

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Proceso enfermero en recién nacido prematuro con síndrome de distrés
respiratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica
privada de Lima, 2022**

Trabajo Académico para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales

Autoras:

Rosa Angélica Salazar Paredes

Carmen García Ramos

Asesor:

Dra. Reinoso Huerta María Guima

Lima, enero de 2023

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo María Reinoso Huerta María Guima, 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: **“PROCESO ENFERMERO EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA, 2022”** de las autoras Licenciadas Rosa Angelica Salazar Paredes y Carmen García Ramos, tiene un índice de similitud de 20% 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 25 días del mes de enero del año 2023.



Dra. María Reinoso Huerta María Guima

**Proceso enfermero en recién nacido prematuro con síndrome de
distrés respiratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos de una
clínica privada de Lima, 2022**

TRABAJO ACADÉMICO

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



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Dictaminador

Lima, 25 de enero de 2023

Proceso enfermero en recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica privada de Lima, 2022

Carmen García Ramos, Rosa Angelica Salazar Paredes^a y María Guima Reinoso Huerta^c

^a Autoras del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

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

Resumen

El síndrome de distrés respiratorio se caracteriza por la inmadurez pulmonar debido a la producción deficiente de surfactante por los neumocitos tipo II. El objetivo de este estudio es gestionar los problemas de enfermería y brindar un cuidado holístico en el neonato prematuro. Para la valoración se utilizaron las técnicas de la entrevista y la observación. Asimismo, en la recolección de datos se utilizó el marco de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con lo cual se identificaron siete diagnósticos de enfermería y se priorizaron tres: el primero, patrón respiratorio-Ineficaz; el segundo, limpieza ineficaz de la vía aérea; y el tercero, hipotermia. en la planificación se utilizó la clasificación de resultados de enfermería (NOC) y en la ejecución, las intervenciones (NIC); Como resultado de las intervenciones administradas en los tres diagnósticos prioritarios, la evaluación se realizó a través de la diferencia entre las puntuación final y basal, en los resultados se obtuvo una puntuación de cambio + 2 +2 y + 1. Se concluye que, de acuerdo a los problemas identificados en el paciente, se gestionó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas, lo que permitió brindar un cuidado holístico de calidad al neonato prematuro. Por tanto, el logro importante en el cuidado se basa en la identificación minuciosa de los problemas y el tratamiento adecuado para el mantenimiento y su recuperación.

Palabras clave: Prematuro, Proceso de atención de enfermería, síndrome distrés respiratorio Enfermedad de membrana hialina.

Abstract

The present study included a 28-week premature patient with (SDRN), which is characterized by lung immaturity due to deficient production of surfactant by type II pneumocytes. The objective of this study is to manage nursing problems and provide Holistic care in the premature neonate. For the assessment, interview and observation techniques were used. Likewise, the Marjory Gordon assessment framework by functional patterns was used in the data collection, with which seven nursing diagnoses were identified and three were prioritized: the first, Ineffective breathing pattern; the second, ineffective clearance of the airway; and the third hypothermia. A nursing care plan was proposed and the planned interventions and activities were carried out. As a result of the interventions administered in the three priority diagnoses, a change score + 2 +2 and + 1 was obtained. It is concluded that, according to the problems identified in the patient, the nursing care process was managed in their five stages, which made it possible to provide quality holistic care to the premature neonate; Therefore, the important achievement in care is based on the meticulous identification of problems and the appropriate treatment, for maintenance and recovery.

Keywords: Premature, nursing care process, respiratory distress syndrome, hyaline membrane disease.

Introducción

La prevalencia del Síndrome de distrés respiratorio (SDR) se manifiesta entre el 5 al 10% de los RN prematuros (RNPT); considerándose a los menores con un peso de 1.500 gramos que corresponde aproximadamente un 50%. La incidencia incrementa al disminuir la edad gestacional. Dañando al 80 – 90% en el menor de 28 semanas (Hernández y Becerra, 2017).

En los niños que poseen un peso menor de 1.500 gramos, la tasa de incidencia corresponde al 50% (MINSAL, 2022). Asimismo, según el Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de salud, 2021), se estima que el porcentaje y gravedad aumentan con la disminución de la edad gestacional, por ejemplo, se presenta una incidencia del 80 al 90% en los niños menores de 28 semanas. Sin embargo, también son vulnerables los recién nacidos de mayor edad gestacional, pero con factores como, madre diabética con mal control metabólico, niños que sufren de asfixia perinatal, ausencia de corticoides antenatales, sexo masculino, raza blanca entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se calcula que en el año 2020 nacieron 13,4 millones de niños prematuros, lo que equivale a 1 de cada 10 partos. En 2019 se informa que, aproximadamente, 900 000 niños pretérmino murieron debido a los riesgos asociados con el parto prematuro. No obstante, las tres cuartas partes de las muertes se podrían prevenir con una buena intervención. Por su parte, Santos y Pineda (2021) mencionan que a nivel mundial la mortalidad neonatal está asociada al parto prematuro, y se estima que aproximadamente 2,5 millones de lactantes mueren cada año, durante su primer mes de vida, encontrándose dentro de las primeras 24 horas un millón de muertes y un 75% durante la primera semana de vida.

Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia afirmó que la tasa de morbilidad neonatal en el Perú fue de 15 muertes neonatales por cada 1000 nacimientos en 2015 y la tasa de mortalidad pretérmino aumentó de 62% en 2011 y 70% en 2019 (López-Pinelo et al., 2016). Asimismo, a nivel de Latinoamérica se incrementó el índice de morbilidad infantil en un 90% destacando en primera línea las muertes neonatales (OMS, 2023).

Por otro lado, Neira et al. (2022) señalaron que en Ecuador el síndrome de dificultad respiratoria sigue siendo una entidad prioritaria en los RN ingresados al área de cuidados intensivos, afectando a un 15% a nivel mundial, cuyo pronóstico se encuentra ligado a la fisiopatología y a la adaptación inadecuada del RN. En el Ecuador, la mortalidad se estima en un 15% según estadísticas del INEC para el año 2020. Asimismo, a nivel nacional se notifica un promedio de 3200 muertes neonatales al año con un índice del 67% de muertes neonatales en el 2018 (MINSA, 2019).

Finalmente, de acuerdo al Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades - MINSA, (2019), en la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima centro, se reportó un total de 516 muertes neonatales en el año 2018 de un total de 3262 a nivel nacional, lo que sugiere que la mortalidad neonatal está asociada al parto pretérmino y al parto prematuro. Por lo tanto, esta es la principal causa de muerte neonatal.

El Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), también conocido como síndrome de la membrana hialina, es una afección que afecta principalmente a los recién nacidos prematuros. Esto puede estar relacionado con problemas genéticos (García Lago et al., 2021).

Sus pulmones no están completamente desarrollados debido a la falta de surfactante, lo que impide el correcto intercambio de gases (Pinagote et al., 2022). Existe una mayor probabilidad de desarrollar el síndrome de dificultad respiratoria, lo que produce complicaciones

como hemorragia intraventricular, daño de la sustancia blanca periventricular, neumotórax, sepsis neonatal e incluso la muerte (Santamaría Muñoz, 2002).

Los problemas de respiración pulmonar pueden ser causados por la reabsorción de líquido pulmonar y en bebés prematuros tales como asfixia perinatal (síndrome de aspiración de membrana), infecciones respiratorias (neumonía neonatal), debido a circulación pulmonar alterada (neumonía pulmonar), hipertensión o problemas crónicos (displasia broncopulmonar) (Ríos et al., 2019).

La fisiopatología del SDR es un cuadro agudo ocasionado por inmadurez pulmonar debido a la producción deficiente de surfactante por los neumocitos tipo II, lo que produce edema pulmonar con inactivación de esta sustancia tensoactiva. Cuya reserva de lípidos en los RN con SDR son < 10 mg/kg, cuya deficiencia ocasiona colapso pulmonar, lo que obliga al RN a efectuar un mayor trabajo respiratorio, tan intenso como la primera inspiración. La rigidez de los pulmones atelectásicos se complica con la flexibilidad de la pared torácica, que se retrae al descender el diafragma lo que lleva a una hipoxemia progresiva, si el colapso es masivo, se produce también insuficiencia ventilatoria con hipercarbia, que se aumenta por la fatiga de los músculos respiratorios (Angulo y García, 2016).

La resistencia vascular pulmonar se eleva por causa de la hipoxemia y acidosis lo que agrava aún más al recién nacido. Los síntomas que caracterizan este síndrome son: disminución de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/perfusión. Esto “constituyen una barrera para el intercambio gaseoso que provoca mayor disminución de la síntesis de surfactante y grave alteración en intercambio gaseoso” (Alcívar Sacón, 2018).

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso (Lattari, 2021). Asimismo, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (2020) menciona que, la dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida.

Los signos y síntomas de la enfermedad membrana hialina comienzan al nacimiento con taquipnea, quejido y aumento del patrón respiratorio, manifestando retracción subcostal, intercostal, supraesternal, tiraje, aleteo nasal y disociación tóraco-abdominal (Avila, 2018).

El tratamiento para el síndrome distrés respiratorio debe ir dirigido a mantener una saturación de O₂ entre 85-95% y un pH superior a 7,20 mediante ventilación inicial con CPAP nasal a presión de 4-7 cm de H₂O también es la administración de surfactante exógeno produce una rápida mejoría de la oxigenación y de la función pulmonar, aumentando la CRF y la distensibilidad pulmonar, lo que supone una disminución de las necesidades de O₂ y del soporte ventilatorio. con menores tasas de enfisema intersticial y neumotórax. Por lo tanto, aumenta la supervivencia y la calidad de vida en el prematuro de riesgo (Cárdenas, 2021).

La enfermera especialista en UCI neonatal tiene un papel importante en el cuidado del prematuro, responsable de organizar y coordinar la atención integral, y completar las actividades de enfermería principalmente mediante el aumento de los conocimientos científicos y tecnológicos. Es por esto que podemos decir que el cuidado del prematuro en estado crítico debe ser minucioso, ya que tiene como objetivo brindar estabilidad hemodinámica y respiratoria al prematuro, herramienta Clave para equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios para el neurodesarrollo al reducir factores como el ruido, las luces, el dolor, la manipulación, afecta

negativamente a su desarrollo y puede aumentar la morbilidad y aumentar las secuelas o la discapacidad a largo plazo (Villegas, 2020).

El profesional de enfermería especialista en la unidad de cuidados intensivos neonatales debe estar altamente capacitado con conocimientos actualizados en atención neonatal. Por ello, se convierte en un desafío para los profesionales de enfermería que laboran en la sala de neonatos, sino también el cuidado integral propio del recién nacido prematuro. Por lo tanto, deben conocer el contexto del recién nacido y su familia para poder abordar el cuidado desde esa perspectiva integral que comprende tanto la ciencia como el arte de enfermería, con el propósito final de mejorar, reducir los riesgos y complicaciones secundarias (Villacreses, 2022).

Metodología

Para esta investigación se utilizó el enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, el proceso atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería cuyo componente se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución-intervención y evaluación (Correa, 2016).

Que incluyo a recién nacida prematura en estado crítico de 2 días de vida, con diagnóstico médico Síndrome Distrés Respiratorio: Enfermedad de Membrana Hialina, D/C Sepsis Temprana, seleccionada a conveniencia de las investigadoras. considerando las 5 etapas del proceso de atención de enfermería. Para la valoración se utilizaron como técnica la entrevista y la observación, para la recolección de datos se utilizó un marco de valoración en base a los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, adaptado y validado por profesionales de

enfermería expertos en el área. Después de la limpieza de datos se realizó el análisis crítico de los datos significativos y se formularon los diagnósticos de enfermería utilizando las taxonomías II de NANDA I (Herdman, 2018).

En la planificación se priorizaron los diagnósticos de enfermería de acuerdo al riesgo de vida, los resultados fueron seleccionados de acuerdo a la taxonomía NOC y las intervenciones fueron elegidas utilizando la taxonomía NIC. Luego de aplicar los cuidados correspondientes en la ejecución, se evaluaron los resultados comparando las diferencias entre las puntuaciones finales y basales.

Proceso de Atención de Enfermería

Datos generales

Nombre: RNPT

Sexo: femenino

Edad: 2 Días de vida

Días de atención de enfermería: 2 turnos

Fecha de valoración: 11-01-22

Motivo de ingreso y diagnóstico médico:

RNPT de 28 semanas de gestación, procedente de sala de operaciones que ingresa a la unidad de unidad de cuidados intensivos en incubadora cerrada, acompañado por personal de salud con Diagnóstico médico Síndrome Distrés Respiratorio: Enfermedad de Membrana Hialina, D/C Sepsis, con APGAR 8-8, llanto débil, esfuerzo respiratorio y cianosis periférica FC: 60 por minuto, desaturación 60% con trabajo respiratorio, requiriendo apoyo de oxígeno, con bajo peso al nacer.

Valoración según patrones funcionales.

Patrón I: Percepción – Control de la salud.

Antecedentes de la madre: Gestante de 28 semanas de gestación con contracciones uterinas, RPM de 8 horas y sufrimiento fetal y serológicas positivas (ITU).

Recién prematuro nace por parto distócico.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Recién nacido pretérmino de sexo femenino, 2 días de vida, fontanelas normotensas, con piel pálida y fría, llenado capilar menor de 2 segundos, ligeramente ictericia, mucosa oral intacta, con sonda Orogastrica al cenit para alimentación, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, presencia de ruidos hidroaéreos, PICC en MSD pasando NPT a 3,3cc/h y lípidos a 0.7cc/h, 40 mg/dl con temperatura 34 °C, hemoglobina de 10 g/l, Leucocitos 12.16/l, ano permeable.

Patrón III: Eliminación.

Con micción espontanea en pañal y deposiciones meconial normales.

Patrón IV: Actividad – Ejercicio

Actividad respiratoria. con quejido audible, aleteo nasal, cianosis periférica, con retracción intercostal y desbalance toracoabdominal a la auscultación de campos pulmonares se escuchan ruidos crepitantes y roncantes, haciendo uso de los músculos intercostales, con taquipnea y disnea, conectado a ventilador mecánico en AC, FiO2 0.25%, saturando: 95%, FR: 50 por minuto, PIP: 11, Ti: 0.35, PEEP: 5, con TET número 3, fijado a 7 cm; movilizandose secreciones fluidas y blanquecinas por TET y densas por boca. Según, el análisis de gases arteriales presenta pH: 7.19, PaO2: 60.1 mm Hg, PaCO2: 50.8 mm Hg.

Actividad circulatoria. FC; 60 por minuto, Con presencia de catéter umbilical permeable vía periférica en MSI sin signos de flebitis, llenado capilar < de 2 segundos.

Actividad capacidad de autocuidado. Recién nacida de 2 días de vida, hipotónica, e hipoactiva.

Patrón V: Descanso – sueño.

Neonata mujer irritable al mínimo sonido, conectado al VM.

Patrón VI: Perceptivo – cognitivo.

Neonato con APGAR 8-8, llanto débil, pupilas foto reactivas.

Patrón VII: Autopercepción – autoconcepto.

No evaluable.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Recibe visitas presenciales de los padres 2 veces por semanas donde se observa el interés y afecto por su bebé.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Con genitales femenino conservado y normales para su edad.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Padres refieren preocupación por el estado de salud de su bebé.

Patrón XI: Valores y creencias.

Padres católicos, niegan restricciones religiosas.

Diagnósticos de enfermería priorizados

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: (00032) patrón respiratorio ineficaz (Pág. 250)

Características definitorias: Aleteo nasal, quejido, retracción sub costal, taquipnea disnea.

Condición asociada: Inmadurez pulmonar.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado a inmadurez pulmonar manifestado por aleteo nasal, quejido, retracción sub costal, taquipnea disnea.

Segundo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas (Pág. 424).

Características definitorias: Ruidos roncantes, crepitantes y disnea

Condición asociada: Acumulo de secreciones.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con acumulo de secreciones manifestado con ruidos roncantes, crepitantes y disnea.

Tercer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: (00006) Hipotermia (Pág.458).

Características definitorias: Temperatura 34 grados, piel fría y bajo peso al nacer.

Condición asociada: Aumento de la demanda de oxígeno.

Enunciado diagnóstico: Hipotermia relacionado a perdida de calor por evaporación cutánea evidenciado por temperatura 34 grados bajo peso al nacer y piel fría.

Planificación

Primer diagnóstico.

NANDA [00032] Patrón respiratorio ineficaz relacionado a inmadurez pulmonar evidenciado por aleteo nasal, quejido, retracción sub costal, uso de los músculos accesorios, taquipnea disnea.

Resultados esperados.

NOC 0415 Estado respiratorio.

Indicadores:

Frecuencia respiratoria

Saturación de oxígeno

Uso de los músculos respiratorios

Retracción torácica

Intervenciones de enfermería.

NIC (3350) Monitorización respiratoria.

Actividades:

vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

valorar el estado respiratorio del recién nacido.

Monitorizar la so2 a través de la colocación de Colocar sensor de oxígeno no invasivo.

Administrar oxígeno teniendo en cuenta las necesidades del neonato y las indicaciones médicas, VM AC, FiO2 0.25%, FR: 50 por minuto, PIP: 11, Ti: 0.35, PEEP: 5

valorar el patrón respiratorio e identificar la necesidad de oxígeno del recién nacido.

hiperventilación.

Controlar la eficacia de la oxigeno terapia a través de la saturación (pulsioxímetro)

Segundo diagnóstico.

NANDA [0003] Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con acumulo de secreciones evidenciado por ruidos roncantes, crepitantes y disnea.

Resultados esperados.

NOC 0410 Estado respiratorio permeabilidad de las vías aéreas.

Indicadores:

Ruidos respiratorios patológicos

Acumulación de esputo

Intervenciones de enfermería:

NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas.

Intervenciones de enfermería.

NIC (3160) Aspiración de la vis aéreas.

Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

Controlar y observar el color cantidad y consistencia de las secreciones

Monitorizar la disminución de volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en el prematuro.

Hiperoxigenar al paciente y realizar aspiración por circuito cerrado.

administrar broncodilatadores como metilprenizolona, salbutamol y bromuro de ipratropio.

Tercer diagnóstico.

NANDA [00006] Hipotermia relacionado por el aumento de oxígeno evidenciado con temperatura de 34 grados, piel fría y pálida y bajo peso al nacer.

Resultados esperados.

NOC (0801) termorregulación del recién nacido.

Indicadores:

Inestabilidad de la temperatura

Cambios de la coloración cutánea

Hipotermia

Intervenciones de enfermería.

NIC 3900 Regulación de la temperatura.

Actividades:

controlar la temperatura a cada 3 horas según corresponda.

observar y registrar si hay signos de hipertermia.

colocar un gorro para evitar la pérdida de calor.

Monitorizar los signos vitales según corresponda.

Controlar la temperatura del neonato con un monitor continuo de la temperatura central.

Mantener la humedad al 80% de la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.

Utilizar calentamiento manual con bolsas térmicas.

Controlar el color y la temperatura de la piel.

Ejecución

Tabla 1

Ejecución de la intervención oxigenoterapia para el diagnóstico Patrón respiratorio ineficaz

Intervención: Oxigenoterapia		
Fecha	Hora	Actividades
11-01-22	07:00 a.m.	Se vigiló el ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
12-01-22	08:00 a.m.	Se valoró el estado respiratorio del recién nacido.
	08:00 a.m.	Se monitorizó la so2 a través de la colocación de sensor de oxígeno no invasivo.
	08:00 a.m.	Se administró oxígeno teniendo en cuenta las necesidades del neonato y las indicaciones médicas.
	08- 12- 15 p.m.	Se valoró el patrón respiratorio e identifique la necesidad de oxígeno del recién nacido.
	08- 12- 15 p.m.	Se controló la eficacia de la oxígeno terapia a través de la saturación (pulsioxímetro).

Tabla 2

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

Intervención: aspiración de las vías aéreas		
Fecha	Hora	Actividades
11-01-22	08:00 a.m.	Se auscultó los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
12-01-22	08:00 a.m.	Se controló, observó el color y cantidad y consistencia de las secreciones
	08:00 a.m.	Se monitorizó la disminución de volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en el prematuro
	08- 12- 15 p.m.	Se Hiperoxigenó al paciente y realizar aspiración por circuito cerrado.

08- 12- 15 p.m.	Se administró broncodilatadores metilprenidzolona, V.I, salbutamol y bromuro de ipratropio.
-----------------	---

Tabla 3

Ejecución de la intervención Regulación de la temperatura a para el diagnóstico Hipotermia

Intervención: Regulación de la temperatura		
Fecha	Hora	Actividades
11-01-22	07:00 a.m.	Se controló la temperatura cada 3 horas según corresponda.
12-01-22	08:00 a.m.	Se observó y registrar si hay signos de hipotermia.
	08:00 a.m.	Se colocó un gorro para evitar la pérdida de calor.
08- 12- 15 p.m.		Se observó el color y temperatura de la piel.
	08:00 a.m.	Se monitorizó los signos vitales según corresponda.
	08:00 a.m.	Se controló la temperatura del neonato con un monitor continuo de la temperatura central.
08- 12- 15 p.m		Se mantuvo la humedad al 80% de la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.
	08:00 a.m.	Se utilizó un calentamiento manual con bolsas térmicas.
08- 12- 15 p.m.		Se controló el color y la temperatura de la piel.

Evaluación

Resultado: patrón respiratorio ineficaz.

Tabla 4

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado patrón respiratorio ineficaz

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Frecuencia respiratoria	2	4
Saturación de oxígeno	2	4
Uso de los músculos respiratorios	2	4
Retracción torácica	2	4

La tabla 4 muestra que la puntuación basal de los indicadores del resultado patrón respiratorio ineficaz seleccionados para el diagnóstico estado respiratorio antes de las intervenciones de enfermería, fue de 2 (sustancial). No obstante, después de las intervenciones realizadas se alcanzó una calificación de 4 (levemente comprometido), a leve de las mismas, lo que fue corroborado por la mejora del ritmo respiratorio y la mejora del patrón respiratorio.

Logrando así una puntuación de +2.

Resultado: Limpieza ineficaz de la vía aérea.

Tabla 5

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado Limpieza ineficaz de la vía aérea

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

La tabla 5 describe que la puntuación basal de los indicadores del diagnóstico “Limpieza ineficaz de la vía aérea” fue de 2 (sustancial). Sin embargo, después de las intervenciones realizadas se logró una puntuación final de 4 (levemente comprometido) lo que evidencia una mejora significativa. Logrando una puntuación de +2.

Resultado 3: Hipotermia.

Tabla 6

Puntuación basal y final de los indicadores del resultado hipotermia

Indicadores	Puntuación basal	Puntuación final
Inestabilidad de la temperatura	3	4
Cambios de coloración cutánea	3	4
Hipotermia	3	4

La tabla 3 muestra que la puntuación basal de los indicadores del diagnóstico “Hipotermia” fue de 3 (moderadamente comprometido). Sin embargo, después de las intervenciones realizadas se logró una puntuación final de 4 (levemente comprometido) lo que evidencia una mejora en cada uno de los indicadores con una puntuación de +1.

Resultados

En cuanto a la evaluación en la fase de valoración, la recogida de datos se obtuvo de la paciente como fuentes primarias y de la historia clínica y entrevista a la madre como fuentes secundarias. Asimismo, se realizó el examen físico básicamente como medio de recopilación de información. Luego, esta información se recopila en las pautas de evaluación basadas en el modelo de salud funcional de Marjory Gordon.

Durante la fase de diagnóstico, el análisis de los datos significativos según la NANDA de 7 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 3: patrón respiratorio ineficaz, limpieza ineficaz de vías aéreas e hipotermia.

Durante la fase de planificación tiene en cuenta la taxonomía NOC y NIC. Se realizaron análisis para identificar los resultados de enfermería más asociados con los diagnósticos de enfermería y las intervenciones que fueron consistentes con los resultados. Los indicadores de resultados deben volver a analizarse y ajustarse. Debido a la subjetividad de la determinación, la dificultad en esta etapa radica en determinar el puntaje del indicador de resultado en el puntaje de referencia y el puntaje final.

En la fase de ejecución, se llevó a cabo la planificación y no se encontraron mayores dificultades debido a la experiencia en la implementación de cada intervención.

Finalmente, la fase de evaluación permitió retroalimentar cada fase durante la atención brindada a los pacientes prematuros en este estudio. La valoración de los resultados de enfermería se detalla en el apartado de Resultados.

Discusión

Patrón respiratorio ineficaz

El patrón respiratorio ineficaz está definido como “inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada”; cuyas características definitorias incluyen: aleteo nasal, alteración de los movimientos torácicos, aumento del diámetro anteroposterior del tórax, disminución de presión espiratoria, disminución de la presión inspiratoria, disnea, patrón respiratorio anormal, taquipnea y uso de los músculos accesorios para respirar (p. 295) (Herdman et al., 2021).

Por otro lado, Chinchay (2016) señala que el síndrome de dificultad respiratoria se presenta por una inmadurez fisiológica y anatómica pulmonar que impide mantener una respiración e intercambio gaseoso adecuados. y es evidenciado por taquipnea, disnea e hipoxia.

Según Álvarez Guerrero et al. (2019), los pacientes pretérminos con el diagnóstico de Patrón respiratorio ineficaz son comunes en las áreas de cuidado crítico, sin embargo, una de ellas es de vital importancia el proceso de oxigenación, tal es el caso del SDR que va seguido de neumotórax, y otras enfermedades, como: enfermedad pulmonar intersticial, taquipnea transitoria del recién nacido, bronquiolitis, hemorragia pulmonar neonatal, hipertensión pulmonar sin olvidar las cardiopatías, que han sido tratados con ventilación mecánica con alta concentración de oxígeno y presión positiva intermitente (p. 97).

Seguidamente, el Ministerio de Salud refiere que el patrón respiratorio ineficaz es una afección pulmonar potencialmente mortal que se presenta en el recién nacido prematuro a causa de la inmadurez pulmonar que impiden mantener una respiración e intercambio gaseoso adecuado, evidenciado por taquipnea, disnea e hipoxia (MINSA, 2021).

Debido a todo lo mencionado, se puede establecer que el RNP en estudio presenta un patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inmadurez anatómica y fisiológica pulmonar como consecuencia de su prematurez evidenciado como características definitorias dificultad respiratoria, aleteo nasal y tiraje intercostal (Mancilla Ramírez et al., 2017).

Asimismo, respecto al caso de la paciente en estudio por la evidente anormalidad del patrón respiratorio, mostró disnea y taquipnea con signos de incremento. Como el uso de la musculatura accesoria de la ventilación: tiraje supraclavicular, supraesternal e intercostal. Aleteo nasal e hipertonía del músculo, movimientos ventilatorios anormales que traducen grave fatiga de los músculos respiratorios que es frecuente en el prematuro.

En el presente caso en estudio, en relación con las características clínicas de la paciente se origina por la evidente anomalía del patrón respiratorio asociadas con el uso del músculo respiratorio durante la inspiración y espiración del neonato que causan, aleteo nasal, taquipnea debido a la alteración de fatiga de los músculos accesorios (Herdman et al., 2021). En relación con la clínica de la paciente esta patología patrón respiratorio ineficaz es generada, por la deficiencia de surfactante, que es responsable de la estabilización distal del alveolo, interfiriendo en el normal intercambio de oxígeno y dióxido de carbono el recién nacido puede no ser capaz de generar el aumento de la presión inspiratoria requerido para insuflar las unidades alveolares, por lo cual puede desarrollar una atelectasia (Mayorga, 2022).

El paciente en estudio presentó como condición asociada inmadurez pulmonar. La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados (Guerrero, 2020).

Con respecto al tratamiento, se administra surfactante como medida profiláctica a los neonatos inmaduros que requieran intubación. Así mismo, utilizar presión positiva continua de las vías aéreas (CPAP) de manera precoz previene el colapso pulmonar. En el neonato con síndrome de dificultad respiratoria (Lattari, 2021).

Así mismo, la ventilación mecánica asistida, y en casos más severos el uso de alta frecuencia que determina presiones inspiratorias más elevadas, volúmenes corrientes mínimos, frecuencias superiores a 300 ciclos por minuto, con la finalidad de obtener un óptimo reclutamiento alveolar (Meritano et al., 2020).

De acuerdo con Sánchez y Álvarez (2018), en su artículo Cuidado especializado al neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado, indica que, al realizar los planes de cuidados de enfermería de manera integral, se deben tomar en cuenta las necesidades generales de los recién nacidos prematuros en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuridad, al mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos, y provisión de cuidados asociados con los procesos de excreción. Sin embargo, el neonato permaneció en UCIN debido a que su atención es compleja y requiere personal capacitado con conocimientos y habilidades fundamentadas para el cuidado.

En efecto, Gómez (2016) indica que, el proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio, encontró que uno de los principales problemas presentados en este tipo de pacientes con la misma patología, es precisamente el patrón respiratorio ineficaz.

Asimismo, Gil (2019) refiere que en el proceso de atención de enfermería aplicada en un paciente pre término con bajo peso al nacer y enfermedad de membrana hialina, sepsis probable, riesgo neurológico y apnea, manifestó que uno de los principales es el patrón respiratorio ineficaz.

De acuerdo con Valdivia (2022), en su proceso de cuidado enfermero a un recién nacido, con el mismo diagnóstico que la paciente en estudio, con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio, uno de los principales problemas presentados en este tipo de pacientes es precisamente el patrón respiratorio ineficaz, que a su vez limita el proceso respiratorio si no que a su vez tiene mayor índice de mortalidad que los predispone a riesgo neurológico, auditivos y de retraso psicomotor a futuro.

En efecto, el cuidado de enfermería es coadyuvar a mejorar la calidad de vida minimizando la patología agregada como las infecciones que logre un desarrollo neurológico que permita integrarse a la vida familiar y a la sociedad a través de la termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia (Villacreses, 2022).

Otra de las actividades dentro de la administración de medicamentos es el uso del tratamiento con surfactante muy indispensable, con la finalidad de evitar las lesiones pulmonares, es por ello que es de suma importancia la colocación de este medicamento para estabilizar al neonato prematuro (Tejeira et al., 2019). Por lo cual, es de gran importancia en las primeras dos horas de vida en los RN prematuros ventilados por SDR es más efectiva que la administración tardía y ha logrado disminuir la incidencia de broncodisplasia (Hernández, 2021).

La evaluación adecuada en realidad favorece mejores métodos y resultados óptimos en el neonato, observándose con algunos cambios respiratorios al nacer, siendo de gran importancia la Aplicación adecuada de la prueba de Silverman-Anderson. No solo ello monitorizar, la severidad o progresión de la dificultad respiratoria es a través de la escala de Murray. Además de la correcta y oportuna administración de surfactante que fue administrado a la paciente, lo cual beneficia a su clínica (Pasato, 2017).

Para el plan de cuidados. Según Moorhead et al. (2018), consideró como resultado principal Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias, que presenta doble escala de evaluación; la primera que va desde Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) y la segunda de Grave (1) a ninguno (5) De acuerdo con las respuestas del

paciente, se consideraron los siguientes indicadores uso de musculosa accesorios, retracción intercostal y aleteo nasal, (p. 373).

Con la finalidad de mejorar el patrón respiratorio del recién nacido se consideraron las intervenciones Monitorización respiratoria y oxigenoterapia. Se ejecutaron las siguientes actividades:

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio: Se evalúa dos parámetros: FR Y FC debe seguir la comprobación cada 30 segundos en tanto que la reanimación avanza, la FC se determina preferentemente por auscultación del latido cardiaco con estetoscopio. (Carrasco, 2019). El prematuro al no poder respirar muestra signos de que no recibe oxígeno suficiente lo que traduce en insuficiencia respiratoria, lo demuestra con cambios coloración, frecuencia respiratoria (Valdivia, 2021).

Otra de las actividades dentro de los planes de cuidado del enfermero para el presenta caso de estudio, enfocadas en el manejo del patrón respiratorio ineficaz, se consideró una valoración exhaustiva en el RNP que incluye la monitorización, auscultación con el objetivo de detectar alteraciones en el patrón respiratorio, así mismo, brindar soporte de oxígeno para conservar una saturación de oxígeno en 95% (Quiroga, 2018).

El manejo requiere oxigenoterapia, (CPAP) y si es necesario intubación con ventilación mecánica para estabilizar a estos pacientes. Se recomienda nutrición intravenosa y el uso de vasopresores como soporte cardiaco (Brennan et al., 2019).

Las intervenciones de enfermería desarrollaron un énfasis en el liderazgo enfocados en el manejo de la ventilación mecánica invasiva (IMV) (González y Estay, 2021).

Definirlo como una intervención que apoya a los recién nacidos en Ventilación artificial mediante intubación orotraqueal, que presentó la prematura en estudio fue de tamaño 3, figado a

nivel de 7,5 cm. Se consideraron las siguientes actividades: Realizar evaluaciones del estado basal del paciente al inicio y final del turno (Zou, Jing Gu, 2021).

También, se consideró observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico), como consecuencia de su prematuridad evidenciándose como característica de un patrón respiratorio anormal (mayor esfuerzo respiratorio), uso creciente de los músculos accesorios, aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de oxígeno, test de Silverman Anderson alterado (Zavaleta et al., 2019). Todas ellas encaminadas a prevenir futuras complicaciones en el neonato y solucionar el problema de patrón respiratorio ineficaz.

En cuanto a la actividad, se cumplió la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro); permite evaluar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones; de esta manera detectar tempranamente posibles complicaciones (Tadeo y Vílchez, 2022).

Por otro lado, fue eficaz la monitorización y los registros de los parámetros ventilatorios cada hora: presiones, volúmenes, fracción inspiración de oxígeno, saturación de oxígeno, presión positiva espiratoria (PEEP), frecuencia, modo de ventilación. Así mismo, comprobar la adaptación del paciente al ventilador observando cambios en la frecuencia y profundidad de la respiración (Carolina et al., 2018).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Según la definición de la NANDA: es cuando nuestro tracto respiratorio tiene la incapacidad de expulsar aquellas secreciones que se encuentran en las vías aéreas (Herdman, 2020) Así mismo, (Cortes et al., 2019), refiere que el diagnóstico de limpieza ineficaz es debido a la hipersecreción del moco en las vías respiratorias que contribuye al deterioro del aclaramiento mucociliar y obstrucción de la vía aérea que compromete el trabajo respiratorio.

Seguidamente, se menciona a Gamonal y Sánchez (2021), indican que una limpieza ineficaz conlleva al aumento de secreciones bronquiales abundantes, que pueden complicar la evolución, originando atelectasias, secreciones bronquiales con tapones de moco y sobreinfección, favoreciendo la aparición de neumonía nosocomial.

Por otra parte, López-Pinelo et al., (2016) mencionan que, para mantener una vía aérea permeable, la aspiración de secreciones es la técnica más efectiva cuando el paciente no puede eliminar por sí mismo las secreciones, por tanto, es necesario mantener la vía aérea permeable del paciente para lograr una adecuada respuesta al uso de cualquier sistema de apoyo ventilatorio. La técnica de aspiración a través del tubo endotraqueal se hace indispensable para mantener el tracto respiratorio libre de secreciones, la práctica para realizar este procedimiento contempla una técnica cerrada y otra abierta. Ambas son indispensables en el manejo correcto del paciente cuando se usan adecuadamente.

De acuerdo con Vargas y Pezo (2021), refieren que en los pacientes que se encuentran con Ventilación Mecánica se altera las vías aéreas inferiores por lo cual causan la acumulación de secreciones de características espesas, también fomenta el acumulo de secreciones tal es el caso de nuestro RNP.

Entre las características que determinarán este diagnóstico, se encuentran ruidos respiratorios, acumulación de esputo, uso de músculos accesorios (NANDA, 2021). Las características definitorias del paciente en estudio presenta, aleteo nasal, cianosis periférica, con retracción intercostal y desbalance toracoabdominal a la auscultación de campos pulmonares se escuchan ruidos crepitantes y roncantes, haciendo uso de los músculos intercostales, con taquipnea y disnea, pues el recién nacido del estudio tiene como patología de fondo síndrome de distrés respiratorio en donde esta enfermedad se caracteriza por inmadurez del desarrollo

anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo componente es la deficiencia de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar e inadecuado intercambio gaseoso y se manifiesta en la clínica como una dificultad respiratoria progresiva (Ballesteros, 2017)

Por lo cual el factor relacionado del presente diagnóstico es la acumulación de secreciones; es la causa de la inflamación a nivel de los pulmones dentro de su mecanismo de acción fisiológica con tendencia a retener secreciones bronquiales como mecanismo de defensa, generando obstrucción de las vías aéreas, y la existencia de ruidos agregados de la dificultad respiratoria. Sin embargo, la paciente en estudio mostró las características definitorias que señalaron el problema presentando los siguientes síntomas: ruidos roncales, crepitantes, disnea y uso de los músculos accesorio (Arnao y Vargas, 2021).

En un estudio titulado “Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018”, en donde refiere que “los RNP presentan un alto riesgo de producir bronco aspiración entre condiciones patológicas, que aumentan la producción de secreciones e impiden el mecanismo normal de limpieza de las vías áreas” (Villafuerte, 2019).

Por otro lado, se encontró similitud en otro estudio denominado “Cuidados de enfermería en recién nacidos a término con distrés respiratorio en el servicio de neonatología del hospital regional docente materno infantil el Carmen Huancayo, 2020”. En ellos señalan que el síndrome distrés respiratorio en un recién nacido es una de las condiciones más complejas que afecta al proceso de ventilación del recién nacido a causa de la acumulación de secreciones (Bazán, 2020).

La limpieza ineficaz de las vías aéreas en el recién nacido prematuro, se relaciona con la retención de secreciones, en la enfermedad de membrana hialina la inmadurez del pulmón del neonato pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en un recién nacido inmaduros (Idrogo, 2022).

Su principal afectación son los alvéolos pulmonares, lo que compromete el patrón respiratorio. Es entonces cuando el personal de Enfermería juega un papel importante en la ejecución de intervenciones, que ayuden a mantener la permeabilidad y la estabilidad de la vía aérea.

Para el plan de cuidados se consideró como resultado principal estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias que presenta doble escala de evaluación; la primera que va desde Desviación grave del rango normal (1) a sin desviación del rango normal (5) y la segunda de Grave (1) a ninguno (5) De acuerdo a las respuestas del paciente, se consideraron los siguientes indicadores, ruidos respiratorios patológicos, acumulación de esputo, profundidad de la inspiración, capacidad de eliminar las secreciones (Herdman, 2018).

Para ayudar al paciente a limpiar las vías aéreas se consideró la intervención Aspiración de las vías aéreas. Con las siguientes actividades: Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. La auscultación pulmonar 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 (Bertrand et al., 2020).

Hiperoxigenar con oxígeno al 100% durante al menos 30 segundos, mediante la utilización del ventilador. Asimismo, Flores y Dávila, (2022) mencionan que la oxigenoterapia

es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de naturaleza aguda o crónica cuya finalidad es prevenir la hipoxemia, hipertensión pulmonar, disminución del trabajo respiratorio y miocárdico.

La exposición a hipoxia intermitente conlleva una mayor detención en el crecimiento alveolar y un mayor daño oxidativo por lo cual una monitorización de forma inicial mediante pulsioximetría y un ajuste de la oxigenoterapia de forma individualizada para una saturación de oxígeno preductal en el recién nacido prematuro nos permite la detección precoz de la hipoxemia (Guerrero, 2018).

Administrar broncodilatadores como metilprenidzolona, V.I, salbutamol y bromuro de ipratropio. Cortes (2019), menciona que el uso de corticoesteroides maximiza los efectos en el tejido pulmonar. Clínicamente, se traduce con la mejoría de los síntomas respiratorios, menor requerimiento de esteroides sistémicos y mejoría de la función pulmonar.

Valorar las secreciones en cantidad, como en consistencia y color; la valoración del sistema respiratorio favorece la identificación oportuna de procesos inflamatorios que pueden ocasionar sonidos roncantes y secreciones espesas todas ellas encaminadas a solucionar el problema de limpieza ineficaz de las vías aéreas (Herdman, 2018).

Hipotermia

La hipotermia es definida por la NANDA como temperatura corporal central superior al rango diurno a causa de fallo de la termorregulación, cuyas características definitorias incluyen apnea, hipotensión, irritabilidad, postura anormal, taquicardia, taquipnea y vasodilatación (Herdman et al., 2021).

La hipotermia es la temperatura corporal central inferior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación (Picón-Jaimes et al., 2020). Por otro lado, Storch (2019),

considera que la hipotermia Suele ser debida a la exposición ambiental al frío y se denomina entonces hipotermia por lo cual el cuerpo pierde calor a través de diferentes mecanismos: radiación, convección, conducción, evaporación y respiración.

Asimismo, la baja edad gestacional, disminuye el tono muscular que presenta los bebés prematuros teniendo menor acumulación de grasa parda menor capacidad de generar calor, menor reserva de glucógeno y glucosa que reduce cantidad de tejido subcutáneo en las primeras semanas de vida, lo que resulta la pérdida de calor en el cuerpo (Camarillo, 2022).

De acuerdo con Juep y Aguilar (2021), en su trabajo de investigación titulado “Proceso enfermero aplicado a paciente recién nacido prematuro con enfermedad de membrana hialina en el Servicio de UCI Neonatal de un Hospital Referencial, Tarapoto 2021”, mostraron que la sintomatología registrada en hipotermia corresponde a: piel fría al tacto y distrés respiratorio.

Por otro lado, el neonato en estudio presenta el factor de riesgo de hipotermia, la prematurez. Por lo tanto, dentro de las características definitorias se evidencia: piel fría y pálida, temperatura de 34°C, bajo peso al nacer siendo el factor relacionado de la etiqueta diagnóstica pérdida de calor. En un estudio titulado Perfil de los recién nacidos de riesgo relacionados con la termorregulación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales RN prematuros, la hipotermia es motivo de gran preocupación, porque, además de ocurrir con frecuencia, es un factor de riesgo para un peor pronóstico, aumentando la morbilidad y mortalidad neonatal. La temperatura por debajo de 35°C al ingreso a la UCI neonatal se produjo, respectivamente, en el 58%, 43% y 30% de los RN prematuros a las 23, 24 y 25 semanas de edad gestacional (de Aquino et al., 2021).

Por otro lado, Rodríguez Guimarães de Aquino (2021), realizó la investigación desarrollada con la termorregulación al recién nacido prematuro, asociado a síndrome de distrés

respiratorio utilidad de una escala practica y sencilla asociada a la disminución en la producción de surfactante. Así mismo, Pinargote (2022). En su investigación desarrollada termorregulación del recién nacido respecto a síndrome de distrés respiratorio: encontró que uno de los principales problemas presentados en este tipo de pacientes con esta patología, es precisamente la perdida de calor por prematuridad que conlleva a una dificultad respiratoria presentado retracciones subcostales lo cual indica un trabajo respiratorio aumentado.

En cuanto, al plan de cuidados se consideró como resultado principal termorregulación del recién nacido: control de riesgo hipotermia (Johnson, et al. 2018), que presenta doble escala de evaluación; la primera que va de gravemente comprometido (1) a no comprometido (5) y la segunda de Grave (1) a ninguno (5) De acuerdo a las respuestas del paciente, se consideraron los siguientes indicadores: hipotermia, destete de la incubadora, inestabilidad de la temperatura (Moorhead et al., 2018).

Las intervenciones administradas fueron monitorizar la temperatura del recién nacido y como actividades se consideraron las siguientes:

Uso del sensor de temperatura de la incubadora y el monitor multiparámetro, aplicar recalentamiento pasivo, Instaurar medidas activas de calentamiento externo colocando al recién nacido en una fuente de calor radiante, Programar límites de las alarmas, trasladar al recién nacido a la UCIN en una incubadora de transporte, debidamente precalentada, envuelto en compresas precalientes y la cabeza cubierta (gorra), cubrir la balanza con una compresa tibia antes de pesarlo, coloque el sensor de la piel en superficie blanda para lograr un buen contacto (Ca y Heredia, 2021).

Por lo cual se considera que la intervención de enfermería debe estar centrada en la observación de la monitorización de la temperatura, siendo que permitirán evitar el enfriamiento

o el sobrecalentamiento del neonato por ello las intervenciones administradas fueron: regulación de la temperatura, terapia de inducción de hipotermia, (Ministerio de salud argentina, 2020).

Como actividades se consideró entre otras:

Mantener la humedad al 80% reduce la pérdida de calor por evaporación en los recién nacidos prematuros, además de lograr un ambiente térmico neutro para la pérdida de calor. Se recomienda utilizar un 70-80% de humedad en los prematuros de 26-28 semanas para los lactantes de muy bajo peso al nacer 50-60% promoviendo la barrera cutánea (Johnson, 2020).

La OMS (2019) recomienda que el recién nacido esté a una temperatura confortable, calentar las manos y el estetoscopio antes del contacto con él bebe, no bañarlo durante las primeras 24 horas de vida, controla la temperatura axilar antes de bañar y posponer hasta que la temperatura corporal sea normal y estable.

Controlar las funciones vitales, especialmente la temperatura cada 3 horas refleja el estado fisiológico de los órganos vitales, y son indicadores inmediatos de los cambios funcionales que ocurren en el cuerpo (Asensios, 2022).

La temperatura debe registrarse como predictor de resultados y como indicador de calidad, considerándose la temperatura corporal del bebe prematuro entre 36,5°C y 37,5°C hasta que se estabilice (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016).

Asimismo, observar el color y la temperatura de la piel Navarro (2020). Por lo tanto, es importante controlar de cerca el color de la piel y la temperatura corporal e los bebes prematuros para detectar signos de temperatura corporal o desequilibrio de la circulación sanguínea que puede indicar un problema médico (Chávez y Solano, 2022).

Una observación minuciosa y un registro oportuno de signos y síntomas de hipotermia e hipertermia en el recién nacido prematuro, se considera de gran importancia para mantener una temperatura adecuada en el recién nacido (Torres, 2019).

Mantener abrigado al bebé prematuro, colocando un gorro, previene la pérdida excesiva de calor (Nebot et al., 2020).

Entre las medidas adoptadas para evitar la pérdida de calor se ha demostrado el uso eficaz de (bolsa de polietileno) para recién nacido menor de 32 semanas que contribuye eficazmente la estabilidad térmica sin interferir en el funcionamiento de la pérdida por evaporación (Silvera, 2019).

La colocación del recién nacido de muy bajo peso al nacer sin secar en bolsas de polietileno previene la pérdida de calor y la rápida caída asociada a la temperatura corporal (Pascual, 2019).

Conclusiones

Se concluye que, de acuerdo a los problemas y necesidades que presentó la recién nacida pretérmino, se aplicó el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas. Lo que permitió administrar los cuidados oportunos y asertivos para solucionar los problemas identificados, observando que estos cuidados fueron en su mayor parte efectivos por la evolución favorable de la recién nacida.

Asimismo, es imperante que el profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos neonatales empodere sus competencias en la atención de las patologías que se presenta en este espacio de vida del ser humano para la atención oportuna y de calidad.

Referencias bibliográficas

- Alcívar Sacón, E. M. (2018). *Proceso de atención de enfermería en neonato con cuadro clínico de dificultad respiratoria* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo].
<http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/4612/E-UTB-FCS-ENF-000153.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez Guerrero, M., Guamán Méndez, S. A., & Quiñonez Cuero, J. V. (2019). Cuidados de Enfermería en pacientes con ventilación mecánica invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos TT - Nursing Care in patients with invasive mechanical ventilation in the Pediatric Intensive Care Unit. *Cambios rev. méd*, 18(1), 96-110.
- Angulo, E., & García, E. (2016). *Neonatología, programa de actualización continua en neonatología* (W. A. of perinatal Medicine, Ed.). Intersistemas, S.A. de C.V.
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
- Arnao, C. R., & Vargas, C. L. (2022). *Proceso de enfermería a recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio y enfermedad de membrana hialina del servicio de Neonatología de un hospital de Lima, 2021* [Trabajo Académico de Posgrado, Universidad Peruana Unión].
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6116/Claudia_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Asencios, R. (2022). *Cuidado enfermero a recién nacido pre término con Síndrome Distrés Respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima*.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5957/Rogelia_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Avila, C. (2018). *Enfermedad de membrana hialina*.
[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_34.pdf](http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_34.pdf)
- Ballesteros. (2017). *Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal*. www.medigraphic.org.mx

- Bazan, G. (2020). *Cuidados de enfermería en recién nacidos a término con distrés respiratorio en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen Huancayo - 2020.*
[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5862/TA_2DA%20ESPEC_BAZAN%20AGUIRRE_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5862/TA_2DA%20ESPEC_BAZAN%20AGUIRRE_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bertrand, F., Segall, D., Sanchez, I., & Bertrand, 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>
- Brennan, G., Colantuono, J., & Carlos, C. (2019). Neonatal respiratory support on transport. *NeoReviews, 20*(4), e202-e212. <https://doi.org/10.1542/neo.20-4-e202>
- Ca, H., & Heredia, E. (2021). • s :
- Camarillo, K. (2022). *tesina titulo: manual de actividades de enfermería orientadas a favorecer el neurodesarrollo del recién nacido prematuro.*
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/8182/tesinae.fen.2023.manual.camarillo.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Cardenas, W. (2021). *Comportamiento clínico y terapéutico del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en recién nacidos atendidos en el hospital Fernando Vélaz Paiz, Enero 2019 a Diciembre 2020.*
[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unan.edu.ni/16624/1/16624.pdf](https://repositorio.unan.edu.ni/16624/1/16624.pdf)
- Carolina, Pérez, María, Poblete, & José. (2018). *Manual de Pediatría.*
- Carrasco, M. (2019). *Guía cuidados del recién nacido en internación conjunta.*
www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2020/09/ministerio-salud-neuquén_neonatología-guia-cuidados-del-rn-en-ic-202.pdf
- Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (2019). *Sala de situación de salud Perú a la SE 38 - 2019.*
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2019/salaSE38.pdf>
- Chávez, L., & Solano, H. (2022). *Proceso enfermero a neonato pretérmino con síndrome de distrés respiratorio, de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital nacional de Rioja.*

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6514/Susan_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chinchay C. (2016). *Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria*. 1(1), 1-10.

Correa, E. (2016). *Valoración de enfermería*.

[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf](https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf)

Cortes, A., Luis, C.-M., & Ortiz, D. (2019). Estrategias actuales en el manejo de las secreciones traqueobronquiales. *Neumol Cir Torax*, 78(3), 313-323.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v78n3/0028-3746-nct-78-03-313.pdf>

Aquino, A. R. G., da Silva, B. C. O., Barreto, V. P., de Aquino, A. R. G., Trigueiro, E. V., & Feijão, A. R. (2021). Perfil de los recién nacidos de riesgo relacionados con la termorregulación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*, 20(1), 85-97.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.414201>

Flores, M., & Davila, P. (2022). *Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intensivo neonatal de un Hospital Tarapoto, 2022*.

repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5744/Margarita_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gamonal, E., & Sanchez, M. (2022). *Proceso enfermero aplicado a recién nacido pre término con síndrome de distrés respiratorio y bajo peso al nacer de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un hospital de Lima, 2021*

[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5744/Evelina_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5744/Evelina_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García Lago, M. G., Medranda Cano, K. J., Faubla Zambrano, M. S., & Delgado Vélez, E. C. (2021).

Riesgos del síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos. *RECIAMUC*, 5(2), 172-180.

- Gil-Ferreira, N. (2019). *Universidad Peruana Uniòn*. 1-52.
- Gómez, M. C. (2016). El sentido de vida de las madres de niños prematuros internados en unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). *Interdisciplinaria*, 33(1), 5-19.
<https://doi.org/10.16888/interd.2016.33.1.1>
- González, Á., & Estay, A. (2021). Mechanical Ventilation in the Extreme Premature Newborn, Where We Are Going? *Revista Medica Clinica Las Condes*, 32(6), 682-689.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.10.006>
- Guerrero, L. (2018). Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón respiratorio ineficaz. *Energies*, 6(1), 1-8.
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1120700020921110%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.06.001%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.arth.2018.03.044%0Ahttps://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1063458420300078?token=C039B8B13922A2079230DC9AF11A333E295FCD8>
- Guerrero, T. (2020). *Ventilación mecánica en el síndrome de dificultad respiratoria aguda en neonato pretermino de sexo masculino*". dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8703/E-UTB-FCS-TERRE-000073.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Herdman, H. (2018). *Diagnósticos de Enfermería de NANDA*. Descargas/nanda-I-2018_2020.%20(2).pdf
- Herdman, Heather., Kamitsuru, Shigemi., Lope, & Takáo. (2021). *diagnosticos enfermería definiciones y clasificación*.
- HerdmanT, K. F. L. C. (2021). *Diagnosticos Enfermería Definiciones y clasificación*.
- Hernández, L. V. S. (2021). *autónoma de puebla*.
- Hernández, R., & Becerra, R. (2017). Ecocardiografía funcional en cuidados intensivos neonatales: experiencia en un hospital de tercer nivel. *Boletin Medico del Hospital Infantil de Mexico*, 73(5), 325-330. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.07.003>
- Idrogo, T. A. (2022). *Características epidemiológicas del recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el servicio de cuidados intermedios neonatales del hospital regional docente de Cajamarca, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca].

- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2020). *Guía de Práctica clínica basada en la evidencia (GPC-BE) No. 118: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido*.
<https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2021/03/GPC-BE-No-118-Sindrome-de-dificultad-respiratoria-del-neonato-IGSS.pdf>
- Johnson, M. (2020). *¿Qué es la termorregulación para los bebés?* https://www.efcni.org/wp-content/uploads/2021/06/2021_05_25_Thermoregulation_Factsheet_ES.pdf
- Juep, V., & Aguilar, N. (2021). *Proceso enfermero aplicado a paciente recién nacido prematuro con enfermedad de membrana hialina en el Servicio de UCI Neonatal de un Hospital Referencial, Tarapoto 2021*.
repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5485/Vanessa_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Lattari, A. B. (2021, julio). *Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos*. Manuel MSD Versión para profesionales.
- Lattari, B. A. (s. f.). *Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos - Pediatría - Manual MSD versión para profesionales*. 2021. Recuperado 11 de junio de 2023, de <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatría/problemas-respiratorios-en-recién-nacidos/síndrome-de-dificultad-respiratoria-en-recién-nacidos>
- López-Pinelo, H., Ortiz-López, A., Orosio-Méndez, M., Cruz-Sánchez, E., López-Jiménez, E., Cruz-Ramírez, T., & Mijangos-Fuentes, K. (2016). Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos: una revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 187-192.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.07.001>
- Mancilla Ramírez, Dina Villanueva García, J., Ávila Reyes, Pilar Dies, Suárez Daniel Ibarra Ríos, Dalia Guadalupe Olivares Bautista, Nora Inés Velázquez Quintana, Mónica Villa Guillén, Raúl Villegas Silva, José Luis Masud Yunes, & Zárraga contenido, R. (2017). programa de actualización continua en neonatología *neonatología Libro 2 Insuficiencia respiratoria neonatal*.
- MAYORGA. (2022). *Escuela de Salud y Bienestar carrera de enfermería*.

Meritano, J., Espelt, I., Nieto, R., Gómez, G., Pérez, G., Soto, C., Franco, A., Machado, S., & López, M.

(2020). Consenso para el manejo inicial del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso - 2020. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 3(5), 257-276.

Ministerio de Salud. (2019). Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*, 28(34), 850-856.

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/34.pdf>

Ministerio de salud. (2021). *Guía práctica clínica - Problema de salud AUGE n° 40, síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido*. Ministerio de Salud. [https://diprece.minsal.cl/le-](https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-dificultad-respiratoria-en-el-recien-nacido/descripcion-y-epidemiologia/)

[informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-](https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-dificultad-respiratoria-en-el-recien-nacido/descripcion-y-epidemiologia/)

[metodologico/sindrome-de-dificultad-respiratoria-en-el-recien-nacido/descripcion-y-epidemiologia/](https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-dificultad-respiratoria-en-el-recien-nacido/descripcion-y-epidemiologia/)

Ministerio de Salud. (2022). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad de membrana hialina*.

https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/revistas/neo2023/10_gu%c3%8da%20de%20pr%c3%81ctica%20cl%c3%8dnica%20para%20el%20diagn%c3%93stico%20y%20tratamiento%20de%20enfermedad%20de%20membrana%20hialina.pdf

Ministerio de Salud Argentina. (2020). *Termorregulación*.

[efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/he-piel-prematuros.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/he-piel-prematuros.pdf)

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). *manual atencion neonatal*.

<https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9fac93-manualdeatencinneonatal.autorizadomspbsresolucinministerialsgn816.pdf>

MINSA. (2021). Anexo n°2 Contenidos mínimos del programa presupuestal: Programa presupuestal 002 salud materno neonatal. *Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01*, 1(2), 281.

Moorhead, S., Marrion, J., & Swanson, E. (2018). *Clasificación de resultados de Enfermería(NOC) Medicon de Resultados en Salud*.

Navarro, P. (2020). *El cuidado de la piel del recién nacido: lesiones y manejo*.

<https://campusvygon.com/piel-recien-nacido/>

Nebot, C., Barreto, L., & Perez, M. (2020). *Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en*

enfermería - Rosa Rifà Ros, Cristina Olivé Adrados, Montserrat Lamoglia Puig - Google Libros.

[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RVjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA436&dq=mantenerse+a+los+reci%C3%A9n+nacidos+prematuros+arropados+o+cubiertos+y+con+gorros+para+prevenir+p%C3%A9rdidas+excesivas+de+calor&ots=rg2Zt5tAk7&sig=QfXM-](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RVjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA436&dq=mantenerse+a+los+reci%C3%A9n+nacidos+prematuros+arropados+o+cubiertos+y+con+gorros+para+prevenir+p%C3%A9rdidas+excesivas+de+calor&ots=rg2Zt5tAk7&sig=QfXM-U_la7acwjUfwI6igurxGVI#v=onepage&q&f=false)

[U_la7acwjUfwI6igurxGVI#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=RVjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA436&dq=mantenerse+a+los+reci%C3%A9n+nacidos+prematuros+arropados+o+cubiertos+y+con+gorros+para+prevenir+p%C3%A9rdidas+excesivas+de+calor&ots=rg2Zt5tAk7&sig=QfXM-U_la7acwjUfwI6igurxGVI#v=onepage&q&f=false)

Neira, J., Belén Arroba, M., Benítez, M., Masías, J., Chimborazo, A., Galora, C., Guzmás, J., Guamán, M., Granda, F., Coro, F., & Castillo, M. (2022). Síndrome de distress respiratorio del recién nacido en el hospital General Guasmo Sur, Ecuador. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y*

Terapéutica, 41(11), 769-772. <https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.7521625>

OMS. (2019). *Nacimientos prematuros*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Nacimientos prematuros*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Pasato, K. (2017). *Unidad académica de ciencias químicas y de la salud carrera de enfermería*.

Pascual, J. (2019). *validación de una guía de procedimientos para prevenir la hipotermia en el recién nacido prematuro basada en evidencia científica en el hospital ii pasco*.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7666/Validacion_PascualLoya_Johana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pinagote, J. A., Alvarez, M. F., Alava, K. M., & Vines, C. V. (2022). Síndrome de distrés respiratorio neonatal. Técnicas ventilatorias. *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*,

478-486. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.478-486](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.478-486)

Pinargote, J. (2022). *Síndrome de distrés respiratorio neonatal*.

<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1589>

- Quiroga, A. (2018). *Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria . Plan de cuidados de enfermería*. 4-9.
- Ríos, Y., Rosales, I. Y., Manzano, D., Benavides, A., & Montano, K. (2019). Incidencia del síndrome de distres respiratorio. Hospital Fe del Valle Ramos. Enero-Agosto del 2017. *XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2019*.
<http://enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/download/48/104>
- Rodrigues Guimarães de Aquino, A., Coeli Oliveira da Silva, B., Pinheiro Barreto, V., Vasconcelos Trigueiro, E., & Rodrigues Feijão, A. (2021). Perfil de los recién nacidos de riesgo relacionados con la termorregulación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*, 20(61), 59-97. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n61/1695-6141-eg-20-61-59.pdf>
- Sánchez, F; Alvarez, L. (2018). *Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado*.
- Santamaría Muñoz, R. (2002). Síndrome de dificultad respiratoria tipo I. *Salud en Tabasco*, 8(3), 133-138. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48708306>
- Santos, J. E., & Pineda, A. (2021). Evolución del síndrome de distrés respiratorio agudo en los neonatos del área de cuidados intensivos del hospital «Delfina Torres de Concha». *Más Vida*, 3(3), 8-21. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0070>
- Silvera, F. (2019). *Recomendaciones para la asistencia del recién nacido prematuro*.
<https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-asistencia-recien-nacido-prematuro>
- Storch, Pilar., & Calvo, Gracia. (s. f.). *Hipotermia. Golpe de calor*.
- Tadeo, S., & Vilchez, S. (2022). *Cuidados de enfermería a neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de San Martín, 2022*.
repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6721/Sandy_Trabajo_Especialidad_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Tejeira, S., Silveira, V., Torres, Y., Couchet, P., Carrara, D., & Blasina, F. (2019). Administración de surfactante profiláctico por vía orofaríngea previo al pinzamiento de cordón umbilical en el recién

nacido de muy bajo peso al nacer en la maternidad del Hospital Universitario. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 90(1), 18-24. <https://doi.org/10.31134/ap.90.1.4>

Torres, de L. C. (2019). *universidad inca garcilaso de la vega facultad de enfermería cuidados de enfermería en recién nacido prematuro del hospital regional ii-2 tumbes 2018 trabajo académico presentado por.*

http://repositorio.uiqv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4187/TRABACADEMICO_DELACRUZ_RUTH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valdivia, G. (2021). *Proceso enfermero aplicado a recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria bajo el enfoque de Gordon en el Servicio de Neonatología de un centro materno de Lima, 2021.*

/repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5428/Georgina_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Valdivia, G. (2022). *Proceso enfermero aplicado a recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria bajo el enfoque de Gordon en el Servicio de Neonatología de un centro materno de Lima, 2021.* 1-49.

Vargas, A. S., & Pezo, C. A. (2022). *Proceso enfermero aplicado a paciente recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital general de Tarapoto, 2021* [Trabajo Académico de Posgrado, Universidad Peruana Unión].

http://200.121.226.32:8080/bitstream/handle/20.500.12840/5471/Anita_Trabajo_Especialidad_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villacreses Figueroa, V. (2022). *Cuidados de enfermería en recién nacido pretérmino con distrés respiratorio.*

Villacreses, V. (2022). *Cuidados de enfermería en recién nacido pretérmino con distrés respiratorio.*

<repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4211/1/tesis%20veronica%20villacreses%20corregida%20final.pdf>

- Villafuerte, L. K. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018* [Trabajo Académico de Posgrado, Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2088/Luz_Trabajo_Academico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Villegas, A. (2020). *nivel de conocimiento de las enfermeras sobre los cuidados centrados en el desarrollo del prematuro hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un instituto en lima 2020.* [efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4449/T061_70255888_S.pdf?sequence=1](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4449/T061_70255888_S.pdf?sequence=1)
- Zou, Jing Gu, L. (2021). Effects of comprehensive care on complications, oxygenation indexes and guardian's psychological mood of children with neonatal respiratory distress syndrome. *American Journal of Translational Research*, 13(5), 5147-5155.

Apéndice

Apéndice A: Planes de cuidado

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado a inmadurez pulmonar evidenciado por aleteo nasal, quejido, retracción sub costal, taquipnea disnea.	Resultado: (0415) estado respiratorio	2	Mantener en: 2	Intervención: (3350) Monitorización respiratoria				4	+2
			Aumentar a:3	Actividades:					
	Escala: De grave (1) Ninguno (5)			Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	→	→	→		
	Frecuencia respiratoria	2		Valorar el estado respiratorio del recién nacido.	→	→	→	4	
	Saturación de oxígeno	2		Monitorizar la so2 a través de la colocación de sensor de oxígeno no invasivo.	→	→	→	4	
	Uso de los músculos respiratorios	2		Administrar oxígeno teniendo en cuenta las necesidades del neonato y las indicaciones médicas.	→	→	→	4	
	Retracción torácica	2		valorar patrón respiratorio e identificar la necesidad de oxígeno del recién nacido.	→	→	→	4	
				Controlar la eficacia de la oxígeno terapia a través de la saturación (pulsioxímetro)	→	→	→		

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con acumulo de secreciones manifestado por ruidos roncales, sibilantes y disnea.	Resultado: (0410) Estado respiratorio permeabilidad de las vías aéreas	2	Mantener en: 2	Intervención: (3160) Aspiración de la vis aéreas				4	+2
			Aumentar a: 3	Actividades:					
	Escala: De grave (1) Ninguno (5)			Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración	→	→	→		
	Indicadores			Controlar y observar el color cantidad y consistencia de las secreciones	→	→	→		
	Ruidos respiratorios patológicos	2		Monitorizar la disminución de volumen espirado y el aumento de la presión inspiratoria en el prematuro	→	→	→	4	
	Acumulacion de esputo	2		Hiperoxigenar al paciente y realizar aspiración por circuito cerrado.	→	→	→	4	
	Uso de músculos accesorios	2		administrar broncodilatadores como metilprenizolona, salbutamol y bromuro de ipratropio.	→	→	→	4	

Diagnóstico enfermero	Planeación				Ejecución			Evaluación	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación Diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de Cambio
(00006) Hipotermia relacionada con el aumento de oxígeno, manifestado con temperatura de 34°, piel fría y pálida, bajo peso al nacer.	Resultado: (0801) Termorregulación recién nacido	3	Mantener en: 3	Intervención: (3900) Regulación de la temperatura.				4	+3
			Aumentar a: 4	Actividades					
	Escala: <i>De grave (1)</i> <i>Ninguno (5)</i>			Controlar la temperatura del neonato con un monitor continuo de la temperatura central.	→	→	→		
	Indicadores			Poner un gorro de malla para evitar la pérdida de calor.	→	→	→		
	Inestabilidad de la temperatura	3		Monitorizar los signos vitales según corresponda.	→	→	→	4	
	Cambios de coloración cutánea	3		Mantener la humedad al 80% de la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.	→	→	→	4	
	Hipertermia	3		Utilizar calentamiento manual con bolsas térmicas.	→	→	→	4	
			Controlar el color y la temperatura de la piel.	→	→	→			

Apéndice B: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO AL INGRESO A UCI

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre del Paciente: ____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: F (x) M () Historia Clínica: ____ N° Cama: _
 DNI N° _____ Teléfono G y F bebe: G y F Mama: hora Nac. ----- APGAR:
 Lugar de Procedencia: Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _ Peso: ____ Talla: __ Perímetro Cefálico:
 __perímetro torácico: __ PA: __ FC: __ FR: ____ T°: __ Fuente de Información: Padre: _____ Familiares:
 _____ Otros: _____
 Lugar de procedencia de la madre: Motivo de Ingreso: ____ Diagnóstico Médico:
 fecha de Ingreso: ----- _ Fecha de Valoración: ----- Persona Responsable del menor: -----

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes familiares:

Madre: Preeclampsia () Eclampsia () Diabetes gestac () TBC () VIH () Sífilis () Otros ____

Padre: HTA () DM () TBC () Asma () VIH () Sífilis () Otros : ____

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

Factores de Riesgo:

Bajo Peso: Si (X) No ()

Hospitalizaciones Previas: Si () No (X)

Pretérmino Si (X) No () Vacunas administradas: BCG () Hvb () No

(x)

N° Controles prenatales: __3__

Descripción: _____

PATRON RELACIONES-ROL

Compañía de los padres: Si (x) No ()

Recibe Visitas: Si (x) No ()

Comentarios: _____

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

Padres Separados: Si () No (x)

Comentarios: _____

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Estado conciencia: Despierto () Irritable () llanto enérgico () llanto débil (x) letárgico () alerta () somnoliento()

Comentarios: _____

Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas ()

No Reactivas () Fotoreactivas (x) Mióticas () Midriáticas ()

Otros: -----

Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm ()

Foto Reactivas: Si (x) No ()

Comentarios: _____

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Tipo Piel: Normal () Seca () Unto Sebácea (x) Lesiones ()

Observaciones: _____

Termorregulación: Temperatura: _____

Hipertermia () Normotermia () Hipotermia (x)

Coloración: Rosado () Acrocianosis () Pálido (x) Ictérico (x)

Observación: _____

PATRON VALORES-CREENCIAS

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

Restricción Religiosa: _____

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

Otros: _____ Observaciones: _____

PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

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

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

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No ()

Comentarios: _____

Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos:

Si () No ()

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de Sueño: _____

Alteraciones en el Sueño: Si (x) No ()

Especifique: irritable al mínimo sonido

Motivo: conectado al VM.

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _50_

<p>Hidratación: Hidratado () Deshidratado () Observación: _____ Edema: Si (x) No () () + () ++ () +++ () Especificar Zona: _____ Comentarios: _____ Fontanelas: Normotensa (x) Abombada () Deprimida () Caput () cefalohematoma () Mucosas Orales: Intacta (x) Lesiones () Observaciones: _____ Malformación Oral: Si () No (x) Especificar: _____ Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No () Cuanto Perdió: _____ Nausea () Vómitos () residuo gástrico : claro () amarillo () verdoso(sanguinolento () líquido de estasis/ marrón oscuro () Cantidad: _____ Características: _____ Glicemia: 40 Dificultad para succionar: Si (x) No () Especificar: neonato prematuro Alimentación: NPO () LME () LM () Fórmula () NPT (x) Tipo de Fórmula/Dieta: _____ Modo de Alimentación: LMD () Gotero () SNG () SOG (x) Otros: _____ Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico () Doloroso () Globuloso () Cordón umbilical: Normal (x) Anormal () Comentarios Adicionales: _____ Herida Operatoria: Si () No (x) Ubicación: _____ Características: _____ Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____ Drenaje: Si () No (x) Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____ Oxigenoterapia: Si (x) No () Modo: a/c _____ Saturación de O₂: 95 _____ Enuresis. Si () No () Comentarios: _____ Ayuda Respiratoria: TET (x) N° 2.5 fijación: 7 cm V. Mecánica (x) Modo Ventilatorio : a/c _ FiO₂: 25% PIP: 11, Ti: 0.35 PEEP: 5 CPAP () Hood () CBN () Parámetros Ventilatorios: _____ Drenaje Torácico: Si () No (x) Oscila Si () No () Comentarios: _____ Actividad Circulatoria: Pulso: Regular () Irregular (x) FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____ Llenado Capilar: < 2'' () > 2'' (x) Ruido cardíaco: Rítmico () Arrítmico () Soplo () Perfusión Tisular Renal: Hematuria () Oliguria () Anuria () Perfusión Tisular Cerebral: Parálisis () Dificultad en la Deglución (x) Comentarios: _____ Presencia de Líneas Invasivas: Catéter Periférico () Catéter Percutáneo (x) Catéter umbilical () Otros: _____ Localización: _____ Fecha: _____ Riesgo Periférico: Si (x) No () Cianosis central () Cianosis periférica (x) Frialdad</p>	<p>Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea () Tiraje () Aleteo nasal (x) Apnea () Quejido (x) Congestión nasal () R. Xifoideo () R. intercostal () Secreciones: Si (x) No () Características: Blanquecinas Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP (x) Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes (x) Otros: _____ Oxigenoterapia: Perfusión Tisular Cerebral: Parálisis () Dificultad en la Deglución (x) Comentarios: _____ Presencia de Líneas Invasivas: Catéter Periférico () Catéter Percutáneo (x) Catéter umbilical () Otros: _____ Localización: _____ Fecha: _____ Riesgo Periférico: Si (x) No () Cianosis central () Cianosis periférica (x) Frialdad Distal () Tono muscular: Normal () Hipertónico () Hipotónico (x) Tremores () Actividad: Activo () reactivo () Hipoactivo (x) Sedado () Reflejos: de Moro: () De succión () deglución: () Asimétricos () Ausente (x)</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;">PATRÓN ELIMINACIÓN</div> <p>Intestinal: Permeabilidad anal si (x) no () N° Deposiciones/Día _____ Características: _____ Color: meconial _____ Consistencia: _densa y pegajosa _____ Colostomía () Ileostomía () Comentarios: _____ Vesical: Micción Espontánea: Si (x) No () Características: _____ Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal (x) Fecha de Colocación: _____</p> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;">PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</div> <p>Genitales femeninos: Secreciones sanguinolentas si () no (x) Secreciones Anormales en Genitales: Si () No (x) Especifique: _____ Hidrometrocolpos si () no (x) Observaciones: _____ Cambios Físicos: Genitales masculinos: Testículos No Palpables Si () No () Fimosis Si () No () Hipospadias Si () No () Micropene Si () No () Testículos Descendidos: Si () No () Masas Escrotales Si () No ()</p> <p>Tratamiento Médico Actual: _____ _____ _____ Observaciones: _____ _____ _____ Nombre de la enfermera: Firma: _____ CEP: _____ Fecha: _____</p>
---	---

Apéndice C: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso enfermero en recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio de la Unidad de Cuidados Intensivos de una clínica privada de Lima, 2022” El objetivo de estudio es aplicar un cuidado holístico en el neonato prematuro a través del proceso atención enfermería cuyas iniciales L.P. G. Este trabajo académico estas siendo realizado por las investigadoras Lic. carmen Garcia Ramos, Rosa Angelica Salazar Paredes, bajo la asesoría de la Dra. Reinoso Huerta María Guima. La información fue elaborada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico, cuyo fin es de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me informa que no habrá ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero se obtendrá datos personales, existiendo la posibilidad de que mi identidad pueda ser revelada por la información brindada, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay retribución monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me oriento que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que el informe esté

finalizado, sin ningún tipo de penalización. Por tanto, se aplica por mi negativa inicial a la participación en dicho estudio.

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
















Nombre y apellido: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Apéndice D: Escalas de evaluación

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Alceeo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo



Escala de Morse

Escala de Morse – Riesgo de Caída

(13 años, 18 años y adultos)
















Indicadores	Opción de Respuesta	Puntuación
• Caída Previa	NO	0
	SI	25
• Comorbilidades	NO	0
	SI	15
• Ayuda para Deambular	Ninguna/Reposo en cama/Asistencia	0
	Bastón/Muleta/Caminador	15
	Se apoya en los muebles	30
• Venoclisis	NO	0
	SI	20
• Marcha	Normal/Reposo en cama/Silla de ruedas	0
	Débil	10
	Limitada	20
• Estado Mental	Reconoce sus limitaciones	0
	Sobreestimas u olvida sus limitaciones	15
PUNTUACION TOTAL		

Riesgo	Puntuación	Acción	
• Bajo	0 a 25 puntos	Cuidados bajos de Enfermería	<input type="radio"/>
• Medio	25 a 50 puntos	Requiere Plan de Intervención	<input type="radio"/>
• Alto	Mayor a 50 puntos	Requiere medidas especiales	<input type="radio"/>



PickleMED
SitioWEB - Ciencias Médicas
<https://picklemed.com/>

ESCALA DE FLACC

PARÁMETROS	0	2	3
EXPRESIÓN FACIAL	 Relajada, expresión neutra	 Mueca o fruncimiento; niño retraído	 Mandíbula tensa, teblor en el mentón
PIERNAS	 Posición normal, relajada	 Incómodo, inquieto, tenso	 Pataleo o elevación de las piernas
ACTIVIDAD	 Tranquilo, se mueve normal	 Se retuerce, se balancea, tenso	 Cuerpo arqueado, rigidez o movimiento espasmódicos
LLANTO	 No llora ni está quejicoso	 Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	 Difícil de consolar o tranquilizar
CAPACIDAD DE CONSUELO	 Tranquilo	 Se tranquiliza con la voz o con el abrazo	 Difícil de consolar o tranquilizar

0	1-2	3-5	6-8	9-10
Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso	Máximo dolor imaginable



www.uppediatria.org
@UPPpediatria

e-NSRAS

@Creative_Nurse



Neonatal Skin Risk Assessment Scale

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

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

Neonato **CON** riesgo de UPP ≤ 17 puntos

Neonato **SIN** riesgo de UPP > 17 puntos

Neonato con riesgo **ALTO** de UPP < 13 puntos

Neonato con riesgo **MODERADO** de UPP 13-17 puntos

Neonato con riesgo **BAJO** de UPP > 17 puntos