cánulas nasofaríngeas o tubos endotraqueales), y técnicas para posicionar correctamente al paciente, entre otras.

En un neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria, garantizar la permeabilidad de las vías aéreas es esencial debido a su inmadurez anatómica y funcional, que incluye un diámetro más reducido de las vías aéreas y una capacidad limitada para expulsar secreciones; mantener las

vías aéreas permeables mejora la oxigenación, reduce el trabajo respiratorio y previene complicaciones como atelectasias o infecciones secundarias (Zurita-Desiderio et al., 2022).

De acuerdo con Gardner et al. (2021), la permeabilidad de las vías aéreas en neonatos es un componente crítico del cuidado respiratorio, especialmente en prematuros, ya que asegura un intercambio gaseoso eficaz y minimiza el riesgo de deterioro respiratorio, contribuyendo así a una evolución clínica más favorable.

Asimismo, se realizaron las siguientes actividades como: Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

La auscultación de secreciones, permite evaluar los ruidos generados en la vía aérea a través del flujo del aire, que se manifiestan con una frecuencia y una amplitud determinada que se integra con otros elementos clínicos del examen físico (Flores Apaza et al., 2022). Y la auscultación pulmonar en el niño obliga a realizar una cierta rutina que permita obtener información relevante de forma eficiente (Bertrand et al., 2020).

Es importante considerar la aspiración del sistema cerrado; al respecto, El Sistema de Aspiración Cerrado (SAC) es un dispositivo que permite aspirar las secreciones de un paciente sin necesidad de desconectarlo de la ventilación mecánica invasiva (VMI); y la sonda utilizada para la aspiración está cubierta por una funda de plástico que la protege; una de sus principales ventajas es que, al evitar la desconexión del paciente, se minimizan las fugas de aire y se reduce la pérdida de volumen pulmonar (López Martín, 2021).

La aspiración traqueal por tubo endotraqueal (TET): consiste en retirar las secreciones acumuladas en las vías respiratorias utilizando un catéter de aspiración que se introduce por el tubo endotraqueal; dicho procedimiento puede realizarse mediante dos métodos principales: como el sistema abierto y el sistema cerrado (Rodríguez-Jurado et al., 2023).

La aspiración de la orofaringe después de la succión traqueal es un procedimiento realizado para eliminar secreciones acumuladas en la parte superior de la vía aérea (orofaringe) una vez que se ha llevado a cabo la aspiración en la tráquea. Este procedimiento complementario es crucial para evitar que las secreciones residuales en la orofaringe sean aspiradas nuevamente hacia las vías inferiores, lo que podría causar obstrucción, infección o complicaciones como la neumonía aspirativa (García Estudillo, 2021)..

En un neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria, este procedimiento es altamente beneficioso. Ayuda a mantener las vías aéreas libres de secreciones, mejora el flujo de aire, reduce el riesgo de hipoxia y minimiza el trabajo respiratorio, aspectos críticos en pacientes con inmadurez pulmonar y debilidad en los reflejos de protección de la vía aérea.

De acuerdo con Gardner et al. (2020), la aspiración eficaz de secreciones en neonatos prematuros es un componente esencial del manejo respiratorio. Reduce las complicaciones relacionadas con las secreciones retenidas y contribuye al mantenimiento de una ventilación y oxigenación adecuadas.

Controlar y observar el color, la cantidad y la consistencia de las secreciones significa realizar una evaluación sistemática de las secreciones expulsadas por las vías respiratorias del neonato. Este monitoreo permite identificar signos de infecciones, obstrucciones o cambios en el estado respiratorio del paciente. El color (transparente, amarillo, verdoso), la cantidad (escasa, moderada, abundante) y la consistencia (líquida, espesa) proporcionan información valiosa sobre la salud del sistema respiratorio y la efectividad de las intervenciones, como la aspiración o el uso de ventilación asistida (Hernández Flores et al., 2022).

En un neonato con insuficiencia respiratoria, este control es fundamental, ya que ayuda a detectar precozmente complicaciones como infecciones respiratorias, atelectasias o presencia de

secreciones viscosas que puedan obstruir las vías aéreas. La evaluación continua permite ajustar las estrategias de manejo, optimizando el intercambio gaseoso y reduciendo el riesgo de hipoxia o acumulación de secreciones.

Según Gardner et al. (2020), la observación detallada de las características de las secreciones en neonatos con soporte respiratorio es una práctica esencial para prevenir complicaciones y mejorar la efectividad de las terapias respiratorias.

Interrupción de la Lactancia Materna

Según NANDA está definido como “Interrupción en la continuidad del proceso de lactancia materna debida a la incapacidad del niño para mamar o a la inconveniencia de que lo haga” (Herdman et al., 2021).

Al respecto, la OMS (2021) lo define COMO el abandono precoz de la lactancia materna como el cese de la alimentación exclusiva con leche materna antes de los seis meses de edad, lo cual tiene implicaciones significativas en la salud y el desarrollo del niño.

Según Lawrence y Lawrence (2021) la interrupción de la lactancia materna ocurre cuando esta práctica se discontinúa debido a barreras fisiológicas, emocionales o sociales, comprometiendo el aporte de nutrientes óptimos para el lactante.

El abandono precoz de la lactancia materna se refiere al cese definitivo o temporal de la alimentación al pecho antes del tiempo recomendado, que según la OMS es al menos hasta los seis meses de edad de forma exclusiva y hasta los dos años complementada con otros alimentos. Este fenómeno puede estar influido por factores maternos, neonatales, sociales y culturales.

El impacto que se produce con la interrupción de la lactancia materna en un neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria; Si se interrumpe la lactancia materna, el neonato puede experimentar: Mayor riesgo de infecciones: Al no recibir los anticuerpos presentes en la leche

materna, queda más expuesto a infecciones respiratorias; además, afectación en el desarrollo pulmonar: La falta de nutrientes específicos puede retrasar la maduración del sistema respiratorio, y sufrir Complicaciones metabólicas: Los neonatos pretérmino tienen mayor riesgo de hipoglucemia y otras alteraciones metabólicas en ausencia de la leche materna (López-Mejía et al., 2022).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2021) indica que la lactancia materna es un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes (Rosales Cusi & Egoavil Torres, 2024).

Por otro lado, cabe recalcar los Beneficios de la lactancia materna para un neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria, aquí la lactancia materna es especialmente beneficiosa para los neonatos pretérmino debido a que: que favorece la inmunidad: la leche materna contiene inmunoglobulinas y factores bioactivos que protegen contra infecciones respiratorias; además, mejora la función pulmonar: los lípidos y proteínas específicos de la leche materna apoyan el desarrollo de los tejidos pulmonares; igualmente, promueve el crecimiento: es un alimento altamente biodisponible que ayuda a mejorar el peso y la maduración del sistema respiratorio (Ramos Fente, 2022).

Además, reduce complicaciones: Según Victora et al. (2016), la lactancia materna disminuye significativamente la incidencia de enfermedades como la displasia broncopulmonar y las infecciones nosocomiales.

Por otro lado, la leche materna es fundamental en la alimentación del recién nacido prematuro debido a los múltiples beneficios que aporta; sin embargo, en algunos casos no satisface por completo sus requerimientos nutricionales, ya sea por una producción insuficiente de leche o por dificultades del neonato para realizar tomas efectivas; es importante considerar

que los bebés prematuros generalmente no pueden alimentarse directamente del pecho hasta alrededor de las semanas 32 a 34 de gestación, ya que su capacidad de succión aún no es adecuada (OMS, 2023).

Al respecto Herdman et al. (2021) señala que las características definitorias para este diagnóstico es la lactancia materna no exclusiva por la patología que resalta, la prematuridad que presenta el paciente en estudio, puesto que porta sonda orogástrica para ser alimentado.

La separación entre la madre y la lactante representa una de las principales razones para el cese de la lactancia materna; esta situación puede influir negativamente en la producción de leche, ya que la falta de estimulación constante del pecho afecta su mantenimiento; asimismo, dificulta el desarrollo del vínculo afectivo esencial para garantizar una lactancia exitosa; cuando la separación se prolonga, aumenta la probabilidad de introducir fórmulas infantiles de forma temprana, lo que reduce significativamente la continuidad de la lactancia materna (Morales López et al., 2022).

Siendo el factor relacionado la separación materno infantil, puesto que el recién nacido pretérmino necesita estar en condiciones de cuidado que rompen el acercamiento estrecho que hay con la madre que esta hospitalizada.

En ciertas ocasiones establecer una lactancia materna directa y eficaz con recién nacidos pretérminos es muy difícil, debido al tiempo en periodos largos en su hospitalización en unidades críticas y están separados de sus madres, siendo más difícil la producción de leche; y para obtener una cantidad adecuada de leche materna, es necesario que las madres se estimulen las mamas y se extraigan leche (Tapia-Sequeiros et al., 2023).

Otra dificultad en la producción de leche es que hasta la semana 32-34 de gestación no se desarrolla de manera adecuada el reflejo de succión, por lo que los prematuros no estarán en

condiciones de succionar de manera directa desde el pecho o si lo succionan los harán de manera ineficaz (Lalaguna Mallada et al., 2023).

Cuando no se puede alimentar a los prematuros con leche materna, se recurre a alternativas como leche donada, fortificada o fórmula artificial, cada una con ventajas y desventajas estudiadas a lo largo del tiempo, en ese sentido, la Leche Materna donada (LMD) obtenida a partir de bancos de leche materna es considerada la mejor alternativa; sin embargo, en muchas ocasiones no es suficiente para cubrir sus necesidades nutricionales (Torres Martínez et al., 2020).

Inspeccionando, la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos. La intervención utilizada por las condiciones de la paciente fue la alimentación por sonda enteral, asegurando la correcta colocación de la sonda, inspeccionando, la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos si lo ameritaba el caso, asimismo se verificó que la sonda se encuentre en posición adecuada antes de usarla para la alimentación, según

Según el autor, sostiene que estará segura la ubicación de la sonda orogástrica cuando con una jeringa de 2 o 5 ml se aspire suavemente y se observe contenido gástrico; también, se colocó al lactante en posición semifowler para proporcionarle su alimentación y de la misma manera se colocó a la paciente en decúbito ventral, con la cabeza hacia el lado derecho; o decúbito lateral luego de la alimentación, para evitar la aspiración (Cosi Tito, 2020).

La administración de leche materna por sonda orogástrica es una intervención clave en neonatos que no pueden alimentarse por vía oral, ya sea por inmadurez, debilidad o condiciones médicas que impiden la succión eficaz (Pírez et al., 2020). Este método asegura que el recién nacido reciba los beneficios nutricionales y inmunológicos de la leche materna, promoviendo su crecimiento y desarrollo; la administración controlada cada 3 horas permite una nutrición gradual

y adecuada, evitando sobrecargar el sistema digestivo inmaduro del neonato y minimizando el riesgo de complicaciones como la aspiración (Ramos Fente, 2022).

Según Tapia y Escalona (2018), "la administración de leche materna por sonda orogástrica en volúmenes pequeños y a intervalos regulares es crucial para garantizar que el neonato reciba los nutrientes esenciales, mientras se minimizan los riesgos asociados con la alimentación enteral en recién nacidos vulnerables" (IETSI - EsSalud, 2022).

El control y monitoreo diario del peso en pacientes, en especial en neonatos, es una práctica esencial para evaluar el estado nutricional, el crecimiento y la respuesta a la alimentación; en ese sentido uno de los métodos más utilizados es el monitoreo de peso mediante el método antropométrico; el monitoreo periódico del aporte permite su ajuste (Pita Aveiga, 2022). El soporte nutricional en pacientes críticos es dinámico, requiere ajustes frecuentes debido a descompensaciones que afectan sus necesidades energéticas, proteicas y de micronutrientes; aquí, se destaca la importancia de un monitoreo diario del peso y el uso de medidas como la circunferencia braquial (PB), que es un mejor indicador de evolución que el IMC (Camniti et al., 2020).

La correcta manipulación y cuidado del equipo de alimentación es esencial para asegurar que la nutrición se administre de manera segura y efectiva; por lo tanto, es de suma importancia, la implementación de técnicas higiénicas estrictas durante la administración de alimentación enteral es crucial para prevenir infecciones y asegurar la seguridad del paciente, particularmente en poblaciones vulnerables como los recién nacidos (Medina & Rodríguez, 2022).

Igualmente, la utilización de una técnica higiénica en la administración de alimentación enteral, como la alimentación por sonda, consiste en implementar procedimientos rigurosos que garanticen la asepsia durante la preparación, manipulación y administración de los nutrientes a

través de una sonda. Este método asegura que el alimento llegue directamente al estómago o intestino, evitando el riesgo de contaminación y reduciendo complicaciones como infecciones gastrointestinales o sistémicas (Montero-González, 2023)

Respecto a la importancia y beneficios para un neonato pretérmino con insuficiencia respiratoria, esta técnica es crucial porque: Minimiza el riesgo de infecciones: La insuficiencia respiratoria puede estar asociada con sistemas inmunológicos comprometidos, por lo que mantener la asepsia en la alimentación es vital para prevenir infecciones secundarias, además, Reduce el esfuerzo respiratorio: Evita la succión activa, que en neonatos con insuficiencia respiratoria podría agravar su condición al aumentar el trabajo respiratorio, y finalmente, Asegura una nutrición adecuada: Permite proporcionar la cantidad y calidad exacta de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo, crucial en neonatos prematuros con necesidades metabólicas específicas (Herrera Torres, 2020).

Al respecto, según Gardner et al. (2020), refiere que, el uso de técnicas higiénicas en la alimentación enteral es esencial en unidades de cuidados intensivos neonatales para garantizar la seguridad y efectividad de la alimentación, minimizando riesgos de infecciones y facilitando la recuperación del recién nacido.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería es un método que permite ofrecer cuidados a los pacientes de manera estructurada, organizada y lógica, con el objetivo de obtener resultados positivos. Una valoración de enfermería integral, objetiva y precisa es esencial, ya que constituye el fundamento en la identificación de los diagnósticos de enfermería.

Los cuidados de enfermería deben ser innovadores, racionales y basados en el pensamiento crítico para garantizar el bienestar del paciente y mantener su buen estado de salud.

La implementación del proceso de atención de enfermería facilitó la prestación de una atención precisa y oportuna, con calidad y eficacia, adaptada a las necesidades del paciente, en un recién nacido pretérmino de 32 semanas, a lo largo de sus cinco etapas.

Referencias Bibliográficas

- Ackley, B. J., Ladwing, G. B., Flynn Makic, M. B., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2021). *Nursing Diagnosis Handbook, 12th Edition Revised Reprint with 2021-2023 ...* - Betty J. Ackley, Gail B. Ladwig, Mary Beth Flynn Makic, Marina Reyna Martinez-Kratz, Melody Zanotti - Google Libros (12 va. Edi). Elsevier Health Sciences, 2021.
- Acuña Gonzáles, C. M., Arce Molina, J. B., Retamal Leiva, E. A., & Rodríguez Ruiz, J. I. (2020). *Comparación de la fatiga de la musculatura inspiratoria posterior a un ejercicio máximo entre sujetos deportistas y sedentarios de la Universidad de Talca*. Tesis de Grado. Universidad de Talca - Chile.
- Altamirano Nureña, K., Sono Reyes, A. Y., & Zavalaga Valenzuela, M. (2022). Proceso de cuidado enfermero en adolescente con asma bronquial crónica. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(2), 254-267.
<https://doi.org/10.33326/27905543.2022.2.1533>
- Amorós Bru, S. (2020). *Cuidados de enfermería en la nutrición e hidratación de lactantes con bronquiolitis con oxigenoterapia de alto flujo*. Tesis de Grado. Universidad de Alicante. España.
- Araya Oviedo, A. (2021). Trastornos ácido base. *Revista Medica Sinergia*, 6(2), e647 1-9.
<https://doi.org/10.31434/RMS.V6I2.647>
- Barrantes Solano, M. J., Núñez Segura, N. M., & Rodríguez Alfaro, A. (2023). Insuficiencia respiratoria por inmadurez pulmonar. *Revista Médica Sinergia Vol. 8, Núm. 05, mayo 2023, e1043*, 8(5), e1043 1-9. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i5.1043>
- Benito Vales, S., & Ramos Gómez, L. A. (2024). Fundamentos de la ventilación mecánica. En 2024 MARGE BOOKS (Ed.), *Google Libros* (2da. Edici). Google Libros.

Bertrand, F. Z., Segall K., D., Sánchez D., I., & Bertrand N., P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4), 500-506.

<https://doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1465>

Bertrand Z., F., Segall K., D., Sánchez D., I., & Bertrand N., P. (2020). La auscultación pulmonar en el siglo 21. *Revista Chilena de Pediatría*, 91(4), 500-506.

<https://doi.org/10.32641/rchped.v91i4.1465>

Bezerra da Silva, C. L., Lopes de Moura, E., Nayara do Nascimento Dantas, T., Cabral Matias, K., Melo de Carvalho, L., & Fortes Vitor, A. (2024). Nursing diagnoses in patients with COVID-19 admitted to the intensive care unit: CROSS-MAPPING. *Heliyon*, 10(5), e27088 1-10. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2024.E27088>

Camniti, C., Galván, E., Hernández, A., & Lavorgna, S. (2020). *Manejo Nutricional del Paciente Crítico*. Guías de Atención Pediátrica (GAP).

https://www.garrahan.gov.ar/images/intranet/guias_atencion/GAP_2020_-_MANEJO_NUTRICIONAL_PACIENTE_CRITICO.pdf

Cevallos Alcivar, G. A., & Gavilanéz García, G. G. (2021). *Aplicación del proceso de atención enfermero en neonatos con bajo peso al nacer*. Tesis de Grado. Universidad Estatal de Milagro. Ecuador.

Cosi Tito, E. J. (2020). *Nutrición parenteral y nutrición enteral*. Insituto EDEMA.

https://books.instituto-idema.org/sites/default/files/2021_06_19_17_07_55_julissanylreve2002gmail.com_NUTRICION_PARENTERAL_Y_NUTRICION_ENTERAL.pdf

Damián Arnaudo, P., & Videla Balaguer, M. L. (2022). Introducción a la ventilación mecánica neonatal invasiva. Parte III. Ventilación de alta frecuencia - Revista Fundasamin. *Revista*

Enfermería Neonatal, 38, 6-13.

Escribano-Santana, I., Martínez-Gimeno, M. L., & Herráiz-Bermejo, L. (2023). Tratamientos coadyuvantes a la ventilación mecánica invasiva en el manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a covid-19. *Enfermería Intensiva*, 34(2), 90-99.

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.05.001>

España Cuasapaz, K. E., & Vela Jiménez, N. M. (2023). *Factores de riesgo asociados a prematuridad y las complicaciones respiratorias en el neonato*. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.

Flores Apaza, P. M., Huanca Torres, E. I., & León Castro, D. L. (2022). Cuidados de enfermería a paciente con insuficiencia respiratoria aguda por coronavirus en un servicio de emergencia. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(3), 143-154.

<https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1647>

García Álvarez, P., & García Álvarez, R. (2021). Manejo y control del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales. *NPunto. Revista para profesionales de la salud*, 4(43), 4-24.

García Estudillo, E. (2021). Evaluación del efecto de la aspiración subglótica como prevención de la neumonía asociada al ventilador. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 129, 62-65.

Gardner, S., Carter, B., Enzman-Hiles, M., & Niermeyer, S. (2021). Merenstein & gardner's handbook of neonatal intensive care: An interdisciplinary approach. En *Elsevier* (9na edición). Elsevier.

Gochicoa-Rangel, L., Jiménez, C., Lechuga-Trejo, I., Benítez-Pérez, R. E., Thirion-Romero, I., Hernández-Rocha, F. I., Ceballos-Zúñiga, O., Cortes-Telles, A., Guerrero-Zuñiga, S., Díaz-García, R., Hernández-Morales, A. P., Aguilar-Zanela, J. L., & Torre-Bouscoulet, L.

- (2023). Vía aérea pequeña: de la definición al tratamiento. *Revista Alergia México*, 70(1), 22-37. <https://doi.org/10.29262/ram.v70i1.1190>
- González-Valcárcel, M., Otero Durán, L., Caballero Martín, S. M., Malillos González, P., Escobar Izquierdo, A. B., & López Menau, M. C. (2024). Patologías prevalentes en la prematuridad. *Pediatría Integral*, 28(3), 160-170.
- González, Á., & 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.rmcl.2021.10.006>
- Gouveiade Albuquerque, E., Naiara de MedeirosAraújo, J., Barbosa da Silva, A., Barbosa de Sousa Alves, D. L., Coutinho Borges, B. E., & Fortes Vitor, A. (2023). Análisis de concepto del diagnóstico de la ventilación espontánea deteriorada en pacientes críticos. *Aquichan*, 23(3), e2337-e2337. <https://doi.org/10.5294/AQUI.2023.23.3.7>
- Guevara-Ríos, E. (2023). La prematuridad: Un problema de salud publica. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 12(1), 7-8. <https://doi.org/10.33421/INMP.2023334>
- Gutiérrez Fuentes, A. F. (2024). *Infección de vías urinarias como factor de riesgo en la amenaza de parto pretérmino*. Tesis de Grado. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). Diagnósticos de Enfermería. NANDA 2021-2023. En NANDA Internacional (Ed.), *NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses* (Duodécima). NANDA International, Inc.
- Hernández Flores, A., Alcántara Zavala, L. A., Ruiz Recéndiz, D. J., & Huerta Baltazar, M. I. (2022). Intervenciones Estandarizadas del Cuidado de Enfermería en el Recién Nacido Prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria. *Janaskakua*, 4(8), 1-14.
- Herrera Torres, C. (2020). *Nutrición Enteral en Recien Nacido*. Universidad San Sebastian.

http://www.saludinfantil.org/Seminarios_Neo/Seminarios/Nutricion/NutricionEnteral_Cherera_2020.pdf

Hill, B. (2020). Principles of mechanical ventilation for non-critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 29(8), 470-475. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.470>

IETSI - EsSalud. (2022). *guía de práctica clínica para el manejo de la nutrición enteral en el recién nacido prematuro con muy bajo peso al nacer*. EsSalud.

https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/09/GPC-NE-RNMBPN_Version-corta.pdf

Iribarren Romera, R. R. R., & Vila Gimeno, C. (2020). Atención de enfermería a la persona que precisa ventilación mecánica- Rosa Rifà Ros, Cristina Olivé Adrados, Montserrat Lamoglia Puig - Google Libros. En *Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería* (pp. 316-328). Elsevier Health Sciences, 2020.

Izaguirre-Alcántara, D. D., Cordero-González, G., Carrera-Muiños, S., Fernández-Carrocerá, L. A., & Reyes-García, D. V. (2022). Evolución clínica y gasométrica en recién nacidos pretérmino en ventilación por volumen. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 35(2), 51-56. <https://doi.org/10.24875/PER.22000003>

Jarvis, C., & Eckhardt, A. (2024). *Physical examination & health assessment*. Elsevier.

Lalaguna Mallada, P., San Feliciano Martín, L., & Gómez Papí, A. (2023). Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz. Puesta al día.

Revista de Lactancia Materna, 1, e31140. <https://doi.org/10.14201/rlm.31140>

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2021). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (9th Editio). Elsevier Health Sciences.

Lehoux, N., Datto, S., Fustiñana, A. L., Rino, P., Bonduel, N., & Kohn-Loncarica, G. (2024).

Rol del fisioterapeuta-kinesiólogo respiratorio en Urgencias Pediátricas. *Emerg Pediatr.*, 3(3), 145-150.

Lobieras Tuñón, A. (2020). Ingesta-aspiración de cuerpo extraño. *Sociedad Española de*

Urgencias de Pediatría (SEUP), 1, 339-355.

López-Mejía, L., Guillén-López, S., Vela-Amieva, M., & Carrillo-Nieto, R. I. (2022).

Actualización sobre la lactancia materna en los recién nacidos con errores innatos del metabolismo intermediario. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 79(3), 141-151.

<https://doi.org/10.24875/BMHIM.21000103>

López Martín, I. (2021). Sistemas de aspiración de secreciones cerrados: indicaciones y

cuidados. *Ene*, 15(1).

López Rodríguez, L. V. (2021). Estrategias de intervención en la UCI neonatal: un enfoque

fisioterapéutico. *Revista Médicas UIS*, 34(1), 63-72.

<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n1-2021007>

Manzano Quisimalin, D. E., Ortíz Suarez, H. S., Florres Chiliguano, L. Y., & Jiménez Ayala, V.

G. (2022). Nursing care process in patients with colostomy: clinical case study. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(3), 88-110.

<https://doi.org/10.51798/SIJIS.V3I2.396>

Matos-Alviso, L., Reyes-Hernández, K., López-Navarrete, G., Reyes-Hernández, M., Aguilar-

Figueroa, E., Pérez-Pacheco, O., Reyes-Gómez, U., López-Cruz, G., Flores-Morillón, B.,

Quero-Hernández, A., & Quero-Estrada, A. (2021). La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Salud Jalisco*, 7(3), 179-186.

- Medina, S., & Rodríguez, F. A. (2022). Aspectos prácticos y recomendaciones para la manipulación de la nutrición parenteral en recién nacidos internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista Enfermería Neonatal*, 14(39), 30-37.
- Ministerio de Salud. (2021). *Guía Técnica para la consejería en Lactancia Materna* (pp. 1-42).
- Ministerio de Salud. (2022). *Nacimientos prematuros en el Perú se incrementan a 6.89 % en lo que va del 2022*. Ministerio de Salud.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/668468-nacimientos-prematuros-en-el-peru-se-incrementan-a-6-89-en-lo-que-va-del-202214>
- Montero-González, L. (2023). Controversia 2. Cuidados de la nutrición enteral en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 40(SPE1), 51-57. <https://doi.org/10.20960/NH.04681>
- Monzón Tamargo, M. de J., Peterssen Sánchez, M. G., González García, X., Díaz Díaz, J. A., Sánchez Jaida, Y., Monzón Tamargo, M. de J., Peterssen Sánchez, M. G., González García, X., Díaz Díaz, J. A., & Sánchez Jaida, Y. (2021). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el municipio Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(3), e5024 1-11.
- Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz-Licea, V., Iñarritu Pérez, M. del C., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., Velasco Lavín, M. R., Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz-Licea, V., Iñarritu Pérez, M. del C., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., & Velasco Lavín, M. R. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(2), 9-25.
<https://doi.org/10.22201/FM.24484865E.2022.65.2.02>
- Núñez-Alonso, S., Ramírez-Martínez, P., Gil Nava, M., Abarca-Gutiérrez, M. L., & Solís-

Ramírez, J. F. (2023). El Proceso de Atención de Enfermería como instrumento de investigación. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 82(2), 2-17. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3555>

Ohuma, E. O., Moller, A.-B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., Okwaraji, Y. B., Mahanani, W. R., Johansson, E. W., Lavin, T., Fernandez, D. E., Domínguez, G. G., de Costa, A., Cresswell, J. A., Krasevec, J., Lawn, J. E., Blencowe, H., Requejo, J., & Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *The Lancet*, 402(10409), 1261-1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)

OMS. (2023). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Organización Mundial De La Salud -OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

OPS/OMS. (2023). *152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *152 millones de bebés nacieron prematuramente en la última década*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2023-152-millones-bebes-nacieron-prematuramente-ultima-decada>

Pérez Piedra, M. J., Alvarado Quesada, N. L., & Enríquez Barrantes, M. (2024). Optimizando el abordaje de la vía aérea: estrategias y consideraciones actuales en medicina. *Revista Medica Sinergia*, 9(2), e1147 1-10. <https://doi.org/10.31434/rms.v9i2.1147>

Pérez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., Machado, K., Cristoforone, N., Alamilla, M., Acosta, V., Bruneto, M., Assandri, M., Toscano, B., Telechea, H., Rompani, E., Morosini, F., Taboada, R., Notejane, M., Pacaluk, M., Pujadas, M., ... Varela, A. (2020). Cuidados especiales de recién nacidos y lactantes pequeños que requieren hospitalización por infecciones respiratorias. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, *91*, 52-56. <https://doi.org/10.31134/AP.91.S1.9>

Pita Aveiga, C. E. (2022). Manejo nutricional del recién nacido prematuro. *RECIMUNDO*, *6*(2), 602-612. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.602-612](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.602-612)

Puppo, H., Fernández, R., & Hidalgo, G. (2021). Fisiología respiratoria. fisiología de los músculos de la respiración. *Neumología Pediátrica*, *16*(4), 146-151. <https://doi.org/10.51451/np.v16i4.460>

Quesada Arguedas, D., Lin Wu, E., Quesada Salas, A. H., & Navarro Alvarado, M. J. (2023). Insuficiencia Respiratoria: tipos, fisiopatología y tratamiento. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *4*(2), 3526-3536-3526-3536. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.853>

Ramos Fente, L. (2022). *Beneficios de la lactancia materna en el recién nacido prematuro: revisión bibliográfica*. Tesis de Grado. Universidad da Coruña.

Rodríguez-Jurado, J. A., Balza-Contreras, J. E., Silva-Resendiz, M. S., Pérez-Nieto, O. R., Zamarrón-López, É. I., Guerrero-Gutiérrez, M. A., & Deloya-Tomas, E. (2023). Aspiración de secreciones subglóticas como prevención de neumonía asociada al ventilador. *Revista Mexicana de Enfermería*, *11*, 65-71.

Rodriguez, A. (2020). *Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería)*. lidefer.com.

<https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>

Rosales Cusi, Y. M., & Egoavil Torres, G. (2024). *Intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento de madres primíparas durante el contexto del COVID-19 en un hospital nacional, Lima – 2022*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sailema Ronquillo, M. B. (2023). *Rol de enfermería en el cuidado de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos*.

Salas Núñez, R., Gaete Sepúlveda, R., Salas Fontecilla, J., Suárez Uriales, N., & Salas Fontecilla, F. (2024). Niños muy prematuros con hemorragia intraventricular extensa: evolución neurológica y escolaridad a largo plazo. *Andes Pediátrica*, 95(2), 165.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v95i2.4604>

Tapia-Sequeiros, G., Velazco-Cañari, A. M., Ramos-Calizaya, N., Medina-Vicente, L. A., Rodríguez-Flores, C., Ventura-Ramirez, F., & Maquera-Afaray, J. (2023). Factores asociados con la interrupción de la lactancia materna exclusiva: análisis transversal de una encuesta nacional peruana. *Acta Pediátrica de México*, 44(4), 263-275.
<https://doi.org/10.18233/apm.v44i4.2687>

Tobin, M. J. (2020). *Principles and Practice of Mechanical Ventilation* (3ra. Edici). McGraw Hill Medical.

Torres Martínez, E., García Robles, A. A., Gormaz Moreno, M., Gimeno Navarro, A., Izquierdo Macián, I., Poveda Andrés, J. L., & Vento, M. (2020). Efecto de la adición de fortificantes y de módulo de proteínas en la osmolalidad de la leche materna donada. *Anales de Pediatría*, 93(5), 297-304. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2020.03.009>

- Ttito Charagua, D. P. (2024). *Tendencias del cuidado de enfermería en musicoterapia a recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales*. Tesis de Posgrado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Uribe Herrera, C. R. (2020). Participación de los padres en el cuidado de sus niños menores de 10 años hospitalizados en el servicio de pediatría de un Hospital Nacional, Lima 2020. En *Universidad Privada Norbert Wiener - WIENER*. Universidad Privada Norbert Wiener.
- Valdelice Cruz, P., Baccin Bendo, C., Ferrarez Bouzada, M. C., Penido Machado, M. G., & Castro Martins, C. (2021). Oral Mucosal Lesions in Newborns. *Journal of Clinical Neonatology*, 10(3), 170-177. https://doi.org/10.4103/JCN.JCN_209_20
- Vargas-Arroyo, E. C., Castro-Jalca, A. D., & Mora-Augusto, J. V. (2024). Monitoreo de Gasometrías Arteriales y sus complicaciones en pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivos en la Clínica Sur Hospital. *MQRInvestigar*, 8(2), 3098-3112. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.2.2024.3098-3112>
- Wagner, M., & Lukey, A. (2023). *Ineffective Airway Clearance Nursing Diagnosis & Care Plans*. NurseTogether. <https://www.nursetogether.com/ineffective-airway-clearance-nursing-diagnosis-care-plan/>
- OMS (2021). *Global breastfeeding report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-NFS-21.45>
- Zambosco, G. A. (2021). Ventilación Mecánica Convencional. En *Manual Práctico de Ventilación Mecánica Neonatal* (Primera ed, pp. 57-68). Pronto Gráfica.
- Zurita-Desiderio, M. J., Coello-Llerena, M. F., Vásquez-Morán, B. A., & Díaz-Soledispa, M. M.

(2022). Proceso de atención en enfermería en niños y niñas con enfermedades respiratorias.

Dominio de las Ciencias, 8(3), 52-65. <https://doi.org/10.23857/DC.V8I3.2912>

Apéndices

Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Deterioro de la ventilación espontánea relacionado a fatiga de los músculos respiratorios evidenciado por uso de los músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, retracción torácica, con acidosis metabólica ph 7.22 y pco2 42 mmHg,	Resultado NOC: Estado respiratorio: Ventilación	2	Mantener en Aumentar a:	Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva				4	+2
	Escala: De desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal(5)			Actividades:					
	Indicadores:			Asegurarse de que las alarmas del ventilador estén conectadas	M	T	N		
	saturación	2		Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado	M	T	N	4	
	PaCO2	2		Observar si se produce un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria	M	T	N	4	
	PH arterial	2		Controlar la lesión de la mucosa oral, nasal por presión de las vías aéreas artificiales.	M	T	N	4	

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a retención de secreciones evidenciado por presencia de crepitantes en ambos campos pulmonares, acumulación de secreciones.	Resultado NOC: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias	2	Mantener en:	Intervención NIC: Aspiración de las vías aéreas			N	4	+2
	Escala: De desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal(5)		Aumentar a: 4	Actividades:	M	T	N		
	Indicadores				M	T	N		
	Ruidos respiratorios patológicos			Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.	M	T			
	Uso de los músculos accesorios.			Utilizar aspiración del sistema cerrado	M	T	N		
				Monitorizar el estado de oxigenación del paciente (SPO2)					
	Acumulación de secreciones			Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal	M	T	N		

				Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

Diagnóstico Enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones /Actividades				Puntuación final	Puntuación de cambio
Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre manifestado por separación de la madre y lactante	Resultado NOC: Estado nutricional del lactante	2	Mantener en	Intervención: Manejo de la ventilación mecánica: invasiva				4	+2
			Aumentar a: 4						
	Escala: De desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal(5)			Actividades:					
	Indicadores:			-Colocar la sonda enteral, asegurando la correcta colocación de la sonda, inspeccionando, la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos.	M	T	N		
	Alimentación por sonda nasogástrica	2		-Colocar al lactante en posición semifowler para proporcionarle su alimentación y decúbito lateral luego de la alimentación.	M	T	N	4	
	Administración intravenosa	2		Administrar nutrición leche materna por sonda orogástrica 3cc cada 3 horas	M	T	N	4	
Tolerancia alimenticia	2		Control de peso diario.	M	T	N	4		

Apéndice B. Valoración de Enfermería al Ingreso

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado- UPG Ciencias de la Salud

DATOS GENERALES

Nombre del Paciente: R. G. Fecha de Nacimiento: 06/02/2022 Edad: 1 DIA Sexo: F (X) M ()
Historia Clínica: 137190 N° Cama: CUNA 8 DNI N° _____ Teléfono: _____
Procedencia: Admisión () Emergencia () Consultorios Externos () Otros: Atención Inmediata
Peso: 1740Gr Talla: 40cm Perímetro Cefálico: 26.5 cm PA: 25 FC:148x' FR:50x T°: 36.5°C
Fuente de Información: Madre: R.G.N.
Motivo de Ingreso: Recién nacido pretérmino de 32 semanas Diagnóstico Médico: RNPT MUJER 32 SS, BPN, D/C sepsis neonatal.
Fecha de Ingreso: 06/02/2022 Hora: 13:48 Fecha de Valoración: 07/02/2022 Grado de Dependencia: I () II () III ()

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:

HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma ()
Otros: NINGUNO

Intervenciones Quirúrgicas: NINGUNO

Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos ()
Alimentos () Especificar: NINGUNO

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

Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte ()

Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra ()

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si (x) No () Vacunas Completas: Si () No (x)

Hospitalizaciones Previas: Si () No (X)

Descripción: NINGUNO

Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No (X)

Especificar:

PATRON RELACIONES-ROL

Se relaciona con el entorno: Si () No (x)

Compañía de los padres: Si () No (x)

Recibe Visitas: Si (x) No ()

Comentarios: _____

¿Con quién vive? _____

Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos ()

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No ()

Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No ()

Padres Separados: Si () No (x)

PATRON VALORES-CREENCIAS

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

Restricción Religiosa: _____

Religión de los Padres: católico () Evangélico () Adventista ()

Otros: _____ Observaciones: _____

Padres solicitan visita de capellán/líder religioso: SI () NO ()

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO / TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (x) Hipo activo () Hiperactivo ()

Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No (x)

Comentarios: _____

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: _____

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de Sueño: _____

Problema de Alcoholismo: Si () No ()
 Problemas de Drogadicción: Si () No ()
 Pandillaje: Si () No () Otros: _____
 Especifique: _____
 Comentarios: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto (x)
 Somnoliento () Confuso () Irritable ()
 Estupor () Coma ()
 Comentarios: _____
Escala de Glasgow: _____

Apertura ocular	Respuesta motora	Respuesta verbal
Espontánea	4 Espontánea, normal	6 Orientada
A la voz	3 Localiza al tacto	5 Confusa
Al dolor	2 Localiza al dolor	4 Palabras inapropiadas
Ninguna	1 Decorticación	3 Sonidos incomprensibles
	Descerebración	2 Ninguna
	Ninguna	1

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas (x)
 No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas ()
 Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()
 Foto Reactivas: Si () No ()
 Comentarios: _____
Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()
 Otros: _____ Especifique: _____
 Comentarios: _____

Dolor/molestias: No () Si () Especificar: _____



PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Piel: Normal (x) Pálida () Cianótica () Ictérica ()
 Fría () Tibia (x) Caliente ()
 Observaciones: _____
Termorregulación: Temperatura: 36.5 °C
 Hipertermia () Normotermia (x) Hipotermia ()
Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica (X) Fría ()
 Rosada () Pálida () Tibia () Caliente ()
 Observación: _____
Hidratación: Hidratado (x) Deshidratado ()
 Observación: _____
 Edema: Si () No (x) () + () ++ () +++ ()
 Especificar Zona: _____
 Comentarios: _____

Fontanelas: Normotensa (x) Abombada () Deprimida ()
Cabello: Normal (x) Rojizo () Amarillo ()
 Ralo () Quebradizo ()
Mucosas Orales: Intacta (x) Lesiones ()

Alteraciones en el Sueño: Si () No (x)
 Especifique: _____
 Motivo: _____
 ¿Usa algún medicamento para dormir? SI () NO ()

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _____ 55x
 Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()
 Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()
Tos Ineficaz: Si () No (x)
Secreciones: Si () No (x) Características: _____
Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP ()
 Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()
 Otros: _____

Oxigenoterapia:
 Si (x) No () Modo: _____ Saturación de O₂: 100%
 Comentarios: _____

Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica (x)
 Parámetros Ventilatorios: PEEP : 5.5 PIP: 18.0
 fio: 60%

Drenaje Torácico: Si () No (x) Oscila Si () No ()
 Comentarios: _____

Actividad Circulatoria:
Pulso: 133x Regular (X) Irregular ()
FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____
Llenado Capilar: < 2'' () > 2'' (X)
Perfusión Tisular Renal:

Hematuria () Oliguria () Anuria ()
Perfusión Tisular Cerebral:
 Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución ()
 Comentarios: _____

Presencia de Líneas Invasivas:
 Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo ()
 Otros: _____
 Localización: _____ Fecha: _____

Riesgo Periférico: Si () No ()
 Cianosis Distal () Frialdad Distal ()

Capacidad de autocuidado:
0 = Independiente () **1** = Ayuda de otros ()
2 = Ayuda del personal () **3** = Dependiente ()

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				
Deambular				
Ir al baño / bañarse				
Tomar alimentos				
Vestirse				

Aparatos de Ayuda: _____
Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Comentarios: _____

PATRÓN ELIMINACIÓN

Observaciones: _____
Malformación Oral: Si () No (x)
Especificar: _____
Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No (x)
Cuanto Perdió: _____
Apetito: succión débil y deglución regular
Especificar: _____
Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta ()
Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: _____
Modo de Alimentación: LMD () NPT () N.E ()
SNG () SOG (x) SGT () SNY () Gastroclisis ()
Leche materna por sog 4cc c73h
Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico () Doloroso ()
Comentarios Adicionales: _____
Herida Operatoria: Si () No (x)
Ubicación: _____ Características: _____
Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos ()
Serosos () Hemáticos () Serohemáticos ()
Observaciones: _____
Drenaje: Si () No ()
Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____

Intestinal:

Nº Deposiciones/Día: 2
Características: MECONIO _____
Color: _____ Consistencia: _____
Colostomía () Ileostomía ()
Comentarios: _____

Vesical:

Micción Espontánea: Si (x) No ()
Enuresis. Si () No (x)
Características: _____
Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal (x)
Fecha de Colocación: _____
Diuresis: Normal (x) Oliguria () Poliuria () Anuria ()

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Secreciones anormales en Genitales: Si () No ()

Especifique: _____

Otras Molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Tratamiento Médico Actual:

Observaciones:

Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: _____

Fecha: _____

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 presente estudio tiene el objetivo de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales. Este trabajo académico está siendo realizado por las Licenciadas en Enfermería Arévalo Villa Barbara Dayanara y Silva Ruiz Bertha Yahaira, bajo la asesoría de nuestra docente de curso. 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:

Ruth Amparo Guerra Navarro

DNI: 60294958 Fecha: 07-02-2022



Firma

Apéndice D: Escala de Evaluación

1. Escala de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow modificada para niños y lactantes				
Respuesta	Adulto	Niño	Lactante	Puntaje
Apertura ocular	Espontánea	Espontánea	Espontánea	4
	A la voz	A la voz	A la voz	3
	Al dolor	Al dolor	Al dolor	2
	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta	1
Mejor respuesta verbal	Orientada	Orientada, apropiada	Orientada	5
	Confusa	Confusa	Confusa	4
	Palabras inapropiadas	Palabras inapropiadas	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	Palabras incomprensibles o sonidos inespecíficos	Gime en respuesta al dolor	2
Mejor respuesta motora	ninguna	ninguna	ninguna	1
	Obedece	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos y a propósito	6
	Localiza	Localiza estímulos dolorosos	Se retira en respuesta al tacto	5
	Retira	Se retira en respuesta al dolor	Se retira en respuesta al dolor	4
	Flexión anormal	Flexión en respuesta al dolor	Postura de decorticación (flexión anormal) en respuesta al dolor	3
	Respuesta extensora	Extiende en respuesta al dolor	Postura de decerebración (extensión anormal) en respuesta al dolor	2
	ninguna	ninguna	ninguna	1
Puntaje total				3-15

Fuente: Sociedad Argentina de Emergencias (2021). <https://sae-emergencias.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Modulo-4-Tema-5-Generalidades-y-Diferencias-nino-adulto.pdf>

2. Escala de Dolor en neonatos

Cuadro 3. NIPS (Neonatal Infants Pain Scale). Escala para valorar el dolor en neonatos

Parámetros	0	1	2	Total
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción naso labial y/o de párpados)		
Llanto	Sin llanto	Presente-consolable	Presente continuo y no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos		
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de despierto	Normal	Despierto continuamente		
			Total	

La puntuación máxima es de 7 (si la puntuación es de 0 no hay dolor; si es de 7 hay dolor grave)
 -Tomado y modificado de referencia 8

Fuente: García Álvarez & García Álvarez (2021). Manejo y control del dolor en unidades de cuidados intensivos neonatales. <https://www.npunto.es/revista/43/manejo-y-control-del-dolor-en-unidades-de-cuidados-intensivos-neonatales>

3. ESCALA DE RIESGO DE CAIDA EN PACIENTE PEDIÁTRICOS

PAUTA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (ESCALA DE MACDEMS)

SERVICIO: CAMA:

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° HISTORIA CLÍNICA: EDAD

VARIABLES		INGRESO	FECHA REEVALUACIÓN			
			Puntaje	Puntaje	Puntaje	Puntaje
Edad	Recién Nacido	2	2	2	2	2
	Lactante Menor	2	2	2	2	2
	Lactante Mayor	3	3	3	3	3
	Pre – escolar	3	3	3	3	3
	Escolar	1	1	1	1	1
Antecedentes de caídas previas	Si	1	1	1	1	1
	No	0	0	0	0	0
Antecedentes	Hiperactividad	1	1	1	1	1
	Problemas Neuromusculares	1	1	1	1	1
	Síndrome convulsivo	1	1	1	1	1
	Daño orgánico cerebral	1	1	1	1	1
	Otros	1	1	1	1	1
	Sin antecedentes	0	0	0	0	0
Compromiso de conciencia	Si	1	1	1	1	1
	No	0	0	0	0	0
Puntaje Total						

Interpretación del Puntaje: 4 a 6= Alto Riesgo.

2 a 3= Mediano Riesgo.

0 a 1= Bajo Riesgo.

Fuente: MINSA.(2024). Guía técnica: Protocolo de Prevención y Reducción de Riesgo de Caída de Paciente. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6343238/5571010-r-d-n-130-2024-dg-hnhu.pdf>

ESCALA DE RIESGO DE LESIONES DE PIEL EN PEDIATRÍA



Tabla 3. Aspectos a tener en cuenta en la valoración de la lesión(2)

• Localización	(Figura1)
• Clasificación	(Tabla4)
• Dimensiones	Longitud,anchura,profundidad
• Estado tejido del fondo de la lesión	Eritema,esfacelos,epitelización,granulación,necrosis
• Estado de la piel perilesional	Eritema, eczema, edema, maceración, piel íntegra,lacerada
• Presencia de exudado	Abundante,escaso,purulento,seroso,hemorrágico
• Dolor	No dolor,continuo,intermitente,solo en las curas
• Signos de infección	Mal olor, fiebre, rubor, tumefacción, edema, exudado purulento
• Complicaciones	Presencia de tunelizaciónes o cavitaciones

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (e-NSRAS)					Puntuación
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	1. Muy pobre (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	2. Edad gestacional > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	3. Edad gestacional > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	4. Edad gestacional > 38 semanas hasta posttérmino.	
ESTADO MENTAL	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	3. Ligeramente limitado. Letárgico.	4. Sin limitaciones. Alerta y activo.	
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil. No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	2. Muy limitada. Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).	
ACTIVIDAD	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.	
NUTRICIÓN	1. Muy deficiente. En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada. Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	3. Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente. Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.	
HUMEDAD	1. Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda. La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda. La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.	
TOTAL					

Escala e-NSRAS. Autor: Dr. Pablo García-Molina P. 2015. Adaptada de la original. Huffines & Logdons. 1997.
Neonato CON riesgo ≤ 17 puntos. Neonato SIN Riesgo > 17 puntos.

Junto a la escala, 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.

Clasificación eNSRAS	Puntuación
Neonato CON riesgo de UPP	≤ 17 puntos.
Neonato SIN riesgo de UPP	> 17 puntos

Tabla 1. Clasificación basada en estudios de validez clinicométrica.

Clasificación eNSRAS	Puntuación
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

Tabla 2. Clasificación en tres niveles.
Autor: Dr. Pablo García-Molina y Evelin Balaguer-López