

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018

Por:

Lissette Pareja Calla

Asesor:

Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

Lima, abril de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, JUANA MATILDE CUBA SANCHO adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio, enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada PAREJA CALLA LISSETTE para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintinueve días del mes de abril de 2019.


Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

Proceso de atención de enfermería aplicado a prematuro con síndrome de distrés respiratorio,
enfermedad membrana hialina, fisura labio palatino y paladar hendido en la Unidad de
Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados
Intensivos Neonatales

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chávez

Presidente



Mg. Elizabeth Gonzales Cárdenas

Secretario



Mg. Juana Matilde Cuba Sancho

Asesor

Lima, 29 de abril de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vi
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I: Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	14
Exámenes auxiliares.	14
Interconsultas:	15
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II: Diagnóstico, planificación y ejecución	16
Diagnóstico enfermero	16
Primer diagnóstico.....	16
Segundo diagnóstico:	16
Tercer diagnóstico.	17
Cuarto diagnóstico.....	17
Quinto diagnóstico.	17
Sexto diagnóstico.	18
Séptimo diagnóstico.....	18
Octavo diagnóstico.....	18

Noveno diagnóstico.....	19
Décimo diagnóstico.....	19
Planificación.....	19
Priorización.....	19
Plan de cuidados.....	22
Capítulo III: Marco teórico	28
Deterioro del intercambio de gases	28
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	30
Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.....	33
Riesgo de aspiración.....	36
Riesgo de infección	39
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	42
Evaluación por días de atención:.....	42
Primer diagnóstico.....	42
Segundo diagnóstico.....	42
Tercer diagnóstico.....	42
Cuarto diagnóstico.....	42
Quinto diagnóstico.....	43
Conclusiones	43
Bibliografía	44

Índice de tablas

Tabla 1	14
AGA	14
Tabla 2	14
Electrolitos	14
Tabla 3	14
Hemograma	14
Tabla 4	22
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alvéolo-capilar evidenciado por aleteo nasal, disnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono, inquietud, irritabilidad, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad), taquipnea, PH 7.56 elevado.....	22
Tabla 5	23
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial evidenciada por alteración de la frecuencia respiratoria, disnea, inquietud, sonido respiratorio anormal y presencia de secreciones densas blanquecinas de regular cantidad.....	23
Tabla 6	24
Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a la prematuridad evidenciado por pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, hipoglicemia, fisura labio leporino más paladar hendido, incapacidad percibida para ingerir alimentos, debilidad de los músculos necesarios para la deglución, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal y tono muscular insuficiente.....	24

Tabla 7	25
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con alimentación enteral, deterioro de la deglución, entubación endotraqueal secundario a malformación congénita (fisura labio leporino + paladar hendido) y SOG	25
Tabla 8	26
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter percutáneo, catéter umbilical venoso, tubo endotraqueal, sonda oro gástrico, hospitalización y sistema inmunitario inmaduro.	26

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	46
Apéndice B: Consentimiento informado	48

Símbolos usados

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

RN: Recién nacido

RNPT: Recién nacido pre término

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

SDR: Síndrome de dificultad respiratoria

EMH: Enfermedad de membrana Hialina

EBPN: Extremado bajo peso al nacer

PEG: Pequeño para la edad gestacional

RCIU: Retardo de crecimiento intrauterino

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde a la paciente H.C., aplicado durante 2 días a la paciente, en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital de Lima. El diagnóstico médico de esta paciente al ingreso fue de recién nacido prematuro de 30 semanas Ballard, pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, síndrome de distres respiratorio, enfermedad de membrana hialina, fisura labio leporino más paladar hendido D/C TORCH vs. cromosopatía, sepsis neonatal probable, meningitis probable, hija de madre pre eclampsia severa. Se utilizó la guía de valoración según patrones funcionales de Majory Gordon, esta guía se basa en la valoración general del paciente según patrones. En los 2 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: deterioro del intercambio de gases, limpieza ineficaz de vías aéreas, desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, riesgo de aspiración y riesgo de Infección. Los objetivos planteados son: recién nacido prematuro mejorara el intercambio de gases, recién nacido prematuro mejorara la limpieza ineficaz de las vías aéreas durante el turno de 12 horas, recién nacido prematuro presentará ausencia de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades durante el turno, recién nacido prematuro no se aspirará durante el turno y recién nacido prematuro no presentará infección durante el turno. De los objetivos propuesto se alcanzaron el segundo y el cuarto diagnóstico, el primero y el tercero se alcanzaron parcialmente y el quinto diagnóstico no fue alcanzado.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, recién nacido prematuro, síndrome de distres respiratorio, enfermedad de membrana hialina.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: H.C

Edad: RN

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: paciente que ingresa al servicio de uci neo procedente de la sala de partos, transportada en incubadora, acompañado por personal de salud, y familiares. Hija de madre con pre eclampsia severa, nace con buen apgar (9.0), sin embargo presenta aumento del trabajo respiratorio 72x min, taquipnea, aleteo nasal, disnea, por lo que se procede a entubarlo con un TET nro.3 fijado en 7 cm, conectado a un reanimador neopuff (PIP 12/ PEEP 5) SAT 97% FC 180x min (recibió sulfato de magnesio y 2 dosis de betametasona) tiene una vía periférica permeable en MMSI. Diagnóstico médico: RNPT de 30 semanas Ballard, pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, fisura labio leporino + paladar hendido D/C TORCH vs. cromosopatía sepsis neonatal probable, meningitis probable, taquipnea, distres respiratorio y dificultad respiratoria severa.

Días de hospitalización: 0

Días de atención de enfermería: 2 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción - control de la salud.

Antecedentes de la madre, gestante de 34 años de edad llega al servicio de EMG en periodo de parto, dio a luz, parto por cesárea con pre eclampsia severa, tiene indicado

antibióticos. Grado de instrucción superior. El RNPT de 30 semanas con un peso 733gr, con dx. prematuridad, PEG, EBPN, RCIU, fisura labio leporino más paladar hendido, no hay contacto madre niño, apgar 9.0 presentó una hb de 17.2 gr/dl, glucosa 23 gr/dl disminuido, monocitos 12% elevado, con TET Nro.3. y sus funciones vitales son: PA: 57/42 PAM 48, FC: 180 x min, FR: 72 x min, T°: 37.0 °C, SO2:97%.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Prematura de 30 semanas con malformación en cavidad oral en NPO, con TET, presenta fisura labio leporino + paladar hendido, tiene SOG para alimentación, pesa 733gr, talla 31cm tórax simétrico, PT: 22 abdomen blando depresible, tiene incapacidad para alimentarse, con catéter percutáneo para NTP en MMS y control de BHE.

Patrón III: Eliminación.

Paciente con micción espontánea, usa pañal, flujo intestinal normal con 2 - 3 deposiciones diarias.

Patrón IV: Actividad - ejercicio.

Actividad respiratoria, RNPT reactiva, con ventilación mecánica en modo –acoplado con parámetros ventilatorios: CPAP, FIO2: 30% FR: 72 x min, PEEP 5, PIP 14, SO2: 97%. Presenta TET Nro. 3, se encuentra en una incubadora, presenta aleteo nasal, disnea, taquipnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono, tiraje subcostal marcado, uso de los músculos accesorios para respirar, tiene dificultad respiratoria severa, gasometría arterial anormal PCO2 = 16 mmhg, PH 7.56 elevado. Además, presenta ruidos respiratorios sibilantes, eliminando secreciones bronquiales densas blanquecinas de regular cantidad. Tiene indicado la administración de surfactante y cateterismo umbilical.

Actividad circulatoria, RNPT con piel tibia pálido, fontanela normo tensa, moviliza las 4 extremidades, presenta llenado capilar menor a 2. No hay presencia de edemas, tono muscular insuficiente. FC: 180 x min.

Patrón V: Descanso - sueño.

RNPT duerme aproximadamente cada 2 horas, irritable por la luz, se muestra inquieta por los agentes externos invasivos, recibe medicamentos estimulantes cafeína 15 mg c/ 24 horas más antibióticos.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Estado de conciencia: reactivo, irritabilidad, llanto, inquietud, no se evidencia reflejo de succión, pupilas isocóricas.

Patrón VII: Autopercepción - autoconcepto

Madre: Estado emocional ansiosa por el diagnóstico de su bebe, refiere sentirse preocupada por estado de salud de la recién nacida.

Patrón VIII: Relaciones - rol.

Madre con ocupación de asistente administrativo, estado civil conviviente, grado de instrucción superior. Neonato se encuentra en el servicio de UCI neonatología, es hija única, no hay contacto madre niño.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Genitales externos de características normales.

Patrón X: Adaptación - tolerancia a la situación y al estrés

Padres estresados por el diagnóstico de su bebe, refieren sentirse preocupados por la salud de su niña.

Patrón XI: Valores y creencias.

Madre y padre profesan religión católica activamente y desean que su hija sea bautizada.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
AGA

Compuesto	Valor encontrado
PH:	7.56
PCO ₂ :	16 mmHg
PO ₂	140 mm Hg
HCO ₃ :	15.2 mmol/L
SO ₂	97 %

Fuente: Resultados de laboratorio

Interpretación: Alcalosis respiratoria

Tabla 2
Electrolitos

Compuesto	Valor encontrado
Sodio	140 mmol/L
Potasio	5.5 mmol/L
Cloro	116 mmol/L

Fuente: Resultados de laboratorio

Interpretación: Hiperpotasemia, hipercloremia

Tabla 3
Hemograma

Compuesto	Valor encontrado
Leucocitos:	3,520 x mm ³
Hematies:	4.20 Mill/mm ³
Hemoglobina:	17.2 gr/dl
Hematocrito:	52.1%
Glucosa:	23 gr/dl
Plaquetas:	94.300mm ³
Calcio iónico:	1.12 mmol/L

Fuente: Resultados de laboratorio

Interpretación: Ligera leucopenia

Interconsultas:

Neurología

Exámenes:

Rx tórax

Tratamiento médico.

NPO + SOG

Dextrosa 11% 100cc - 1.9 cc/h

Gluconato de Ca 10% - 0.7cc c/8h EV lento y diluido

Ampicilina 37mg c/12 horas EV

Gentamicina 3mg c/36 horas EV

Cafeína 15 mg c/24 horas EV

O2 por VM FIO2 30%

HGT c/12 horas

Preparar para la colocación del surfactante

Conectar a VM - SINIV +PS

Preparar para cateterismo umbilical

CFV + BHE+ CHG

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Características definitorias: Aleteo nasal, disnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono (CO₂), gasometría arterial anormal, inquietud, irritabilidad, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad), taquipnea, PH 7.56 elevado.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro del intercambio de gases

Factor relacionado: cambios de la membrana alvéolo - capilar

Enunciado diagnóstico: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alvéolo capilar evidenciado por aleteo nasal, disnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono, inquietud, irritabilidad, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad), taquipnea, PH 7.56 elevado.

Segundo diagnóstico:

Características definitorias: Alteración de la frecuencia respiratoria 72x min, disnea, inquietud, sonidos respiratorios anormales y presencia de secreciones densas blanquecinas de regular cantidad.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas

Factor relacionado: Vía aérea artificial

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial, evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria, disnea, inquietud, sonidos respiratorios anormales y presencia de secreciones densas blanquecinas de regular cantidad.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: Pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, hipoglicemia, Incapacidad percibida para ingerir alimentos, fisura labio leporino más paladar hendido, debilidad de los músculos necesarios para la deglución, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal y tono muscular insuficiente.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: Incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a prematuridad.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio nutricional. Inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a la prematuridad evidenciado por pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, hipoglicemia, incapacidad percibida para ingerir alimentos, fisura labio leporino más paladar hendido, debilidad de los músculos necesarios para la deglución, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal y tono muscular insuficiente.

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración

Factor relacionado: Alimentación enteral, deterioro de la deglución, entubación endotraqueal secundaria a malformación congénita (fisura labio leporino más paladar hendido) y SOG.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de aspiración relacionado con alimentación enteral, deterioro de la deglución, entubación endotraqueal, secundario a malformación congénita (fisura labio palatina + paladar hendido) y SOG.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección

Factor relacionado: Procedimiento invasivo, sistema inmunitario inmaduro

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, catéter percutáneo, catéter umbilical venoso, tubo endotraqueal, sonda oro gástrico, hospitalización y sistema inmunitario inmaduro.

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: Conducta expresiva (inquietud, llanto), postura de evitación del dolor.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo

Factor relacionado: Agentes lesivos

Enunciado diagnóstico: Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (TET, SOG, vía periférica y catéter umbilical) evidenciado por conducta expresiva (inquietud, llanto), postura de evitación del dolor.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: Dificultad para conciliar el sueño.

Etiqueta diagnóstica: Trastorno del Patrón del sueño.

Factor relacionado: Factores ambientales (ruido ambiental y entorno no familiar)

Enunciado diagnóstico: Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido ambiental y entorno no familiar) evidenciado por dificultad para conciliar el sueño.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: Lactancia materna no exclusiva

Etiqueta diagnóstica: Interrupción de la lactancia materna.

Factor relacionado: Prematuridad y enfermedad del niño.

Enunciado diagnóstico: Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad, enfermedad del niño evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

Noveno diagnóstico.

Características definitorias: Conocimiento insuficiente.

Etiqueta diagnóstica: Conocimientos deficientes

Factor relacionado: Información insuficiente

Enunciado diagnóstico: Conocimiento deficiente relacionado con información insuficiente evidenciado por conocimiento insuficiente.

Decimo diagnóstico.

Características definitorias: Angustia y nerviosismo

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Factor relacionado: Factores estresantes

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado con factores estresantes evidenciado por angustia y nerviosismo.

Planificación

Priorización.

1. Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo capilar evidenciado por aleteo nasal, disnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono, inquietud, irritabilidad, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad), taquipnea, PH 7.56 elevado.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial evidenciado por alteración de la frecuencia respiratoria, disnea, inquietud, sonidos

respiratorios anormales, presencia de secreciones densas blanquecinas regular cantidad.

3. Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado con Incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a la prematuridad evidenciado por pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, hipoglicemia, incapacidad percibida para ingerir alimentos, fisura labio leporino más paladar hendido, debilidad de los músculos necesarios para la deglución, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal y tono muscular insuficiente.
4. Riesgo de aspiración relacionado con alimentación enteral, deterioro de la deglución, entubación endotraqueal, secundario a malformación congénita (fisura labio leporino + paladar hendido) y SOG.
5. Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter percutáneo, catéter umbilical venoso, tubo endotraqueal, sonda oro gástrico, hospitalización y sistema inmunitario inmaduro.
6. Dolor agudo relacionado con agentes lesivos (TET, SOG, vía periférica y catéter umbilical) evidenciado por conducta expresiva (inquietud, llanto), postura de evitación del dolor.
7. Trastorno del patrón del sueño relacionado con factores ambientales (ruido ambiental y entorno no familiar) evidenciado por dificultad para conciliar el sueño.
8. Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad, enfermedad del niño evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

9. Conocimientos deficientes relacionados con información insuficiente evidenciados por conocimiento insuficiente.
10. Ansiedad relacionada con factores estresantes evidenciado por angustia y nerviosismo.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado con cambios de la membrana alveolo-capilar evidenciado por aleteo nasal, disnea, disminución en el nivel de dióxido de carbono, inquietud, irritabilidad, patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo, profundidad), taquipnea, PH 7.56 elevado.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		16/10/18			17/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Auscultar sonidos respiratorios	C	C	C	C	C	C
Recién nacido pre término mejorara el intercambio de gases.	2. Vigilar los parámetros establecidos en el ventilador mecánico según indicación médica	C	C	C	C	C	C
	3. Monitorizar continuamente las funciones vitales en especial función respiratoria.	C	C	C	C	C	C
Resultados esperados:	4. Observar si hay fatiga muscular.	C	C	C	C	C	C
1. Recién nacido pre término deberá presentar ausencia de aleteo nasal	5. Administrar cafeína 15 mg c/24 horas			8			8
2. Recién nacido pre término mejorará el proceso respiratorio	6. Monitorizar con pulso-oxímetro de saturación.	C	C	C	C	C	C
3. Recién nacido pre término presentara valores de AGA normales.	7. Administrar gluconato de ca 10% 0.7cc c/ 8 horas E.V lento y diluido.	8	4	12	8	4	12
	8. Preparar para colocar surfactante						
	9. Observar presencia de apneas, vigilar frecuencia cardiaca	C	C	C	C	C	C
	10. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzos de las vías respiratorias.	C	C	C	C	C	C
	11. Vigilar el buen funcionamiento de la ventilación mecánica.	C	C	C	C	C	C
	12. Monitorizar gases arteriales.	8			8		

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con vía aérea artificial evidenciada por alteración de la frecuencia respiratoria, disnea, inquietud, sonido respiratorio anormal y presencia de secreciones densas blanquecinas de regular cantidad.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		16/10/18			17/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Realizar lavado de manos.	C	C	C	C	C	C
Recién nacido prematuro	2. Verificar que el TET y el ventilador mecánico se encuentren correctamente fijados	C	C	C	C	C	C
mejorara la limpieza ineficaz de las vías aéreas durante el turno de 12 horas.	3. Valorar las características del patrón respiratorio como profundidad, duración, extensión.	C	C	C	C	C	C
Resultados esperados:	4. Administrar cafeína 15 mg c/24 horas			9			9
1. Recién nacido pre término presentará ausencia de secreciones bronquiales	5. Mantener al bebé en posición decúbito lateral.	C	C	C	C	C	C
	6. Comprobar la posición del dispositivo de aporte O ₂	C	C	C	C	C	C
2. Recién nacido pre término mejorará la profundidad respiratoria	7. Aspirar secreciones por nariz, orofaringe por TET según necesidad.	C	C	C	C	C	C
	8. Monitorizar la saturación de O ₂	C	C	C	C	C	C

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a la prematuridad evidenciado por pequeño para la edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, hipoglicemia, fisura labio leporino más paladar hendido, incapacidad percibida para ingerir alimentos, debilidad de los músculos necesarios para la deglución, peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango del peso ideal y tono muscular insuficiente.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		16/10/18			17/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido pre término presentará ausencia de desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades durante el turno	1. Pesar diariamente al RNPT en el mismo horario y con la misma vestimenta.	C	C	C	C	C	C
	2. Tomar medidas antropométricas semanalmente.	C	C	C	C	C	C
	3. Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las infusiones.	C	C	C	C	C	C
Resultados esperados: 1. Recién nacido pre término presentará SOG correctamente colocada.	4. Evaluar la función digestiva: presencia y/o ausencia de ruidos intestinales, cambios en el perímetro abdominal.	C	C	C	C	C	C
	5. Mantener la sonda oro gástrica permeable.	C	C	C	C	C	C
2. Recién nacido pre término tolerará toda la dieta indicada por SOG.	6. Administrar LM 3cc por SOG	C	C	C	C	C	C
	7. Administrar NPT 94 cc 3.8 cc/hr	C	C	C	C	C	C
	8. Realizar BHE a horario.	C	C	C	C	C	C
	9. CHG cada 12 horas.	6	6		6	6	

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado con alimentación enteral, deterioro de la deglución, entubación endotraqueal secundario a malformación congénita (fisura labio leporino + paladar hendido) y SOG

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		16/10/18			17/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general:	1. Medir la distancia desde la comisura de los labios hasta lóbulo de la oreja que será la longitud a introducir de la sonda.	C	C	C	C	C	C
Recién nacido pre término disminuirá el riesgo de aspiración durante el turno.	2. Realizar los procedimientos de enfermería antes de cualquier comida para evitar vómitos y aspiración.	C	C	C	C	C	C
Resultados esperados:							
1. Recién nacido pre término mantendrá el TET y SOG en posición adecuada	3. Valorar el estado respiratorio y la cantidad de secreciones para realizar la succión.	C	C	C	C	C	C
	4. Proceder a aspirar el tubo cuando se compruebe la presencia de secreciones y que el equipo funcione correctamente, no puede durar más 10-15 sg.	C	C	C	C	C	C
	5. Se debe valorar el color olor, consistencia y cantidad de las secreciones.	C	C	C	C	C	C
	6. Realizar cambio de posición cada hora.	C		C	C	C	C

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos: catéter percutáneo, catéter umbilical venoso, tubo endotraqueal, sonda oro gástrico, hospitalización y sistema inmunitario inmaduro.

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución					
		16/10/18			17/10/18		
		M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido pre término no presentará infección durante el turno.	1. Realizar el lavado de manos antes de realizar cualquier procedimiento.	C	C	C	C	C	C
	2. Limitar y controlar la circulación de las visitas y personal que no trabaja en la unidad.	C	C	C	C	C	C
	3. Usar ropas especiales	C	C	C	C	C	C
	4. Emplear técnicas y protocolos de manipulación de catéteres.	C	C	C	C	C	C
	5. Seguir las normas institucionales para la atención de RN prematuro.	C	C	C	C	C	C
	6. Realizar el cuidado de vías endovenosas y sondas permanentes, verificando las fechas de caducidad según protocolo establecido.	C	C	C	C	C	C
	7. Realizar la higiene personal y del ambiente.	C	C	C	C	C	C
	8. Realizar cuidado y curación del muñón umbilical.	C	C	C	C	C	C
	9. administrar antibioticoterapia ampicilina 37 mg cada 12 horas E.V	C	C	C	C	C	C
	10. Usar torundas de algodón (no gasa) humedecida con agua estéril, para quitar sangre de la cara, cabeza y meconio de la región perineal.	C	C	C	C	C	C

11. Identificar precozmente signos de alarma:
fiebre, secreciones purulentas, hemograma
alterado.

C C C C C C

Capítulo III

Marco teórico

Deterioro del intercambio de gases

Es el exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo capilar (Nanda, 2015). La respiración anormal se presenta por el aumento o disminución de la frecuencia respiratoria.

Según Potter (2013), los gases respiratorios se intercambian en los alvéolos y los capilares de los tejidos corporales, la difusión de los gases respiratorios se produce en la membrana alveolo capilar, el índice de difusión puede estar afectado por el grosor de la membrana, el aumento del grosor de la membrana dificulta la difusión porque los gases tardan más tiempo en pasar a través de la membrana, este engrosamiento es debido a la patología de la enfermedad de membrana hialina, provocado por el déficit del surfactante y la falta de desarrollo de los pulmones que produce el deterioro del intercambio de gases. El sistema de transporte de oxígeno está formado por los pulmones y el sistema cardiopulmonar, el aporte depende de la cantidad de oxígeno que entra en los pulmones (ventilación), del flujo sanguíneo a los pulmones y tejidos (perfusión) dicha capacidad depende de la cantidad de oxígeno disuelto en el plasma, así mismo, la mayor parte de oxígeno (aprox. 97%) es transportado por la hemoglobina, que sirve de transporte para el oxígeno y el anhídrido carbónico, la molécula de hemoglobina se combina con el oxígeno para formar oxihemoglobina y el anhídrido carbónico que es un producto del metabolismo celular, se difunde hacia los hematíes y se hidrata rápidamente para formar ácido carbónico (H_2CO_3).

Del mismo modo, Tamez (2015) afirma que en la fase embrionaria, los pulmones no participan en los intercambios gaseosos, pero ejercen la función metabólica secretora de líquidos.

El flujo sanguíneo del feto se desvía de los pulmones por medio del conducto arterioso y pasa directamente a la aorta, esto sucede debido a la resistencia elevada del lecho capilar pulmonar, que puede aumentar durante la hipoxia o disminuir cuando se incrementa la oferta de O₂ con reducción del CO₂. Debemos tener en cuenta que el proceso de maduración anatómica y funcional de los pulmones requiere al menos 35 semanas de gestación, así como el desarrollo funcional del pulmón fetal y la producción del surfactante son necesarios para la función respiratoria normal. La síntesis de surfactante comienza entre la 23 y la 24 semana de gestación.

Análisis de las características definitorias: RNPT con síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina) es una de las patologías respiratorias más comunes en la unidad de cuidados intensivos neonatales que afecta a los recién nacidos pre términos, es la causa principal de morbilidad causada por el déficit de surfactante, inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica para mantener una respiración efectiva (Fundasamin, 2013).

Neonato presentó FR 72 x' taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria), alateo nasal (las fosas nasales se ensanchan cuando respira) disnea (dificultad para respirar), por el cual se evaluó la gravedad de la dificultad respiratoria empleándose de esta manera la prueba de Silverman-Andersen en el que intervinieron 5 signos clínicos, que se evalúan de 0-2 puntos cada parámetro, acorde con la presencia de ellos el RN obtuvo un puntaje de 8 el cual indica dificultad respiratoria severa. La taquipnea transitoria del RN conocido como el síndrome del pulmón húmedo, se produce debido a la retención del líquido pulmonar fetal, presentó también disminución del surfactante que es una lipoproteína que se encuentra en la parte distal de las vías respiratorias y en los alveolos de los pulmones normales, este líquido contribuye a mantener la

tensión superficial de los alveolos, aumenta la distensibilidad pulmonar y promueve la estabilidad alveolar (Tamez 2015).

Una parte fundamental del tratamiento de la paciente fue la colocación del TET conectado a un ventilador mecánico, para favorecer el ingreso de oxígeno adecuado hasta que el recién nacido prematuro logre mantener una buena ventilación, por ello es que está indicado un destete gradual.

Factor relacionado: Cambios en la membrana alvéolo-capilar

Intervenciones de enfermería: Auscultar sonidos respiratorios alterados tales como roncales, crepitantes, sibilantes, en el RNPT con dificultad respiratoria, para poder compensar la falta de aporte de oxígeno va a ser necesario que utilice los músculos accesorios de la respiración, produciéndose fatiga muscular, es por ello que la enfermera debe realizar un monitoreo permanente de la función respiratoria, considerando la frecuencia, ritmo, profundidad, periodos de apnea, alteraciones en la frecuencia cardíaca, etc. También se debe monitorizar permanentemente los parámetros del ventilador mecánico, evaluar los resultados de gases arteriales para en base a ello calcular los líquidos y electrolitos y otros medicamentos que deben administrarse por vía endovenosa (Casus, 2016).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables (Nanda, 2015).

Potter (2013) menciona que durante la inspiración el centro respiratorio envía impulsos a lo largo del nervio frénico, haciendo que el diafragma se contraiga. Los órganos abdominales se mueven hacia abajo y hacia adelante, aumentando la longitud de la cavidad torácica para que el aire entre en los pulmones. Durante la espiración, el diafragma se relaja y los órganos

abdominales vuelven a sus posiciones originales. Los pulmones y la pared torácica vuelven a una posición relajada.

Del mismo modo, Tamez (2015) menciona que la función respiratoria normal depende de varios factores, como la integridad de las estructuras respiratorias anatómicas que intervienen, pulmones, árbol bronquial, vías respiratorias superiores, caja torácica y músculos respiratorios, así mismo, en los recién nacidos prematuros, estas funciones están comprometidas, lo que causa una incidencia mayor de trastorno respiratorio.

Lucile Packard Children's Hospital Stanford (2019) menciona que el síndrome de dificultad respiratoria neonatal ocurre cuando no hay suficiente surfactante en los pulmones, este surfactante es un líquido producido por los pulmones que mantiene las vías respiratorias (alvéolos) abiertos, haciendo posible que los bebés respiren el aire luego del parto. Así mismo, el Síndrome de dificultad respiratoria más frecuentemente ocurre en los neonatos nacidos antes de las 28 semanas de gestación. Algunos neonatos prematuros desarrollan el SDR tan grave como para necesitar un respirador mecánico, por ello cuanto más prematuro es el bebé mayor es el riesgo y más grave es el síndrome de dificultad respiratoria.

Para Martínez y Romero (2015) el humano es un ser biopsicosocial, su vida está integrada de varias etapas, algunas más difíciles que otras, sin duda una de las más críticas es la maternidad y el periodo neonatal. Según datos de la Organización mundial de la Salud (OMS) cada año nacen 15 millones de bebés prematuros en el mundo y la mayoría de los nacimientos prematuros ocurren de manera espontánea, la prematuridad es una causa importante de morbilidad y se considera a aquellos pacientes con edades menores de 37 semanas de gestación.

Análisis de las características definitorias: La inspiración o espiración del RNPT no proporcionan una ventilación adecuada, debido a la presencia de mucosidad excesiva y líquido en los espacios intersticiales, la frecuencia respiratoria normal es de 30 a 60 x', en el caso del paciente presentó una frecuencia respiratoria de 72x', y ruidos respiratorios anormales, el color de piel y mucosas nos dan importantes datos sobre el estado de oxigenación, perfusión y eventualmente sobre la temperatura. El neonato presentó piel de color rosado, pálido, presentó secreciones bronquiales densas blanquecinas, que requerían ser aspirados por el TET. Debemos tener en cuenta que aquellos pacientes con EMH generalmente no requieren succión las primeras 24 horas de vida, el segundo día pueden requerir succión de 2 a 3 veces al día. En el caso del paciente con problemas respiratorios y presencia de secreciones se requiere por lo menos cada 2 horas. El neonato tenía el dx. de fisura palatina + paladar hendido, que incrementaba más aún el problema respiratorio.

Factor relacionado: Vía aérea artificial.

Intervenciones de enfermería: El lavado de manos, valorar las características del patrón respiratorio como profundidad, duración, ritmo, mantener al bebé en posición decúbito lateral, comprobar la posición del dispositivo de aporte de O₂, aspirar secreciones oro faríngeas según necesidad, la aspiración se debe realizar entre dos personas, antes de comenzar la maniobra de aspiración se recomienda brindar fisioterapia respiratoria, una vez terminada la aspiración por el tubo endotraqueal se aspiran las secreciones bucofaríngeas y se debe monitorizar el aporte de oxígeno (Casus, 2016)

Es importante mantener las vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases, así mismo colocar al RN en posición decúbito supino con el cuello discretamente hiperdistendido para abrir la epiglotis y mejorar el intercambio de gases. Se debe colocar al RN en una fuente de

calor para garantizar un control térmico adecuado considerando que la hipotermia agrava la dificultad respiratoria (Casus, 2016)

El monitoreo de la saturación de oxígeno es necesario, por ello los recién nacidos deben estar conectado a un pulsoxímetro que permita detectar e identificar a tiempo signos de alarma y poder actuar oportunamente (López y Méndez, 2016).

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas (Nanda 2015). El desequilibrio nutricional se produce por la incapacidad que tiene el recién nacido de alimentarse adecuadamente, como resultado de alguna patología que puede presentar siendo las más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, presencia de anomalías congénitas y otras que dificultan el proceso de alimentación.

Para Potter (2013), la digestión es la descomposición mecánica de los alimentos y las reacciones químicas que los reducen a sus formas más simples. Cada parte del sistema gastrointestinal desempeña una función en la digestión o la absorción de los alimentos. Las sustancias catalizadoras que permiten acelerar las reacciones químicas son las enzimas que facilitan el proceso de absorción.

Tamez (2015) menciona que para el crecimiento normal y el desarrollo integral del recién nacido, es fundamental una buena nutrición que comprenda los elementos necesarios que satisfagan las demandas metabólicas y energéticas. La evaluación nutricional del recién nacido prematuro abarca las medidas antropométricas como el peso, talla, perímetro abdominal, perímetro cefálico, que permiten realizar un diagnóstico basal para a partir de ahí calcular sus necesidades nutricionales de acuerdo a las características y patologías propias de RNPT, la evaluación completa incluye pruebas bioquímicas del laboratorio análisis de líquidos y

electrolitos, calcio, fósforo, proteína total, albumina, hemoglobina, función hepática y renal. Por otro lado, el reflejo de la deglución surge a partir de la 13 semana de gestación, alrededor del tercer trimestre del embarazo, el feto deglute unos 500 ml de líquido amniótico por día. El reflejo de la succión aparece alrededor de la 18 semana de gestación. La capacidad fisiológica del estómago aumenta de 2 ml/kg el primer día de vida a casi 24 ml/kg alrededor del décimo día de vida, el reflejo de la succión ya se observa en el feto alrededor de la 24 semana de gestación, después del nacimiento la succión no nutritiva se observa en los prematuros entre la 27 y 28 semana de gestación, la coordinación entre succión, deglución y respiración se observa a partir de entre la 32 y la 34 semanas de gestación, la coordinación completa entre succión, deglución y respiración es parcial entre 32 y 34 semanas de gestación, y la coordinación es completa a partir de la semana 37 de gestación.

Análisis de las características definitorias: Recién nacido prematuro, pequeño para su edad gestacional, extremado bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, en el momento de su nacimiento presentó un peso menor de 2.500kg, cualquiera que sea la causa y sin tener en cuenta la duración de su gestación, se considera que ha tenido una gestación más corta o un crecimiento intrauterino menor del esperado o bien ambas cosas. El peso valora el crecimiento y la edad gestacional la madurez del peso (López, 2007).

Recién nacido prematuro en estudio con labio leporino más paladar hendido presenta una malformación debido a una falla en la fusión de los procesos maxilares y el proceso nasal interno que ocurre en las primeras 12 semanas de gestación, su etiología es controversial y multifactorial puesto que puede ser causado por múltiples genes, generalmente de la familia homeobox. Así mismo, algunos factores ambientales pueden intervenir en su desarrollo, es por eso que dicha alteración se ha calificado como una anomalía multifactorial y poligénica por la

mayoría de investigadores. El labio hendido se origina por una fusión incompleta de los procesos maxilares y naso medial durante el periodo embrionario, puede ser unilateral o bilateral. El paladar hendido ocurre por una falla de unión de las prominencias palatinas, la mayoría de autores coinciden que esta falta de fusión se produce por una alteración intrínseca en los procesos de adhesión celular entre la cuarta y novena semana de vida intrauterina (Revista UtaSalud, 2014).

Los niños con labio leporino se enfrentan a diversas dificultades como la alimentación ya que pueden alimentarse por lactancia materna pero la hendidura del paladar no le permite realizar una succión eficaz, tienen un riesgo especial de manifestar líquido en el oído medio y pérdida de la audición, si la hendidura se extiende a lo largo de la encía superior podría afectar el desarrollo de los dientes, puede afectar también el desarrollo normal del habla, sonar demasiado nasal y pueden sufrir problemas sociales, emocionales y de comportamiento debido a las diferencias y el estrés que genera la atención médica intensiva. Es importante tener en cuenta que un bebé que nace con estos defectos puede resultar angustiante pero se puede corregir, en casi todos los bebés realizando diversas cirugías para restaurar el funcionamiento adecuado y obtener una apariencia más formal, con una cantidad mínima de cicatrices (Mayo, 2018).

También presentó incapacidad percibida para ingerir alimentos, en el caso de los prematuros la función digestiva y motora del intestino es inmaduro ocasionando incapacidad para alimentarse, también presentan debilidad de los músculos necesarios para la deglución y su peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango del peso ideal, es muy pobre para tolerar la alimentación enteral, es por ello que presentó hipoglicemia de 23 gm/dl, (disminuido). Aquellos prematuros que nacen con muy bajo almacenamiento de nutrientes deben recibir rápidamente aportes de glucosa para prevenir daños por hipoglicemia, más aún aquellos con el

diagnóstico de SDR que tienen bajos niveles de reserva de glucosa y pueden desarrollar hipoglicemias en las primeras horas de su nacimiento.

Factor relacionado: Incapacidad para absorber los nutrientes secundarios a prematuridad.

Intervenciones de Enfermería: Se debe pesar diariamente al recién nacido prematuro para llevar un control estricto de la evolución del recién nacido, tomar medidas antropométricas semanalmente, utilizar una bomba de infusión para el aporte de las infusiones, evaluar la función digestiva y/o ausencia de ruidos intestinales, cambios en el perímetro abdominal, mantener la SOG permeable y administrar 3 cc de LME + NTP 3.8 cc/ hr. Controlar el equilibrio hidroelectrolítico y CHG cada 12 horas. El paciente debe ser alimentados a través de una sonda por el pobre reflejo de succión, deglución, y por la malformación congénita que presentó, además es importante ahorrar al máximo energías para que gane peso utilizando el método más seguro para alimentarlo, es importante medir el residuo gástrico evitando la distensión abdominal (Mata y Méndez, 2009).

En la alimentación continua (goteo continuo con la bomba conectada a sonda) se debe monitorizar cada hora los residuos gástricos hasta que se establezca la tolerancia a la alimentación, así mismo, se debe mantener al recién nacido en posición semi fowler con la cabecera 30° para evitar la aspiración por desplazamiento. (Biblioteca Las Casas, 2005).

Riesgo de aspiración.

Vulnerable a la penetración en el árbol traqueo bronquial de secreciones gastrointestinales, oro faríngeo, sólido o líquido, que pueden comprometer la salud (Nanda, 2015).

Es la dificultad que podría tener el RN para realizar la respiración debido a la presencia de secreciones y/o procedimientos invasivos.

Para López, (2016) cuando ocurre un parto fisiológico, los pulmones del recién nacido pasan de ser un órgano ocupado por líquido a llenarse de aire debido a la compresión intermitente del tórax, de esta forma se logra la homeostasis. Este proceso natural inicia con la redistribución del gasto cardiaco y la reducción de la temperatura corporal, producidos por la interrupción de la circulación placentaria, la cual estimula al agente tenso activo, para que disminuya el Ph y la presión de oxígeno de sangre arterial (PaO₂), por lo tanto, se eleva al mismo tiempo la presión de dióxido de carbono en sangre arterial (PaCO₂) necesaria para que los alveolos se abran y llene de gas a los pulmones, para dar paso a la primera respiración del neonato. Todo este proceso fisiológico normal acompañado de cuidados específicos y efectivos de los profesionales de la salud, favorecen la adaptación y evolución satisfactoria del neonato. Cabe mencionar que algunos recién nacidos pueden presentar problemas respiratorios, que requieren de asistencia con ventilación mecánica, que consiste en una técnica fundamentada en un soporte avanzado de manera artificial, que tiende a mejorar en el paciente la oxigenación y la eliminación del anhídrido carbónico sin causar baurotrauma pulmonar, ni toxicidad a causa del oxígeno.

Al respecto los recién nacidos que son asistidos con respirador artificial, además de mantener una ventilación adecuada como efecto secundario de la permanencia del tubo endotraqueal, también presentan alto riesgo de desarrollar broncoaspiración, neumonía asociada a la ventilación mecánica, infecciones nosocomiales, entre otras condiciones patológicas, que aumentan la producción de secreciones e impiden el mecanismo normal de limpieza de las vías aéreas. Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos (López y Méndez, 2016).

Por tanto en procedimiento de succión y/o aspiración de secreciones que consiste en la extracción de las secreciones, oro faríngeas, nasofaríngeas, traqueal y endotraqueal, a través de

un catéter conectado a un aparato de succión, se convierte en un cuidado de intervención imprescindible de los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos neonatales, para mantener a los pacientes entubados en condiciones estables y óptimas de salud.

Se tiene el conocimiento que la técnica de aspiración de secreciones tiene como finalidad mantener libres o permeables las vías respiratorias para facilitar el ingreso de O₂ y salida de CO₂, con la finalidad de evitar el acumulo de secreciones que podrían ser un caldo de cultivo de microorganismos patógenos y producirse una infección, o hipoxia, la enfermera debe estar atenta para identificar algunas complicaciones como son: atelectasia, estimulación bagal, bradicardia, arritmias, neumotórax, pérdida de la función ciliar, paro cardiaco. Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos (López y Méndez, 2016).

La aspiración de secreciones es un procedimiento realizado por el profesional de enfermería que con más frecuencia se realiza en la unidad de cuidados intensivos para mantener las vías aéreas permeables de los pacientes entubados o traqueostomizados. Un paciente sometido a ventilación mecánica ha perdido la función vital de la vía área superior como es la humidificación y el calentamiento del aire que respiramos. Generalmente los cilios del árbol traqueobronquial actúan como un tapiz rodante, desplazando hacia arriba la humedad de las células caliciformes de las glándulas mucosas, arrastrando con ello las materias extrañas, bacteria entre otros, debido a la acción del tubo o traqueostomo, esta acción ciliar también se encuentra deprimida.(Programa de especialización UPCH, 2017).

Alimentación enteral, entubación endotraqueal secundario a malformación congénita (fisura labio palatina + paladar hendido) y SOG.

Valorar el estado respiratorio y determinar la cantidad de secreciones para realizar la succión, es un aspecto necesario e importante del cuidado respiratorio, pero que puede ser

erróneamente considerada una técnica de rutina ya que puede tener complicaciones serias. (Universidad Austral). Proceder a aspirar el tubo cuando se compruebe la presencia de secreciones, el tiempo de aspiración no debe exceder 8 segundos. Se debe aspirar el TET para remover las secreciones, mantener la vía aérea permeable y lograr una buena ventilación y oxigenación del paciente. Así mismo, es considerado el segundo procedimiento invasivo más común y responsable del 25 % de los eventos adversos que sufre un bebé de la UCI no es bajo ningún concepto benigno. Se debe valorar el color, olor, consistencia y cantidad de las secreciones.

Barnes and Kirchoff (1986) menciona que no hay un procedimiento único que beneficie a cada paciente, ya que el grado de dificultad respiratoria es un factor crítico al determinar la tolerancia al procedimiento de aspiración.

Riesgo de infección

Vulnerable a una invasión y multiplicación del organismo patógenos que puede comprometer la salud. (Nanda, 2015)

El riesgo de infección se puede presentar por agentes externos o la hospitalización.

El neonato presentó sepsis neonatal, siendo una complicación propia de la patología y por el sistema inmunológico inmaduro.

Tamez (2015) menciona que las infecciones del período neonatal son la causa de un índice bastante significativo de morbimortalidad neonatales, entre 15 y 45 % en la mayoría de los países, y aumentan en aquellos cuyas asistencia prenatal y neonatal son ineficientes. Las infecciones intranosocomiales se asocian con un aumento de morbimortalidad y con un aumento del período de internación, además de elevar más el costo de internación en la UCI neonatal. La insuficiencia del sistema inmunitario asociada con procedimientos invasivos realizados en la

UCI neonatal así como con la falta de protocolos de profilaxis contra las infecciones intranosocomiales son algunos factores contribuyentes.

El proceso infeccioso puede instalarse en el período prenatal, intranatal o posnatal. Los microorganismos que producen la infección neonatal han variado con los años, probablemente debido al uso indiscriminado de antibióticos que produjo la resistencia de ciertas bacterias a los antibióticos disponibles. Las bacterias Gram positivas eran las más comunes hasta las décadas de 1950 y las gramnegativas hasta la década de 1970. En la actualidad, las bacterias más frecuentes son el estreptococos beta hemolítico y la E. coli, que producen el 70% de las septicemias de la población neonatal, el estafilococo coagulasa negativa ha sido identificado como la mayor causa de infección nosocomial. El bajo peso al nacer, la prolongada hospitalización son factores significativos para infección nosocomial. La infección por levaduras puede ocurrir si ha sido dado antibiótico terapia previamente. Esta infección es también asociada con la colonización de catéteres vasculares, asistencia ventilatoria y enterocolitis necrotizante (Tamez 2015).

Lavado de manos, usar ropas especiales, manipulación mínima, evitar lesiones y tela adhesiva, seguir las normas institucionales para el manejo del neonato prematuro, cuidado de las vías intravenosas y sondas permanentes, higiene personal, cuidados del muñón umbilical, antibiótico terapia específica, usar torundas de algodón (no gasa) humedecidas con agua estéril, para quitar sangre de la cara, cabeza y meconio de la región perianal. Antes de entrar a la UCIN se deben lavar las manos hasta los codos por 2 minutos, usando un antiséptico yodoforado, repetir el lavado por 15 segundos antes de atender a otros RN. Así mismo, una correcta inserción de catéteres vasculares y/o sondas con la técnica adecuada reduce el riesgo de infección. Las infecciones nosocomiales afectan del 5 al 6 % de los pacientes hospitalizados. Una higiene personal deficiente origina aumento de microorganismos, incrementa el riesgo de infección. El

uso inadecuado de antibióticos puede ocasionar efectos adversos Indeseables, aparición de cepas resistentes y alterar la flora normal del neonato (Mata y Méndez, 2009).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

La valoración del neonato se realizó el día 16 de octubre del 2018, las atenciones de enfermería fueron realizadas por dos días intercalados del 16 al 18 de octubre.

Evaluación por días de atención:

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases.

Objetivo parcialmente alcanzado: Neonato mejoró parcialmente el intercambio de gases a la evidencia Sat. 99.1%, PCO₂ 33.4 mmhg (disminuido) y HCO₃ en 27.5mmol

Segundo diagnóstico.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Objetivo alcanzado: Neonato mejoró limpieza ineficaz de las vías aéreas ya que presentó ausencia de secreciones bronquiales y mejoro la profundidad respiratoria.

Tercer diagnóstico.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.

Objetivo parcialmente alcanzado, neonato presentó ausencia parcial de desequilibrio nutricional inferior a las necesidades ya que presentó la SOG correctamente colocada y tolero la dieta prescrita pero por la edad y el peso del bebe, sigue presentándose como un diagnóstico prioritario,

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de aspiración.

Objetivo alcanzado. Neonato disminuyó riesgo de aspiración durante el turno

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección:

Objetivo no alcanzado: Neonato disminuyó el riesgo de aspiración debido a que presentó sepsis neonatal, siendo una complicación propia de la patología y por el sistema inmunológico inmaduro.

Conclusiones

Se concluye que de los cinco diagnósticos prioritarios, el segundo y el cuarto diagnóstico, el primero y el tercero se alcanzaron parcialmente y el quinto diagnóstico no fue alcanzado.

Finalmente considero que el proceso de atención de enfermería nos sirve para aportar conocimientos necesarios para el cuidados a los neonatos y conjuntamente con la teoría de Nanda que reúne todos los conocimientos obtenidos en el tiempo, van a permitir en un futuro a las enfermeras actuar de manera eficaz y eficientemente brindando una atención con calidad y calidez a nuestros usuarios.

Bibliografía

- Nanda, Internacional, Inc. 2015 - 2017, Diagnósticos enfermeros, México, edición 10, pag. 163, 204, 229, 379,381.
- Potter, P. Perry, 2013, Fundamentos de enfermería, Barcelona, España, Edición 8.
- Nascimento Tamez, Raquel, 2015, Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Porto Alegre, 5 to. Edición. Pág.152, 66, 167,234,
- Arce, G., Osorio, C., Velásquez, C., 2017, Conocimiento y prácticas de la técnica de aspiración de secreciones en las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un Hospital Nacional, Lima, Universidad Cayetano Heredia.
- López, H., Ortiz, A., Osorio, M., Cruz, E., López, T., Cruz, T y Mijangos, K. (2016). Técnica de aspirado endotraqueal en neonatos: una revisión de la literatura, México, Artículo de Revisión Enfermería Universitaria.
- Acuña, M. (2015). Valoración del estado nutricional del recién nacido prematuro, España, Trabajo de fin de grado.
- Mata, M., Salazar, M., y Herrera, L. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro, México, Rev. Enfermo. Isnt. México Seguro Soc.
- Amaya, I., Suárez, M., y Villamizar, B. (2005). Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascases, Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
- Padín, S. (2010). Actualización en cuidados de enfermería, España, Hospital Regional Universitario Carlos Haya. <Http://www.carloshaya.net> , pag. 537

- Lic. Quiroga, Ana, 2013, FUNDASAMIN (Fundación para la salud materno infantil) Cuidados al recién nacido con Síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de Enfermería, Revista Enfermería Neonatal. aquiroga@fundasamin.org.ar
- Lucile Packard Children´s Hospital Stanford, 2019, Síndrome de dificultad respiratorio, USA, Revista. Enfermedad de la membrana hialina y el síndrome de dificultad respiratorio <https://www.stanfordchildrens.org> .
- Martinez y Romero (2015). Enfermería universitaria, neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización, México, Pág. 161, www.elsier.es/reu.
- Torres, E. (2014). Factores ambientales asociados con labio o paladar hendido no sindrómico en una población del Magdalena Medio colombiano. Colombia, Revista Ustasalud, pág 19. www.revistas.ustabuca.edu.com
- Mayo Clinic, (Mayo Foundation For Medical Education and Research) 2018, Labio leporino y hendidura del paladar, U.S.A, Revista <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cleft-palate/symptoms-causes/syc-20370985>
- Gómez J. Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. Reporte de casos. 2016, 1(1): 51- 58.

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES

HCL: 1076144

Nombre del RN: Huamani Condori

Fecha y Hora de Nacimiento: 16/10/18 Edad: 30⁵⁶ Días:..... Sexo: M F

Fecha y Hora de ingreso al servicio: 16/10/18

Persona de referencia:.....

Procedencia: SP EMG Consultorio Otro:.....

Forma de llegada: Incubadora Cuna PC: 24 PT: 22

Peso: 733g Talla: 31 FC: 126 FR: 68 P.A: 57/42 mmHg SO2: 99 % T: 37.2 °C

DX Médico al ingreso:.....

VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

I.- PATRON PERCEPCIÓN DE CONTROL DE SALUD

Antecedente

Madre:

Grado de Instrucción: Superior Estado Civil: Conviviente Edad: 34

Nivel cultural: Superior Inmunizaciones: Si Ocupación: Asist. Administrativo

Estados Emocional: *Tranquila *Ansiosa *Irritable *Indiferente

Preocupación principal: Salud bebe N° de hijo: 1

DM HIV HEPATITIS Otro:..... Grupo Sanguíneo: O

Alergias: No Si Otros:..... Grupo y Factor:.....

Medicamentos que consume: No Si

Consumo de sustancias Tóxicas: No Si N° de Gestaciones:

CPN: No Si Abortos:

Complicaciones Gestacionales: RPM Eclampsia Otros: PREECLAMPSIA

Padre:

Grado de Instrucción: Completo Estado Civil: Conviviente Edad: 36

Nivel cultural: Medio Inmunizaciones:

Estados Emocional: *Tranquila *Ansiosa *Irritable *Indiferente

Preocupación principal: Estado Salud del bebé y madre

DM HIV HEPATITIS Otro:..... Grupo Sanguíneo:.....

Alergias: No Si Otros:..... Grupo y Factor:.....

Medicamentos que consume: No Si Consumo de sustancias Tóxicas: No Si

Parto:

Intrahospitalario () Extra hospitalario () Tipo: Vaginal () Cesárea

Complicaciones durante el parto: PREECLAMPSIA

Anestesia: Si No Procedimientos Invasivos durante el parto: Via Periferica

RPM: No Si Presentación: Cefálico Podálico Sufrimiento Feta: No Si

Líquido Amniótico: * Claro * Meconial Color:..... Olor:..... Cantidad:.....

Contacto precoz: No Si Clampaje Tardío: No Si Profilaxis Ocular: No Si

Profilaxis Umbilical: No Si Vitamina K: No Si Vacuna HVB: No Si

Recién Nacido:

EG: 30⁵⁵ Apgar: 9 Capurro:..... Sufrimiento Feta: No Si

Reanimación: Oxígeno No Si VPP () Masaje Cardiaco:.....

TET: N° 3.5 Medicamentos: ADT

II.- PATRON VALORES Y CREENCIAS

Restricciones religiosas: No Si Especificar:.....

Religión de los padres: Católicos Otros:.....

III.- PATRON PERCEPCIÓN COGNITIVO

Estado de Conciencia: Hipoactivo () Reactivo Letárgico ()

Irritabilidad Irritabilidad () Llanto Tranquilo ()

Reflejos: Succión () Búsqueda () Plantar () Babinski () De Marcha ()

De prensión () Deglución () Moro ()

Presencia de anomalías: Visión:.....

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas () Reactivas () No reactivas ()

Dolor:

IV.- PATRON ACTIVIDAD EJERCICIO

Actividad respiratorio:

Escala De Silverman: Puntaje:.....

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal			
Quejido espiratorio			
Tiraje intercostal			
Retracción esternal			
Disociación toracoabdominal			

Puntajes: 0: Sin dificultad respiratoria
8
1-3: Con dificultad respiratoria leve
4-6: Con dificultad respiratoria moderada
7-10: Con dificultad respiratoria severa

Oxigenoterapia Respiratoria

Fase I: CBN () Casco cefálico () Flujo:..... FIO2:.....
Fase II: CPAP PEEP: 5..... FIO2: 30%.....

Fase III: VM Modo:..... Parámetro: VT:.....

TET: N° 3..... Fijado: 7cm..... PIP: 14.....
PEEP: 5.....
FR: 68x.....
FIO2: 30%.....

Cianosis: NO SI () Zona:.....

Signos de dificultad respiratoria: Disnea: NO () SI Aleteo nasal
Retracción xifoidea Tiraje

Presencia de Apneas: NO () SI

Color: Rosado Cianótico Ictérico Pálido Rubicundo
Acrocianosis Reticulado

Ruidos respiratorio: Sibilantes Roncantes Crepitantes ()

-Respiración: Frecuencia: 68x Normal Anormal

Ritmo: Regular Taquipnea Polipnea Bradipnea irregular Apnea

Actividad circulatoria

Ritmo: Regular irregular

Llenado capilar: menor de 2" Mayor de 2"

Frialdad: MSI MSD MII MID

Edema: No Si localización: _____

FC: 126 PA: 57/42 PPT 45SO2: 95-97%

Líneas invasivas: No Si Vía Periférica() Vía Central() PICC() CUV-
CUA() Ubicación: MMSS() MMII() Otros: _____

Ejercicio

Tono muscular: Conservado hipotonía hipertonía

Movilidad: Conservada limitada

Comentario adicional: _____

V.- PATRÓN DESCANSO SUEÑO

Horas de sueño: 4hr regular irregular

Comentarios adicionales: _____

VI.- PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Alimentación: NPO NPT NPP LME LM FM por LM Gotero SNG
SOG SGT SY Gastroclisis Tipo de alimentación exclusiva

Observación: Prueba TET

Ano permeable: Si No

Piel: Vermix caseosa() Lanugo () Milium

Color: Rosada Pálida ictericia Cianótico otro: _____

Integridad: No() Si() especificar: _____

Fontanela: Abombada deprimida Normotensas

Boca: Mucosas: FISURA LABIO PALATINO

Vómitos: No Si características: _____ Cantidad: _____

Malformaciones: No Si especificar: Fisura Paladar

Abdomen: Blando() depresible() distendido() doloroso () Globuloso ()

Perímetro abdominal: 22 cm

Ruido hidroaéreos: Presente disminuido aumentado ausente

Drenajes: No Si Características: _____

VII.- PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:

Nº de deposiciones/día: 3 características: normales

Color: verdoso Consistencia: Pastosos semilíquidos

Colostomía: ileostomía: Comentarios: _____

Vesicales: Micción espontánea: Si No Características: _____

Sonda vesical Colector Urinario Pañal

Fecha de colocación: _____

VIII.- PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Varón: Testículos descendidos: Si No

Malformaciones: _____

Mujer: Secreción vaginal: Sangre Moco blanquecinas

Malformaciones: _____

IX.- AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

Preocupación de los padres / tutores: NO SI
Especificar: BEBE PREMATURO Y EN LA ENFERMEDAD

Existencia de algún temor en los padres: NO SI
Especificar: DIFICULTAD RESPIRATORIA

Satisfacción de los padres con el cumplimiento de lo cometido: NO SI
Especificar: NO HA HAGIDO PRUEBAS

Estado de ánimo de los padres: Especificar: ANSIEDAD

X.- RELACIÓN - ROL

Lugar que ocupa el RN en la familia: HIJA ÚNICA

Nº de hermanos: 0 Estado civil de los padres: CONVIVIENTES

Existencia de sentimientos de pérdida en los padres / tutores: NO SI
Especificar: MIEDO POR EL DX

Existencia de dificultades en la familia: NO SI
Especificar: _____

XI.- ADAPTACIÓN - TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Existencia de estrés en padres relacionado con el cuidado del RN: NO SI
Especificar: BEBE PREMATURO SDR

Adaptación de la familia al RN: NO SI
Especificar: HATA LO AGRIPIADA

OBSERVACIONES: _____

TTO. MEDICO ACTUAL

Exámenes complementarios:

Examen de Laboratorio:

Sodio	140 mmol/L
Potasio	5.5 mmol/L
Cloro	116 mmol/L

AGA: PH : 7.56

PCO2	16 mmHg
PO2	140 mmHg
HCO3	15.2 mmol/L
SO2	99%

Radiografías: Rx. TORAX

Interconsultas: Neurología

Sello y firma de la Enfermera

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente con diagnóstico Prematuridad, PEG, EBPN, RCIU, SDR, EMH, Fisura labio palatino + paladar hendido, del servicio de UCI neonatología del Hospital San Bartolomé, Lima 2019”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de atención de enfermería a la paciente de iniciales H.C. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Lissette Pareja Calla y la información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizará sólo para fines de 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 (y la de mi menor hija) 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 apellidos _____

DNI: _____

Fecha: _____