



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD

TRABAJO ACADÉMICO

**CASO CLÍNICO DE UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO CON SINDROME
DISTRES RESPIRATORIO, DESDE LA VISIÓN DEL PROCESO ENFERMERO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL**

AUTORA: LIC. JENNY CARLA CHACÓN CRUZ

ASESORA: MAGISTER ANA MARÍA AMANCIO

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes me han brindaron su cariño, paciencia y apoyo incondicional, y mención especial a mi padre Pedro Chacón Iglesias por el inmenso amor que en vida siempre me demostró.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, por haber permitido lograr esta meta.

A mi madre, mis hermanos, mis hijos, mi compañero de vida que alentaron mis días buenos y malos con el fin de fortalecer mi espíritu.

Gracias a mis compañeras de trabajo por su paciencia y flexibilidad con mis estudios.

Agradezco a la Magister Ana María Amancio por compartir sus conocimientos y experiencia.

INDICE	
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO I	
PRESENTACION DEL CASO CLINICO.....	9
CAPITULO II	
BASES TEORICAS.....	13
2.1. RECIEN NACIDO PREMATURO.....	13
2.2.SINDROME DISTRES RESPIRATORIO.....	16
2.3 TEORIA DE ENFERMERIA.....	21
CAPITULO III	
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	23
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
ANEXOS.....	41

RESUMEN

En este estudio de caso se ha realizado el proceso de atención de enfermería a un recién nacido pretérmino de 27 semanas que ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional Cayetano Heredia por presentar enfermedad de membrana hialina y una sepsis neonatal temprana. Se aplicó la valoración según dominios de la NANDA hallándose los siguientes diagnósticos significativos: Patrón respiratorio ineficaz, Termorregulación ineficaz, Protección inefectiva, Dolor, Patrón de alimentación ineficaz del lactante, Riesgo de déficit de volumen de líquidos, Riesgo de alteración de la integridad cutánea, Conocimientos deficientes. La enfermedad de membrana hialina es una causa del síndrome de dificultad respiratoria muy frecuente en el recién nacido pretérmino. La oxigenoterapia fue una de las intervenciones de enfermería que se aplicaron en paciente intubado en ventilación mecánica con lo cual se logró disminuir el trabajo respiratorio y la FiO2 mejorando su patrón respiratorio, también se logró identificar necesidades del prematuro y poder mejorar su estancia hospitalaria.

Palabras Clave: Recién nacido, Prematuro, Atención de Enfermería, Oxigenoterapia.

ABSTRACT

In this case study the nursing care process was carried out on a 27-week preterm newborn who was admitted to the neonatal intensive care unit of the Cayetano Heredia National Hospital for presenting hyaline membrane disease and early neonatal sepsis. NANDA domains were evaluated according to the following significant diagnoses: Ineffective respiratory pattern, Ineffective thermoregulation, Ineffective protection, Pain, Ineffective feeding pattern of the infant, Risk of fluid volume deficit, Risk of altered skin integrity, Poor knowledge. Hyaline membrane disease is a common cause of respiratory distress syndrome in the preterm newborn. Oxygen therapy was one of the nursing interventions that were applied in an intubated patient in mechanical ventilation, which resulted in a decrease in respiratory work and FiO₂, improving the respiratory pattern, and in identifying the needs of premature infants and improving their hospital stay.

Key words: Newborn, Premature, Nursing Care, Oxygen therapy.

INTRODUCCIÓN

La adaptación del recién nacido a la vida extrauterina es un proceso fisiológico complejo que ocurre después del parto, el recién nacido cambia de su ambiente intrauterino a la vida extrauterina por lo general sin dificultad; pero al hablar de un recién nacido prematuro el periodo de transición representa las horas que requiere de mayor atención ya que como consecuencia del menor tiempo de desarrollo intrauterino este presenta una serie de desventajas fisiológicas que lo hacen más vulnerable que un recién nacido a término. Los nacimientos pretérminos son aquellos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de parto prematuro.

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) es una de las patologías respiratorias más comunes en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), que afecta fundamentalmente a los recién nacidos pretérmino (RNPT). Siendo su denominación correcta SDR, es la causa principal de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. Es causada por el déficit de surfactante, la inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma. Esta patología representa un desafío para los profesionales de enfermería neonatal, ya que no solo requiere habilidad en el manejo respiratorio, sino también el cuidado integral propio del recién nacido prematuro, cuidados que a su vez tendrán incidencia en la evolución de la condición respiratoria y en la morbilidad asociada a la prematuridad como displasia broncopulmonar (DBP), retinopatía del prematuro (ROP), enterocolitis (ECN), entre otras.

La sepsis neonatal es una de las causas de mortalidad infantil 25%, según OMS (2011). Las tasas máximas corresponden a recién nacidos de bajo peso, aquellos con depresión funcional al nacer según se manifiesta por un puntaje de APGAR bajo (Evaluación), factores de riesgo perinatales maternos p. ej., nivel socioeconómico bajo, rotura prematura de membranas, etc.

Según la OMS (2016) los factores que más contribuyen a la mortalidad neonatal son los RNPT. Cerca del 75% de la mortalidad perinatal y la mitad de las secuelas neurológicas a largo plazo ocurren en los pretérminos. Los mismos se complican con problemas agudos y

a largo plazo: respiratorios, gastrointestinales, inmunológicos, del sistema nervioso central, de audición, visión, cognitivos y socioemocionales. Aproximadamente de la mitad de los prematuros no se conoce la causa, se identifican tres tipos de factores de riesgo que pueden contribuir al nacimiento pretérmino espontáneo: estrés social y raza: pobreza, baja educación, ser madre soltera, adolescente, el inadecuado control prenatal; todos estos incrementan los nacimientos prematuros.

El prematuro con enfermedad de membrana hialina y sepsis neonatal presenta diferentes complicaciones propias de la patología, sobre todo a nivel de la función respiratoria y nivel funcional. La enfermera dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal tienen como rol principal el interpretar la conducta del recién nacido. Por lo cual, el manejo integral de enfermería en la unidad de cuidados intensivos es fundamental para poder recuperar su salud; por ello la importancia de aplicar el plan de cuidados de enfermería.

La valoración del presente caso se realizó mediante los trece dominios de la clasificación de diagnósticos de NANDA y el apoyo del modelo conceptual de Virginia Henderson.

Se lograron identificar diagnósticos potenciales y de riesgo, con lo cual se elaboró un plan de cuidados para cada necesidad y poder cumplir los objetivos con cada uno de los problemas y brindar una estadía confortable para nuestro recién nacido pretérmino.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Recién nacido prematuro con 27 semanas de edad gestacional por FUR Y ECO III trimestre de madre tercigesta de 34 años, soltera conviviente, nivel de instrucción secundaria completa, con siete controles prenatales, serológicas negativas, que recibe maduración pulmonar completa, presenta bradicardia fetal(FC 80 x minuto) por lo que se decide termino de gestación vía abdominal, hallándose DPP 30%. Nace RN con buen tono y esfuerzo respiratorio, cianosis requiriendo apoyo con neopuff, (peep 5) con lo cual mejora color sin embargo luego de 5 minutos comienza con trabajo respiratorio por lo que es hospitalizado en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con APGAR 5 al minuto, 7 a los ocho minutos, y 10 a los quince minutos. Ingreso a la unidad con Diagnóstico médico Síndrome Distres Respiratorio: Enfermedad de Membrana Hialina, D/C Sepsis Temprana.

Ingresa a la unidad procedente de sala de operaciones en incubadora , ventilación a presión positiva con neopuff, peep 5, se observa quejido audible, aleteo nasal, cianosis distal, con retracción I/C S/C, desbalance toracoabdominal, con SatO2 86%, se coloca en incubadora con humedad, se controla peso, medidas antropométricas, profilaxis ocular y profilaxis hemorrágica, realizan intubación endotraqueal con TET N° 2.5 fijado en 7.5cm y proceden a colocar 1° dosis de surfactante quedando en ventilación mecánica modo A/C + VG con FiO2 al 40% . Al control de signos vitales en la unidad se observa con facies de dolor, con T° 35.9°C, FC 164, FR 62, SatO2 86%, PA 78/53 PAM 61. Colocaron catéteres umbilicales venoso y arterial, con micción espontanea.

Exámenes Auxiliares

Gasometría	Resultados	Valores de Referencia
PH	7.25	7.35 – 7.45
PO2	79.6	60 – 80
PCO2	55	35 – 45
HCO3	18.4	24 – 26
Lactato	1.1	
Inmunología - Hemograma	Resultados	Valores de Referencia
Hto	36%	32% - 42”%
Leucocitos	31320	>30000 ó <7500
Plaquetas	206000	>100000
I/T	3/44	
Ca	1.27	1.2 – 1.5
Mg	1.8	1.7 – 2.7
Na	148	135 – 145
K	3.47	3.5 – 5.5
Glucosa	30	70 – 100mg/dl
Creatnina	0.3	0.5 - 1.2

Resultado de Imágenes:

- **Radiografía de tórax:** Imagen clásica con tórax en forma de campana debido hipoventilación generalizada. El volumen pulmonar está reducido, el parénquima pulmonar tiene un patrón reticulogranular difuso y broncograma aéreo.
- **Ecocardiografía:** El ecocardiograma se realiza en la unidad para diagnosticar ductus arterioso, en este caso encontraron un ductus de 1mm sin repercusión hemodinámica.
- **Ecografía cerebral:** No hemorragia intraventricular.

Interconsultas

Neuropediatría: Evaluado por neurología pediátrica, realizan un examen físico, quien indica Riesgo Neurológico por edad gestacional.

Diagnóstico médico:

- RN PT 27semanas
- Síndrome Distres Respiratorio: EMH
- D/C Sepsis Temprana

Tratamiento médico:

- NPO
- Dextrosa 10% 80cc/24hr
- Gluconato de calcio 10% 1cc EV c/6hr
- Ampicilina 100mg EV C/12hr
- Amikacina 18mg EV C/48hr
- Cafeína 10mg EV C/24hr

Organización de datos por Dominios

Dominios	Aspectos Positivos	Aspectos negativos
1. Promoción de la salud	No se observan	Gestante de 34 años de edad quien ingresa a SOP por presentar bradicardia fetal, con 7 controles prenatales, RNPT AEG de 27 ss por FUR, recién nacido con un peso al nacer de 1060g, con diagnóstico médico enfermedad de membrana hialina
2. Nutrición	Recibe dextrosa al 10%(5.3cc/h)+ gluconato de calcio al 10%	RNPT AEG de 27ss por FUR y ECO III: 1060 g, presenta sonda orogástrica, nada por vía oral (NPO) Glucosa 30mg%
3. Eliminación e intercambio	Micción espontanea	Recibe oxigenoterapia fase III(ventilación mecánica convencional) FiO2 al 40%
4. Actividad/Reposo	Se encuentra en el servicio de UCIN en una incubadora con humedad, con S D R – E M H y r e c i b e oxigenoterapia fase III: Ventilación mecánica convencional.	Frecuencia respiratoria: 62 respiraciones por minuto Frecuencia cardiaca: 164 pulsaciones por minuto FiO2 40% SatO2 86%
5. Percepción/Cognición	No se observa	Reflejos en proceso de desarrollo por prematuridad.
6. Autopercepción	No se observa	Con una puntuación en test silverman de 7
7. Rol/Relaciones	No se observan	Madre hospitalizada post cesárea, padre visita al RN.
8. Sexualidad	RNPT de sexo masculino. Genitales de acuerdo a su edad gestacional	No se observan
9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés de los padres	Padres ansiosos, preocupados	No se observa
10. Principios vitales de padres	Padres católicos	No se observan
11. Seguridad / Protección	Se encuentra en el servicio de UCI neonatal en incubadora con humedad, técnica de nido.	RNPT de 27 ss recibe oxigenoterapia: ventilación mecánica convencional, presenta catéteres umbilicales arterial y venoso.
12. Confort	Manipulación mínima	Se encuentra en el servicio de UCI en una incubadora, prematuro, evidencia facie de dolor cuando se le realiza algún procedimiento.
13. Crecimiento y desarrollo	Recién nacido pre término AEG, talla: 38 cm, perímetro cefálico: 25 cm, perímetro torácico: 24 cm	RNPT,27 ss de edad gestacional por FUR

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS

2.1. Recién Nacido Pretérmino

Es todo aquel recién nacido cuya edad gestacional calculada a partir del primer día del último periodo menstrual es menor de 37 semanas completas. Otras informaciones que permiten estimar la edad gestacional son los datos ecográficos precoces durante la gestación, la fecha de la primera actividad fetal detectada, los datos clínicos obtenidos de la exploración de Dubowitz y el grado de prematuridad determinado mediante la exploración de la cápsula vascular anterior del cristalino.

Incidencia: Aproximadamente el 7 % de los recién nacidos son de bajo peso (peso menor de 2500 grs.) y dos tercios de ellos son prematuros. Dentro del grupo de los pretérmino aquellos con un peso menor a 1500 grs., representan el 0,5-1 % de todos los recién nacidos, aunque es un número pequeño en términos absolutos representan el 40% de la muertes neonatales, realizan la ocupación de la mitad de las camas de cuidados intensivos y constituyen el grupo de mayor riesgo de secuelas.

Etiología: En un 25-50 % de los casos se desconoce su causa. Se ha visto su asociación a una serie de factores, muchos de los cuales están relacionados entre sí, lo que hace incierto su significado etiológico:

- Nivel socioeconómico deficiente.
- Edad materna 16 años o 35 años.
- Actividad materna excesiva.
- Consumo de tóxicos.
- Enfermedad materna aguda o crónica.
- Historia de infertilidad, Embarazos múltiples o muy seguidos.
- Parto pretérmino previo.
- Embarazo múltiple.

- Malformaciones uterinas, incompetencia cervical, trauma uterino.
- Placenta previa.
- Rotura prematura de membranas, amnionitis.
- Situaciones fetales que requieran parto precoz.

Problemas clínicos: Se relacionan con la dificultad de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de los sistemas orgánicos.

- **Problemas respiratorios:** Asfixia perinatal: Reflejada por una baja puntuación en el test de APGAR es probablemente el factor que más influye en la supervivencia. Cuanto más inmaduro es el neonato, menor es su tolerancia a los efectos de la asfixia y al trauma obstétrico, y por lo tanto más necesaria su prevención, diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

Enfermedad de membrana hialina: Consecuencia del déficit de surfactante pulmonar, siendo más frecuente y grave cuanto menor es la edad gestacional. El pronóstico ha mejorado mucho en los últimos 30 años gracias a la identificación precoz de recién nacidos de alto riesgo, el uso de corticoides profilácticos, avances en cuidados intensivos neonatales y apoyo respiratorio.

Síndrome de mal adaptación pulmonar o distres tipo II

Pausas de apnea: Cese de la respiración durante 20 seg. (Menos en prematuros pequeños) acompañado de bradicardia o cianosis. Tras 30 - 45 seg. se observan palidez e hipotonía. Representan una inmadurez de los mecanismos de control de la respiración.

Displasia broncopulmonar: Enfermedad pulmonar crónica secundaria a un daño pulmonar agudo en las primeras semanas de vida. Difiere de otras enfermedades crónicas del niño mayor en que puede esperarse una recuperación importante de la función pulmonar de los supervivientes.

- **Problemas cardiovasculares:** Hipotensión - hipovolemia.

Ductus arterioso persistente.

- **Problemas Neurológicos:** Hemorragia intracraneal.

Encefalopatía hipóxico- isquémica.

Lesión del nervio auditivo.

- **Problemas hematológicos:** Anemia.
Trastornos hemorrágicos.
- **Problemas nutricionales y gastrointestinales:** El niño prematuro tiene unas peculiaridades fisiológicas que plantean dificultades a la hora de conseguir su correcta nutrición: Grandes requerimientos nutritivos, reserva escasa de nutrientes, inmadurez del aparato digestivo presentando deficiencias enzimáticas, malabsorción y alteraciones de la motilidad, Inmadurez metabólica y renal. Todo ello conlleva a una atención específica al tipo, cantidad y vía de administración de la alimentación, así como al desarrollo de complicaciones entre ellas la enterocolitis necrotizante.
- **Problemas metabólicos:** Hiper-hipoglucemia.
Hipocalcemia.
Enfermedad ósea del prematuro (Hipocalcemia, hipofosforemia e hipermagnesemia).
Hiperbilirrubinemia.
- **Problemas renales:** El riñón del pretérmino es inmaduro por lo que resulta difícil el manejo de los líquidos y las sales minerales.
- **Dificultades para regular la temperatura.**
- **Inmadurez de su sistema inmunitario:** Mayor riesgo de infección. La vacunación se hará a la edad cronológica correspondiente.
- **Problemas oftalmológicos**

Pronóstico: El pronóstico y supervivencia de los niños prematuros va a estar relacionado directamente con la edad gestacional y peso al nacimiento. Los recién nacidos de 1000gr. (27-28 semanas) presentan una supervivencia del 85%, que llega al 90% en el grupo de 1250 a 1500 grs. En el grupo entre 1000 -1500grs. la incidencia de secuelas es del 10%. Entre los 750 y 1000grs. la supervivencia es del 80% y en el grupo entre 500- 750 grs se obtienen peores resultados con supervivencias entre el 11 y 57%. A pesar de haber mejorado la supervivencia de los inmaduros de un modo espectacular en los últimos 20 años, el porcentaje de supervivientes con secuelas

mayores (parálisis cerebral, retraso mental, sordera y ceguera) no ha aumentado. Pero, conforme se ha extendido el seguimiento a la edad escolar, se ha puesto de manifiesto una incidencia importante de problemas de conducta y aprendizaje. (Herreros, 2004)

2.2. Síndrome Distres Respiratorio

El SDR es un trastorno del desarrollo, que comienza inmediatamente luego del nacimiento, en RNPT, con pulmones inmaduros incapaces de secretar surfactante. Es una enfermedad respiratoria compleja caracterizada por atelectasias alveolares difusas en el pulmón, causada principalmente por la deficiencia de surfactante. Esto lleva a una mayor tensión superficial en el alvéolo, que interfiere en el normal intercambio de oxígeno y dióxido de carbono

Fisiopatología: La alteración fundamental del SDR es el déficit de surfactante a nivel de la interface aire-líquido dentro del alvéolo, aumentando la tensión superficial, situación que lleva a que éste se colapse en la espiración, no quede volumen residual funcional y disminuya la compliance pulmonar. Al tener menos unidades alveolares funcionando, se produce un cortocircuito de derecha a izquierda con la consecuente hipoxemia. La hipoxemia aumenta la permeabilidad capilar, y se produce edema por la falta de surfactante. Esto produce un acúmulo de un material rico en proteínas, en el interior del alvéolo, que a las 4 o 6 horas de vida recubre la superficie alveolar. El aspecto al microscopio de este material eosinófilo (membranas hialinas) es el que le dio el nombre inicial a la enfermedad. La causa más frecuente del SDR es la inmadurez de los sistemas enzimáticos que permiten la síntesis de cantidades adecuadas de surfactante en los neumocitos tipo II. Además de la inmadurez también la producción de surfactante puede verse comprometida cuando hay asfixia, hipotermia, diabetes materna, meconio o edema.

Incidencia: La incidencia es variable. Según el estudio de la Red Neocosur del año 2010, que incluyó 5991 recién nacidos vivos menores de 1500 gramos, de 20 unidades de neonatología, la incidencia de SDR es de 74% con una EG media de 29,1 semanas y un peso medio de 1100 g. Según las distintas publicaciones la incidencia de esta patología ocurre en el 10% del total de prematuros y en un 50% en los prematuros entre 26 y 28 semanas de edad gestacional. El principal factor de riesgo para SDR fue la menor edad

gestacional, mientras que la administración de corticoides, el sexo femenino y la rotura prematura de membranas constituyeron factores protectores. Este estudio muestra la elevada incidencia en RN < 1500 g con aumento de la mortalidad, morbilidad y empleo de los recursos. En el resto del mundo esta patología es comunicada en todas las razas y regiones, ocurriendo con más frecuencia en los varones de raza blanca. Es menor la frecuencia en los países en desarrollo por los porcentajes de supervivencia de los RNPT y los partos domiciliarios. (Quiroga, 2014)

Prevención: La prevención del SDR está directamente relacionada con la atención obstétrica. El control del embarazo es una medida fundamental para la uteroinhibición en caso de riesgo de parto prematuro. La administración de corticoides para la maduración pulmonar y la derivación oportuna a un centro de alta complejidad son medidas que cambian radicalmente la evolución de la enfermedad. La aplicación de corticoides prenatales es una medida costoefectiva con los siguientes beneficios demostrados desde la observación inicial de Howie y Liggins (1972):

- Aceleración de la maduración pulmonar fetal.
- Menor incidencia de SDR del RN.
- Menor permanencia en cuidados especiales de los RNPT.
- Menor morbimortalidad neonatal.
- Mayor estabilidad circulatoria del RNPT.
- Menores requerimientos de apoyo ventilatorio. Con el paso del tiempo, la creciente y nueva evidencia también los asoció con:
 - Menor riesgo de hemorragias intracraneanas.
 - Menor incidencia de enterocolitis necrotizante.

Toda madre en riesgo de un parto prematuro, debe transferirse a centros de nivel IIIB donde haya experiencia en manejo de RNPT con SDR, administrar corticoides prenatales a toda mujer embarazada en riesgo entre las 23 y las 35 semanas, aplicar antibióticos con presencia de ruptura prematura de membranas (RPM) ya que reduce el riesgo de parto prematuro, y utilizar tocolíticos por un periodo que permita completar las dosis de corticoides. Factores de riesgo Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón

al nacer incluyen prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como etnia blanca, historia de SDR en hijos previos y sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante. El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a la proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal. Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en RNPT y el antecedente de cesárea sin trabajo de parto. Los RN que nacen antes del trabajo de parto, no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroides que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante. En la siguiente tabla se muestran los factores que aumentan y los que disminuyen el riesgo de EMH o SDR. (Quiroga, 2014)

Riesgo aumentado	Riesgo disminuido
Prematuridad	Hipertensión materna
Diabetes materna	Hipertensión materna inducida por el embarazo
Gestación múltiple	Ruptura prematura de membranas prolongada
Parto por cesárea	Corticoides prenatales
Parto precipitado	Adicción materna a opioides
Asfixia	
Estrés por frío	
RN anteriores con EMH	

Composición y metabolismo del surfactante: La existencia del surfactante se descubrió en los años 50. Su composición consta de fosfolípidos en un 80% (fosfatidilcolina, fosfatidilglicerol, fosfatidilinositol y fosfatidiletanolamina), proteínas en un 10% (proteínas del surfactante, SPs, conocidas como SP-A, SP-B, SP-C, SP-D y otras proteínas) y lípidos en otro 10% (fundamentalmente colesterol). De todos sus componentes, la fosfatidilcolina es la principal sustancia tensoactiva. En los últimos años, se ha descubierto que la ausencia o deficiencia de alguna de las SPs lleva asociado cuadros de SDR de gran severidad, tanto en pretérminos como en neonatos a término. En general, el surfactante está presente en suficiente cantidad en los pulmones a partir de la semana 36 de EG. Sin embargo,

prenatalmente, hay situaciones que aceleran o retrasan la aparición del surfactante. Así, la rotura prematura de membranas, la hipertensión materna, el crecimiento intrauterino retardado, los corticoides y los tocolíticos aceleran la maduración pulmonar mientras que la diabetes materna, el hidrops y la eritroblastosis fetal, la retrasan. (Omaña, 2006)

Clínica: Los signos y síntomas aparecen al nacimiento o poco tiempo después con clínica respiratoria franca que incluye polipnea y signos de dificultad respiratoria progresiva (quejido, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, tiraje inter-costal y retracción supraesternal) con cianosis central. Los grandes prematuros inicialmente pueden presentar episodios de apnea que precisen una intervención inmediata. La clínica frecuentemente se complica con la presencia de ductus arterioso persistente (DAP) con un shunt inicial izquierda-derecha (ductus silente) que puede complicar el curso de la enfermedad; clínicamente lleva asociado taquicardia, precordio hiperdinámico, pulsos “saltones”, soplo cardíaco y alteración de la perfusión. En su evolución natural, los cuadros leves presentan un empeoramiento inicial que puede durar 1 o 2 días, con necesidad de oxigenoterapia y recuperación posterior progresiva hasta su completa resolución. En los casos más graves, el empeoramiento es rápido con hipoxemia y acidosis mixta que suele precisar oxigenoterapia y ventilación mecánica. Tanto la gasometría arterial como los parámetros ventilatorios necesarios son buenos indicadores de la gravedad del cuadro. El empleo temprano del surfactante ha modificado el curso y la gravedad del SDR. (Omaña, 2006)

Diagnóstico: Los siguientes exámenes se emplean para detectar la afección:

- Apariencia, color y esfuerzo al respirar (indican la necesidad de oxígeno del bebé).
- Gasometría arterial: Muestra bajos niveles de oxígeno y exceso de ácido en los líquidos corporales.
- Radiografía de tórax: Muestra que los pulmones tienen una apariencia de “vidrio molido” que es típico de la enfermedad. Esto a menudo aparece de 6 a 12 horas después de nacer.
- Análisis de laboratorio: Para ayudar a descartar infección como causa de los problemas respiratorios.

- Ecocardiografía. Algunas veces se utiliza para descartar problemas cardíacos que pueden causar síntomas similares al síndrome de dificultad respiratoria. El ecocardiograma es un tipo de ultrasonido que chequea específicamente la estructura y función del corazón.

Tratamiento El tratamiento lo determina el médico para cada paciente basándose en lo siguiente:

- La edad gestacional del recién nacido, su estado general de salud y los antecedentes médicos.
- La gravedad del trastorno.
- La tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Las expectativas para la evolución del trastorno.

El tratamiento puede incluir:

- Colocar un tubo endotraqueal (ET) al recién nacido.
- Máquina artificial para mejorar el trabajo respiratorio.
- Oxígeno suplementario (húmedo y caliente).
- Presión positiva continua en las vías respiratorias (“CPAP”, por sus siglas en inglés).
- Reemplazo del surfactante por surfactante artificial. Esto es muy efectivo si se comienza en las primeras seis horas posteriores al nacimiento.
- El surfactante es un líquido que se administra mediante el tubo ET (tubo de respiración). Normalmente se administran varias dosis.
- Medicamentos (para ayudar a sedar y aliviar el dolor durante el tratamiento).

Cuidados de enfermería: El plan de cuidados de enfermería debe ser integral, basado en las necesidades que presenta todo RNPT y también teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuro. Desde el abordaje teórico, se puede dividir el tratamiento del SDR en dos aspectos fundamentales, los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo de surfactante, y los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pretérmino y que afectan directamente su condición respiratoria. (Quiroga, 2014)

Oxigenoterapia por respirador. Vigilancia de los parámetros de respirador, tubos, T° del agua, aspiración de secreciones con máxima asepsia.

- Detectar precozmente los riesgos potenciales de la membrana hialina.
- Reforzar la educación para la salud a los familiares con niños que han padecido membrana hialina.

2.3. Teoría de Enfermería

Los modelos y teorías de la enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del meta paradigma de enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina.

Modelo de Virginia Henderson

El ser un humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas: Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender. La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas. Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. La función de enfermería es la de: Sustituta: reemplaza lo que le falta al paciente. El objetivo para

Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible. Cuidados de enfermería, no son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud. Es común que el enfermero oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir acorde a las instrucciones de los médicos. También El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. Metodología de los cuidados: Consiste en un plan de cuidados: proceso de resolución de problemas. El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios enfermería no emitimos juicios de valor, empalizamos y acompañamos hasta el último aliento.

Diagnóstico: Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa que las enfermeras pueden tratar para conseguir aunque sea una milésima de independencia. Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende. El diagnóstico comprende varias acciones: Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes. Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos. Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque requieren intervenciones por parte de la enfermera aquí y ahora. Hay que separar lo que la enfermera puede resolver con su función autónoma y lo que no puede resolver. A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería. Valorar como incide el problema en la satisfacción de las necesidades fundamentales

CAPITULO III

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	PLANIFICACIÓN
<p>Datos Objetivos</p> <p>Prematuro de 27 semanas</p> <p>Datos Subjetivos</p> <p>Aleteo nasal</p> <p>Cianosis</p> <p>Acidosis respiratoria</p>	<p>Real</p> <p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c cambios en la membrana alveolo capilar e/p acrocianosis, disnea, aleteo nasal, AGA alterado</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El neonato evidenciará mejoría del intercambio gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ausculta sonidos respiratorios. • Se observa si hay fatiga muscular. • Se controla periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. • Se administra medicamentos (broncodilatadores inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas e intercambio de gases. • Se vigilara la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Se observara si la expansión pulmonar es igual. 	<ul style="list-style-type: none"> • El neonato evidencia controles de Gases en sangre arterial y equilibrio acido básico normales: Ph 7.35 – 7.45 PCO2 35 – 45 PO2 60 – 80 HCO3 25 – 28

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos significativos</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Parto distócico</p> <p>Necesidad de oxígeno</p> <p>Examen físico</p> <p>Cianosis</p> <p>Trabajo respiratorio</p> <p>SatO2 86%</p> <p>Quejido audible</p>	<p>Real</p> <p>Patrón Respiratorio Ineficaz R/C inmadurez del tejido pulmonar S/A prematuridad evidenciado por retracción I/C S/C, SatO2 oscilante, quejido</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El recién nacido será capaz de mantener un patrón respiratorio eficaz.</p> <p>Objetivo específico</p> <p>El recién nacido evidenciara una SatO2 optima (90-95%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar higiene de manos Se coloca al RN en incubadora con humedad y monitorizar. <p>Intubación y estabilización de vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> Se ayuda en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación, posicionar al paciente, administrar los medicamentos ordenados y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones en la inserción. Se fija el tubo endotraqueal utilizando las marcas de centímetros del tubo endotraqueal y registrar Se verifica la colocación del tubo con una radiografía, asegurando la canulación por encima de la carina. <p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> Se administra oxígeno suplementario. Se elimina secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede. 	<ul style="list-style-type: none"> El neonato evidencia mejoría de la función respiratoria. El neonato evidencia SatO2 94% dentro de valores normales

			<ul style="list-style-type: none"> • Se controla la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial). • .Se prepara surfactante y se asiste en la administración según técnica. <p>Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se vigila frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Se controla el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación. • Se ausculta para ver si hay crepitación en las vías aéreas principales. • Se registra las lecturas del ventilador mecánico. • Se valora los resultados de controles sanguíneos (Hto gases...). • Se administra alimentación parenteral. • Se hacen cambios posturales c/2-3 h en posición semielevada. • Se evalúa Test de Silverman. • Se administra relajantes y sedantes indicados. • Se ayuda en la toma de Rx tórax de control. 	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos significativos</p> <p>Recién nacido prematuro de 27 ss</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Taquipnea T° 35.9°C Cambio coloración cutánea</p>	<p>Real</p> <p>Termorregulación inefectiva R/C centro regulador de la temperatura inmaduro S/A prematuridad evidenciado por hipotermia, frialdad de la piel, respiración irregular</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El recién nacido evidenciará una termorregulación eficaz</p> <p>Objetivo específico</p> <p>El recién nacido mantendrá una temperatura corporal estable (T° 36.5 – 37°C) durante su estancia hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza higiene de manos • Se prepara incubadora para la admisión del neonato, con T° 32 y 34° y con humedad de 80% y monitorear la misma. • Se prepara mantas precalentadas y una gorra. • Se controla la T° corporal cada 30' hasta que se estabilice. • Se Controla la presión sanguínea, el pulso y la frecuencia cardiaca. • Se observa el color y la temperatura de la piel. • Se observa signos de hipotermia: irritabilidad, llanto letargo, apnea, hipoglicemia, aumento de la frecuencia respiratoria. • Se sigue el protocolo de manipulación mínima. • Se ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. • Se informa a la madre sobre el método Mamá canguro cuando ya sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido evidencia: T° corporal en rangos normales Axilar: 36.5 – 37.5°C Rectal 37 – 37.5°C • Recién nacido con piel y mucosas rosadas, libre de acrocianosis

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos significativos</p> <p>Recién nacido prematuro de 27 ss</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Taquipnea T° 35.9°C Cambio coloración cutánea</p>	<p>Real</p> <p>Termorregulación inefectiva R/C centro regulador de la temperatura inmaduro S/A prematuridad evidenciado por hipotermia, frialdad de la piel, respiración irregular</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El recién nacido evidenciará una termorregulación eficaz</p> <p>Objetivo específico</p> <p>El recién nacido mantendrá una temperatura corporal estable (T° 36.5 – 37°C) durante su estancia hospitalaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza higiene de manos • Se prepara incubadora para la admisión del neonato, con T° 32 y 34° y con humedad de 80% y monitorear la misma. • Se prepara mantas precalentadas y una gorra. • Se controla la T° corporal cada 30' hasta que se estabilice. • Se Controla la presión sanguínea, el pulso y la frecuencia cardiaca. • Se observa el color y la temperatura de la piel. • Se observa signos de hipotermia: irritabilidad, llanto letargo, apnea, hipoglicemia, aumento de la frecuencia respiratoria. • Se sigue el protocolo de manipulación mínima. 	<ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido evidencia: T° corporal en rangos normales Axilar: 36.5 – 37.5°C Rectal 37 – 37.5°C • Recién nacido con piel y mucosas rosadas, libre de acrocianosis

			<ul style="list-style-type: none">• Se ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.• Se informa a la madre sobre el método Mamá canguro cuando ya sea posible.	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos significativos</p> <p>Prematuro 27ss</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Leucocitos >32000</p> <p>Hipotermia</p> <p>Hipotónico</p>	<p>Real</p> <p>Protección inefectiva</p> <p>R/C sistema inmunológico inmaduro, perfil hematológico anormal evidenciado por leucocitosis, hipoactividad, taquipnea, necesidad de antibiótico.</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Neonato mantendrá estabilidad hemodinámica durante su hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza higiene de manos antes y después de tocar al paciente • Se pone en práctica precauciones universales • Se verifica el ambiente aséptico en inserción de líneas centrales • Se administra terapia de antibióticos. • Se cambia líneas, vías según protocolo establecido. • Se vigilará, signos vitales, FC, FR, PAM, SatO2, T°. • Se vigila el estado 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonato evidencia unos Leucocitos en 10000. • Neonato sin antibióticos. • Neonato con signos vitales estables.

			<p>neuroológico</p> <ul style="list-style-type: none">• Se observa signos y síntomas de infección sistémica• Se mantiene normas de asepsia.• Se valora resultados de laboratorio• Se brinda hidratación parenteral• Se realiza balance hídrico	
--	--	--	--	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos significativos</p> <p>Recién nacido prematuro</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Régimen NPO</p> <p>Glucosa 30mg%</p> <p>Recibiendo glucosa vía EV</p>	<p>Real</p> <p>Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c incapacidad de ingerir nutrientes debido a inmadurez</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Neonato mantendrá un patrón de alimentación eficaz y recibirá un aporte clórico proteico de acorde a sus necesidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza higiene de manos. • Se administra aportes de glucosa para prevenir daños de hipoglicemia • Se debe iniciar la alimentación enteral lo antes posible: iniciar con hisopados. • Se controla glucosa. • Se administra nutrición parenteral • Al iniciar vía oral, se vigila: perímetro abdominal, tolerancia oral verificando residuo gástrico. • Se verificara que reciba lactancia materna exclusiva. • Se pesa diario. • Se vigila la tendencia de pérdida o ganancia de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonato recibe la cantidad de nutrientes de acorde a su edad.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos significativos</p> <p>No valorable</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Taquicardia</p> <p>Facie de dolor, muecas</p> <p>Uso de TET, SOG</p>	<p>Real</p> <p>Dolor r/c intervenciones médicas y de enfermería, uso de agentes invasivos/ lesivos(TET, SOG, catéteres endovenosos y arteriales</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El recién nacido evidenciara disminución gradual del dolor y cierto grado de bienestar con periodos de sueños interrumpidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se observa claves no verbales de molestias. • Se identifica las fuentes de incomodidad (vendajes mojados, posición de sonda, pañal mojado, equipos que ejerzan presión, secreciones). • Se proporciona un ambiente limpio y seguro. • Se evita exposiciones innecesarias, exceso de calefacción o frío. • Se coloca al paciente de forma que facilite su comodidad. • Se evita exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes. • Se valora signos 	<ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido presenta funciones biológicas estables • Recién nacido con periodos de sueño ininterrumpidos (sueño profundo), comodidad y confort.

			<p>vitales FC, FR, PAM, T°. SatO2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se considera manejo no farmacológico: ayude a la succión no nutritiva (si fuera el caso), cambio de pañal. • Se utiliza protocolo de manipulación mínima. • Se protege de la luz • Se evita sobrestimulación. • Se valora manejo farmacológico; administrar de acuerdo a prescripción y mantenerlo monitorizado. 	
--	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos significativos</p> <p>Prematuro de 27ss</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Hipotermia</p> <p>Régimen de NPO</p>	<p>Riesgo</p> <p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C características fisiológicas del recién nacido prematuro</p>	<p>Objetivo general</p> <p>El recién nacido no presentara signos de déficit de volumen de líquidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza higiene de manos. • Se mantiene un aporte de líquidos y electrolitos de acorde a las necesidades del neonato. • Se administra hidratación endovenosa según requerimiento y prescripción médica. • Se valora turgencia de la piel, fontanela, variación de la mucosa, edemas. • Se realiza control de peso diario. • Se monitoriza signos vitales (FC, FR, T°; PAM, SatO2). • Se realiza balance hidroelectrolítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • El recién nacido presenta evidencia un flujo urinario de 1cc – 4cc Kg/hr. • El neonato recibe alimentación enteral

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos significativos</p> <p>Prematuro 27ss</p> <p>Hospitalizado en UCIN</p> <p>Datos objetivos</p> <p>Madre acude por unas horas</p>	<p>Bienestar</p> <p>Conocimientos deficientes R/C</p> <p>desconocimiento de la enfermedad de su recién nacido evidenciado por verbalización de la madre.</p>	<p>Objetivo general</p> <p>La madre tendrá conocimientos sobre la enfermedad , procedimientos y tratamiento de su bebé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se informa a la madre sobre las normas de la unidad. • Se explica a la madre sobre la enfermedad y su relación con el estado del bebé. • Se facilita a la madre permanecer la mayor parte del tiempo dentro de la unidad. • Se explica a la madre los procedimientos y tratamiento que se realizaran a su recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> • La madre se encuentra más tranquila luego de haber recibido los conocimientos adecuados respecto a la patología, procedimientos y tratamientos de su bebé.

CONCLUSIONES

- Al ejecutar las intervenciones planificadas se resolvieron los diagnósticos reales entre ellos los que comprometen la vía aérea, deterioro del intercambio gaseoso, patrón respiratorio ineficaz. Se logró estabilizar el intercambio gaseoso y mejorar el patrón respiratorio por medio de la oxigenoterapia con el método de ventilación mecánica, la monitorización de funciones vitales, y el uso de manera conjunta del surfactante. Se tuvieron como resultados: un FiO₂ de 25%, saturación de oxígeno 98%, frecuencia respiratoria 57 por minuto, frecuencia cardiaca 140 por minuto y buena coloración de la piel.
- La termorregulación otro diagnóstico real, se logró estabilizar la T° corporal con el uso de una incubadora óptima con humedad y sensor adecuado, como resultado una T° 37°C y una piel rosada sin cianosis.
- La intervención para mejorar el patrón de alimentación es el inicio de la infusión de glucosa dentro de la hora del nacimiento, ya que los depósitos de glucógeno son escasos, se agotan rápidamente y son su principal fuente de energía celular, con esto se logró mejorar la glucosa de 30mg% a 60mg% en nuestro prematuro y que se indique la alimentación enteral mínima.
- Nuestro diagnóstico real del dolor en el RNPT, se lograron identificar las causas de incomodidad, se usaron técnicas no farmacológicas. Entre estas últimas destacan la optimización del macroambiente y el control del microambiente (manipulación y posicionamiento), con signos vitales más estables, aumento de peso entre otros beneficios.
- Otro aspecto que se considero es el estado emocional de la madre, en particular vinculado a los escasos conocimientos relativos a las necesidades de su hijo prematuro. El desconocimiento y la dificultad de interactuar físicamente con el mismo generan pérdida de autoestima y sensación de poco control. Por tal motivo se logró educar e informar a la madre sobre la unidad y todo, lo que se realiza a su recién nacido para su comprensión y entendimiento del manejo de la unidad neonatal.

- El mantener un lenguaje sencillo y entendible permitirá a la enfermera continuar el vínculo, identificar dudas y preocupaciones para poder responder ante ellas, estas intervenciones educativas deben incluir a los padres en el cuidado del prematuro y conciben a la familia como unidad de cuidados.
- La supervivencia de los prematuros en edades gestacionales extremas pone a prueba nuestras capacidades y habilidades para el cuidado de estos niños y sus familias basados en la mejor evidencia científica disponible

RECOMENDACIONES

- Mantener actualizadas las guías de atención de enfermería.
- Actualizar los protocolos de atención y planes de cuidados para este tipo de pacientes.
- Aplicar los protocolos y planes de cuidado de enfermería de una manera continua para obtener resultados favorables
- Tener una política de cuidado centrado en la familia con ingreso permitido de los padres en cualquier momento del día.

BIBLIOGRAFIA

1. Caserta, M. (2017). *<http://www.msmanuals.com/es-pe/professional>*. Obtenido de <http://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>
2. *http://www.ome.es/media/docs/plan_cuidados_neonatologia_membrana*. (s.f.). Obtenido de http://www.ome.es/media/docs/plan_cuidados_neonatologia_membrana%20hialina.pdf
3. Omaña, A. G.-A. (2006). *http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1*. Obtenido de http://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_160-165.pdf
4. portales, m. (4 de octubre de 2016). *<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica>*. Obtenido de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermedad-membrana-hialina-emh-cuidados-enfermeria/>
5. Quiroga, A. (enero de 2014). *<http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/>*. Obtenido de <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>
6. Ramos, I. (2017). *<https://es.slideshare.net/isabelramost>*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/isabelramost/cuidados-de-enfermera-a-neonatos-con-patologias>
7. modelos y teorías de enfermería. [Online].; 2017. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_enfermer%C3%ADa.
8. Organización Panamericana de la Salud. AIEPIN e o n a t a l : Intervenciones Basadas en Evidencia. 2da ed. Washington, D.C: OPS; 2015.

9. González C, Fernández I. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. *ENE. Revista de*

Enfermería. Dic. 2012;6(3).

10. Fehlmann E, Tapia J, Fernández R., Bancalari A, Fabres J, D'Aprémont I, García-Zattera M, Grandif C, Ceriani Cernadas JM, y Grupo Colaborativo Neocosur. Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sudamericano. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(5):393-400.

11. Herreros, F. (2004). <http://www.saludinfantil.com>. Obtenido de <http://www.saludinfantil.com/pretermino.htm>

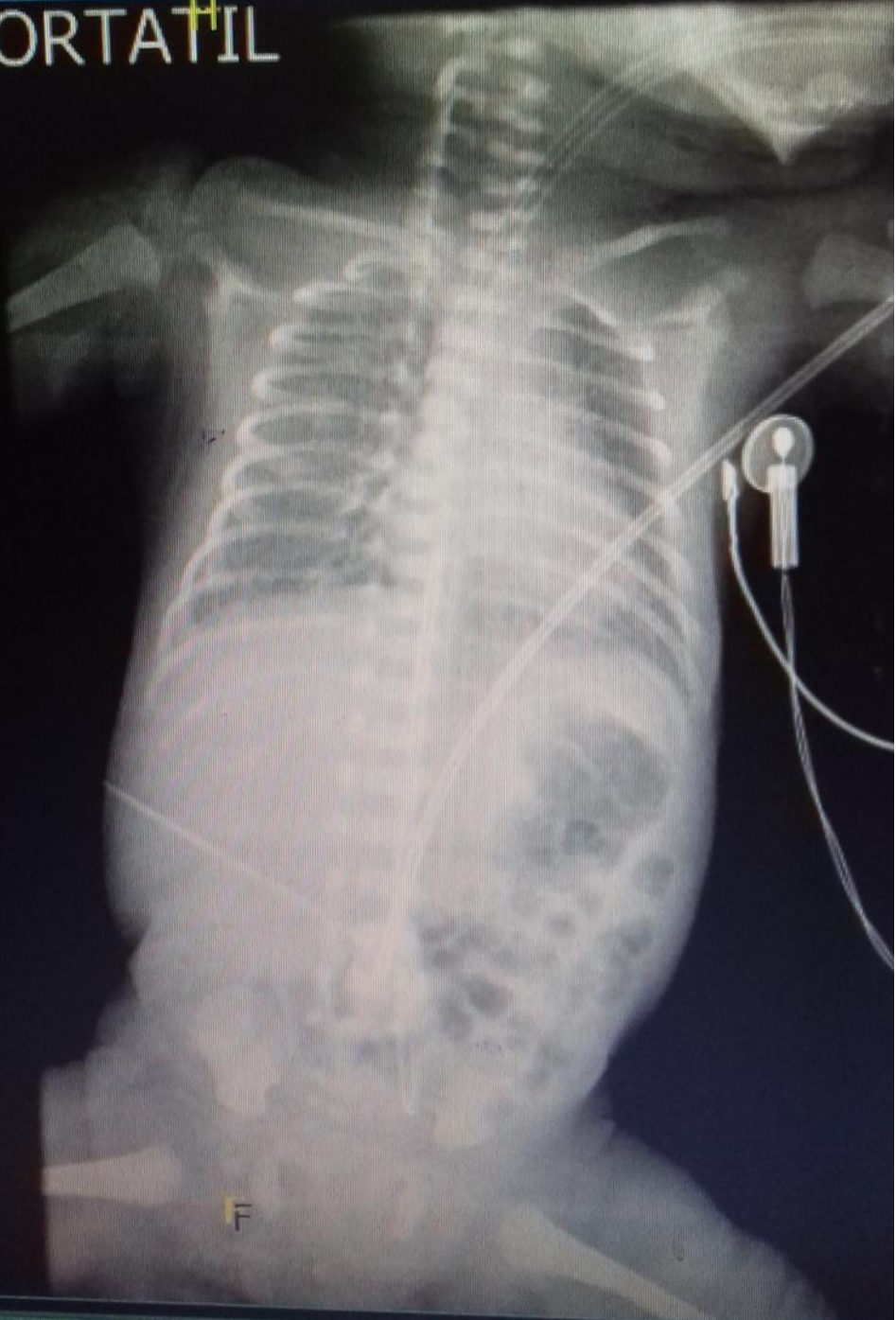
ANEXOS





PORTATIL

D



F

H

D
PORTAIL

