

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN UN RECIÉN NACIDO PREMATURO**  
**HOSPITAL “VICTOR RAMOS GUARDIA” HUARAZ -2017**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

**LIC. CARBAJAL VILLANUEVA, JACQUELINE SOLEDAD**

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN  
SALUD MATERNO INFANTIL CON MENCIÓN EN NEONATOLOGIA.

ASESORA:

MG. PILAR FAJARDO CANAVAL

Lima, Perú

2017

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi hermosa familia, en especial a mi esposo Hugo y a mis hijas Priscila y Melany, quienes se sacrificaron por mí, con el fin de lograr la meta propuesta.

Con mucho amor, Jacqueline.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por su amor, y por darme los padres luchadores que tengo, porque gracias a ellos logré ser profesional.

Agradezco a Dios por mis hermanos, porque sin ellos mi vida no sería igual.

Agradezco a Dios por mi esposo Hugo porque siempre me motiva a seguir creciendo y me da todo su apoyo para hacerlo.

Agradezco a Dios por mis hijas Priscila y Melany porque a pesar que les robé el tiempo que les correspondía, supieron entender, y hoy se sienten orgullosas de este logro.

Agradezco a mi asesora, Mg. Pilar Fajardo Canaval, por todo el apoyo que me ha dado en el asesoramiento de este trabajo.

Con sinceridad, Jacqueline.

## **INDICE**

	Página
<b>DEDICATORIA</b>	2
<b>AGRADECIMIENTO</b>	3
<b>RESUMEN</b>	5
<b>ABSTRACT</b>	6
<b>INTRODUCCION</b>	7
<b>CAPITULO I: MARCO TEORICO</b>	8
<b>CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PAE</b>	34
<b>CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	61

## RESUMEN

El siguiente Trabajo Académico sobre Cuidado de Enfermería en un Recién Nacido Prematuro, se desarrolló en el servicio de neonatología del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Con diagnóstico médico de Recién nacido pre término. Síndrome de Distres Respiratorio (SDR): Enfermedad de Membrana Hialina.

El proceso de Atención de Enfermería basada en evidencias (PAE- EBE) que se realiza en el recién nacido prematuro es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados al recién nacido y su familia, aplicando la información científica para priorizar los diagnósticos de enfermería y obtener un resultado favorable en el niño.

El desarrollo del proceso del cuidado de enfermería del caso clínico, se fundamentó en la Teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas.

Por lo mencionado, es de suma importancia la aplicación del proceso de enfermería basado en evidencias sea realizado por un personal altamente capacitado y con suficiente experiencia en los procedimientos, ya que nuestro objetivo es, disminuir las complicaciones que pueden presentarse en un recién nacido pre término y así contribuir a mejorar su expectativa y calidad de vida, además de su posterior integración a la dinámica familiar y asegurar a la familia un individuo sano que aportará en beneficio de la sociedad.

**Palabras clave:** Síndrome de dificultad respiratoria, pre término, madre adolescente, lactancia materna.

## **ABSTRACT**

The next academical research is about nursing care to premature newborns, it developed in the neonatology service of the Víctor Ramos Guardia Huaraz Hospital. With medical diagnosis of preterm newborn. Respiratory Distress Syndrome (RDS): Hyaline Membrane Disease.

The attention process of nurse is based on evidences (PAE- EBE) which it is performed in the premature newborn, it is a systematic and organized method to provide individualized care to the newborn and their family, applying scientific information to prioritize nursing diagnoses and obtain a favorable result in the child.

The development of the nursing care process of the clinical case was based on Virginia Henderson's Theory of the 14 basic needs.

As mentioned, it is important the implementation of the nursing care process which is based in the evidences that are performed by a highly trained staff with sufficient experience in the procedures, considering that our goal is to reduce the complications that may arise in a preterm newborn and, in this way, contribute to improve their expectation and quality of life, besides their subsequent integration into the dynamic if the family and ensure to the family a healthy individual who will contribute to the benefit of society.

**Key words:** Respiratory distress syndrome, preterm, teen mother, breastfeeding.

## INTRODUCCIÓN

Presento el siguiente caso clínico sobre Dificultad Respiratoria en un recién nacido Prematuro y su proceso de atención de enfermería que actualmente es el instrumento de trabajo de todos los profesionales de enfermería. Es un método sistematizado donde se planifica el cuidado individual del paciente según su patología, tratando de que la respuesta a sus necesidades reales y potenciales sea oportuna, eficaz, con sustento científico y basada en evidencias.

Es muy importante recordar que este proceso de atención de enfermería tiene que contener los requisitos antes mencionados, sin olvidar los principios éticos mencionados por Beauchamp y Childress, que son el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia.

En el Capítulo I se da a conocer el marco teórico del Síndrome de Dificultad Respiratoria en prematuros. En el Capítulo II se aplica el PAE – EBE en el caso del recién nacido, llegando a enunciar los diagnósticos de enfermería, el planteamiento de objetivos, ejecución de intervenciones de enfermería y la evaluación de los resultados. En el Capítulo III se aporta con las conclusiones y recomendaciones del caso.

## **CAPITULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1. SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

#### **GENERALIDADES**

De los 130 millones de recién nacidos que nacen cada año en el mundo, mueren 10.7 millones de niños menores a 5 años de edad. De ellos, 4 millones se encuentra en las primeras 4 semanas de vida y otros 3 millones nacen muertos. La muerte neonatal, generalmente resulta de complicaciones por prematuridad, asfixia, trauma durante el embarazo, infecciones, malformaciones graves y otras causas perinatales. La proporción que se atribuye a cada causa varía según el área de estudio; donde la mortalidad es menor, la prematuridad y las malformaciones juegan un papel muy importante y donde la mortalidad es mayor, la asfixia, tétanos e infecciones se presentan con mayor frecuencia. La mayoría de estas muertes ocurre en países no industrializados, frecuentemente por infección, prematuridad y asfixia perinatal.

(Villanueva et al.2015)

En el recién nacido pretérmino (RNP), el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), atribuible a déficit o ausencia de factor tensoactivo o surfactante pulmonar, es la principal causa de ingreso en las unidades de cuidado intensivo neonatal y su mortalidad es elevada. La incidencia y gravedad del SDR es inversamente proporcional a la edad de gestación, de acuerdo al reporte del Euro Neo Net de 2010, afecta a 57% de los RNPT entre 30 y 31 semanas de edad de gestación (SEG), 76% entre 28 y 29 SEG y 92% entre 24 y 25 SEG.3,4%. (Villanueva et al.2015)



## **MADRE ADOLESCENTE:**

El embarazo y la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de los (as) adolescentes así como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica. En sí la maternidad implica cambios en nuestra identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre. (Nava, 2009)

## **PREMATURIDAD**

La prematuridad se asocia con alrededor de un tercio de todas las muertes infantiles, y representa aproximadamente el 45 por ciento de los RN con parálisis cerebral infantil (PCI), el 35 por ciento de los RN con discapacidad visual, y el 25 por ciento de los RN con discapacidad cognitiva o auditiva. Las complicaciones de la prematuridad son las razones subyacentes de la mayor tasa de mortalidad infantil y la morbilidad en los RN prematuros en comparación con los RN nacidos a término. El riesgo de complicaciones aumenta a menor edad gestacional. Por lo tanto, los RN que son extremadamente prematuros, nacidos en o antes de las 26 semanas de gestación, tienen la tasa de mortalidad más alta (mayor al 50 por ciento) y, si sobreviven, están en mayor riesgo de deterioro grave. El RN prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días) no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN (TTR), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hipertensión pulmonar persistente (HPP), insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

El RN prematuro precisa por su condición, de cuidados especializados que involucran procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares,

intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.), que lo hacen más propenso a infecciones intrahospitalarias cuya gravedad depende principalmente del agente etiológico y de la edad gestacional del RN prematuro (a menor edad gestacional menor respuesta inmune).

Estudios de seguimiento del desarrollo de los RN prematuros han encontrado que las alteraciones del sistema nervioso central son las más frecuentes e incluyen alteraciones del lenguaje y del neurodesarrollo, por lo que en los últimos años la atención médica del RN prematuro se basa en mejorar su nutrición y estimular su neurodesarrollo.

Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto tienen mayor riesgo de morbi – mortalidad. Por tanto su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales.

Los recién nacidos sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen ,mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda (prolactina, leptina, noradrenalina, triyodotironina y cortisol).

La función pulmonar del prematuro, está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar.

El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los recién nacido prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo.

Los prematuros tienen cerebro más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo

el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros en presentar retraso en el desarrollo.

El dolor en el neonato es una respuesta conductual de estrés, la cual puede estar acompañada de una respuesta fisiológica. (Guía de Referencia Rápida, México 2013)

RN prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación.

Se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la O.M.S. Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días) Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días) Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días) Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días).

La calidad de atención al nacimiento y durante el primer mes de vida influye en toda la vida de los RN prematuros. (Guía de Práctica Clínica, 2014)

## **INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

Casi el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal.

Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.

En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto.

Hasta dos tercios de fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida.

Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. (OMS. 2016)

Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen prematurez, 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. (Quiroga, A.2013)

## **PRINCIPIOS BÁSICOS DE FISIOLÓGÍA**

### **a) Control de la respiración:**

Para poder mantener un adecuado control de la ventilación contamos con mecanismos reguladores a través de las concentraciones en sangre de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub>, así como los pH de la sangre, a través de quimiorreceptores a nivel central y carotideo, sensores que estimulan el centro de respiración y pueden

aumentar o disminuir la frecuencia de la respiración. Estos sensores son agotables y después de un tiempo de estimulación dejan de ser útiles en este control. Esto es, la hipoxemia puede aumentar la frecuencia de la respiración; sin embargo, después de agotados estos receptores ya no producirán el efecto deseado y el niño puede hacer incluso apneas, que son un problema frecuente en Neonatología, están provocadas por falta de estimulación central y o coordinación de la musculatura de la faringe, relacionado con el sueño activo en el que son más frecuentes.

Como consecuencia de las apneas, en ocasiones se utilizan mayores concentraciones de oxígeno en estos niños, lo que en vez de mejorar puede ser que la hiperoxia por sí misma inhiba al centro respiratorio.

Otros mecanismos reguladores se dan a través de la coordinación de los músculos de faringe, intercostales, diafragma, ya que a través de mecano receptores se logra control de la profundidad de los movimientos respiratorios. (Villanueva et al.2015)

b) **Oxigenación:**

Dentro del alveolo el aire va a difundir siempre en contra de un gradiente de presión, encontrándose el oxígeno alveolar en mayor cantidad permite el paso a los vasos capilares, barrera que está constituida por dos capas celulares, las del alveolo, que son neumocitos tipo 1 y las de los capilares o células endoteliales, entre ellas un estroma delgado con líquido que es similar al del plasma. En ocasiones puede haber anomalías en alguna de estas capas, lo que produce alteraciones de la difusión. Tal es el caso de que exista un contenido en la luz alveolar, con sangre, secreciones purulentas, meconio o trasudado, lo que causará problema de ventilación con retención de CO<sub>2</sub> y deficiente cantidad de oxígeno en sangre. En los casos de que aumente el grosor del espacio intersticial, como en casos de inflamación, el problema será básicamente de hipoxemia.

En el vaso capilar es necesario que los eritrocitos se encuentren en número suficiente con una concentración de hemoglobina normal y que esta sea capaz de unirse al oxígeno. (Villanueva et al.2015)

## **DEFINICIÓN**

Se define como SDR al cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria progresiva en el RNP secundaria a deficiencia de factor tensoactivo pulmonar en ausencia de una malformación congénita que en su curso natural puede iniciar tan pronto como al nacer o pocas horas después del mismo y evolucionar en gravedad en los dos primeros días de vida extrauterina, el cual, si no recibe tratamiento adecuado, puede llevar a hipoxia progresiva e insuficiencia respiratoria grave y contribuir con una significativa proporción de la morbilidad y mortalidad inmediata y a largo plazo. Por tal motivo, varias intervenciones han sido y son utilizadas para estimular la maduración pulmonar fetal y de esta manera reducir el riesgo de SDR en el RNP. (Villanueva et al.2015)

El Síndrome de Dificultad Respiratoria 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. (Quiroga, A.2013)

## **CUADRO CLÍNICO**

La dificultad respiratoria, se presenta al nacer o dentro de las primeras 4 a 6 horas de vida extrauterina, con la presencia de incremento de la frecuencia respiratoria, para tratar de compensar la disminución en volumen corriente, aleteo nasal por disminución de la resistencia de las vías aéreas superiores,

quejido espiratorio como intento de producir una presión positiva al final de la espiración al exhalar contra una glotis cerrada, retracciones porque el RN utiliza los músculos accesorios de la respiración para ayudar a superar el aumento de la presión requerida y tratar de proporcionar un adecuado volumen pulmonar y, cianosis secundaria a la alteración en oxigenación en la cual hay más de 5 g/dL de hemoglobina desoxigenada. Se auscultan ruidos respiratorios disminuidos en ambos hemitórax. Con frecuencia hay alteraciones hemodinámicas (llenado capilar prolongado e hipotensión arterial). La gravedad es mayor cuando se asocia con asfixia, hipotermia y acidosis. Villanueva et al.2015)

## DIAGNÓSTICO

### Prenatal

**Laboratorio:** La amniocentesis permite la evaluación de la madurez pulmonar a través de pruebas como la de relación lecitina/esfingomielina (L/E) en líquido amniótico.

Sí la relación L/E es 2:1 existe un riesgo bajo, si es menor de 1:1, el riesgo de presentar SDR es alto.

Gasometría. La presencia de un pulmón con vías áreas relativamente bien perfundidas pero mal ventiladas resulta en una alteración de la V/P con hipoxemia e hipercarbia, acompañados de acidosis respiratoria y metabólica.

**Radiografía de tórax:** Radio opacidad acentuada, que es menos aparente cuando el paciente se encuentra con apoyo ventilatorio, la presencia de infiltrado fino granular que ocasiona las imágenes características de *vidrio esmerilado* que es el resultado de la visualización de bronquiolos terminales distendidos y conductos alveolares secundarios a atelectasias alveolares generalizadas y la presencia de broncograma aéreo que se extiende hasta las porciones distales del pulmón.<sup>10</sup> El SDR se clasifica en 4 grados radiológicos:  
**GRADO I:** Infiltrado retículo granular fino y homogéneo como *vidrio esmerilado*.

**GRADO II:** Similar al anterior, pero más denso y con broncograma aéreo más visible

**GRADO III:** Opacificación alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.

**GRADO IV:** *pulmón blanco*. Ausencia casi total del aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardiaca. (Villanueva et al.2015)

## **TRATAMIENTO**

A pesar de los avances actuales en el tratamiento perinatal del SDR, todavía existen controversias en el mismo.

Su tratamiento está centrado en la estabilización de sus funciones vitales.

**Esteroides prenatales:** Actualmente, la intervención más investigada para inducir madurez pulmonar fetal es la ministración de esteroides prenatal (EP) a la madre. Posterior al primer estudio aleatorizado que Liggins reportó en 1972, el uso de EP se ha convertido en una de las intervenciones más empleadas en Medicina Perinatal, con reconocidos beneficios.

### **Estabilización y manejo general:**

Al nacimiento, el tratamiento de estos RN es complejo y requiere de un grupo multidisciplinario para obtener los mejores resultados. La aplicación de cuidado básico neonatal; termorregulación, hídrico y nutrición, apoyo cardiovascular, hemodinámico, tratamiento temprano de infección, prevención de infección nosocomial y manipulación mínima.

Estabilización inicial con CPAP.

El manejo con surfactante ha revolucionado el cuidado respiratorio neonatal. Ya sea que se administre profilácticamente o como terapia de rescate el surfactante exógeno, ha demostrado disminuir la mortalidad en 40 a 50%.



Existen surfactantes naturales y sintéticos. Su uso puede ser profiláctico y de rescate.

El uso profiláctico en neonatos de 30 a 32 semanas de gestación ha disminuido el riesgo de neumotórax, enfisema intersticial pulmonar y mortalidad. Si la intubación endotraqueal y la administración de surfactante se retrasa hasta que se presenta signos tempranos de SDR, el RNP podría no recibir mayor ventilación de la necesaria durante su estabilización inicial y los RN sin SDR podrían no ser tratados con surfactante.

### **Apoyo respiratorio:**

Se debe conservar una adecuada presión arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) entre 6.66 a 10.66 k Pa (50 a 80 mm Hg) y presión de saturación de oxígeno (pSO<sub>2</sub>) entre 88 a 95%, así como disminuir el trabajo respiratorio y cardiaco. La atención de preferencia debe realizarse en centros hospitalarios donde se pueda atender de forma adecuada al binomio (madre-hijo). El tratamiento con apoyo respiratorio dependerá de la gravedad del SDR. (Villanueva et al.2015)

### **Oxigenoterapia:**

Método que brinda una atmósfera enriquecida de oxígeno a un RN que respira espontáneamente y que cursa con dificultad respiratoria leve.

### **Campana cefálica:**

Cubre toda la cabeza, necesita grandes flujos de oxígeno para lograr adecuada concentración de O<sub>2</sub> y evitar acumulo de CO<sub>2</sub>. La toxicidad por CO<sub>2</sub>, puede presentarse con flujos bajos secundario a enroscamiento o la desconexión de la tubería de oxígeno o sellado inapropiado de la campana alrededor del cuello del RN. Se necesita un flujo del gas de 2 a 3 l/kg/min para evitar recirculación del CO<sub>2</sub>. La concentración de O<sub>2</sub> debe medirse con un analizador de O<sub>2</sub> cerca de la boca del RN. Con este método no hay el riesgo de obstrucción de vías aéreas ni distensión abdominal.

La cánula nasal o puntas nasales de cerca de 1 cm de largo aportan O<sub>2</sub> suplementario a bajo flujo (< 0.5 L/ min), se coloca en las fosas nasales, si se usa a > 2 L/ min, puede producir PEEP lo cual puede aumentar la PaO<sub>2</sub>. El O<sub>2</sub> libre cerca de la nariz, se utiliza poco, o por cortos periodos.

**Presión positiva continua de vías aéreas:**

(CPAP por sus siglas en inglés, *Continuous Positive Airway Pressure*). Se indica si existe respiración espontánea, su efecto es mantener una presión positiva por arriba de la presión atmosférica y un flujo de gas constante durante la inspiración y la espiración.

Incrementa la capacidad funcional residual y mejora la distensibilidad pulmonar y la oxigenación al disminuir la alteración V/Q. La CPAP, disminuye el trabajo respiratorio y estimula los receptores pulmonares que activan el centro respiratorio. Se ha reportado que el uso de CPAP en el SDR disminuye el tiempo de apoyo con ventilación asistida y la mortalidad, previene la falla en la extubación del RN pretérmino y se ha asociado con neumotórax.

**Ventilación mecánica convencional (VMC):** Mantener el intercambio gaseoso hasta que el esfuerzo respiratorio del RN sea adecuado. Los ventiladores más utilizados para VMC neonatal son generadores de flujo continuo, ciclados por tiempo y limitado por presión. Su uso, requiere de conocer los índices de ventilación pulmonar, así como las interacciones entre ellos y los cambios que producen en la fisiología pulmonar:

El uso de ventilación alta frecuencia podría ser necesario cuando existe hipoxemia persistente por falta de reclutamiento pulmonar adecuado con VMC. (Villanueva et al.2015).

## **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 mejor estrategia, en beneficio del RN, es prevenir el parto prematuro con un control prenatal adecuado (5 controles durante el embarazo, OMS), ya que la mayor incidencia de la EMH, se observa a menor edad gestacional. (Guía de Práctica Clínica, 2015)

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 costo efectiva 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.

El corticoide prenatal reduce el riesgo de dificultad para respirar, cuyo mayor beneficio se observa cuando el intervalo de tiempo entre el tratamiento y el parto se da entre las 48 horas y los 7 días.

Se recomienda administrar corticoide prenatal en caso de amenaza de parto prematuro entre las 26 y 34 semanas, por dos días para promover la maduración pulmonar fetal y disminuir la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad de EMH , algunas complicaciones y secuelas, como la hemorragia intraventricular.

Los corticoides no tienen efecto sobre la incidencia de enfermedad pulmonar crónica, pero sí sobre la hemorragia intraventricular.

Se recomienda el uso de Betametasona más que el de la Dexametasona, pero ambas son opciones viables. La Betametasona IM administrada en dos dosis de 12 mg cada 24 horas por dos días o la Dexametasona administrada en 4 dosis de 6 mg IM con un intervalo de 12 horas entre dosis por dos días. (Guía de Práctica Clínica, 2015)

## **1.2. TEORÍAS DE ENFERMERÍA:**

### **MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:**

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

**Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimiento.

7º.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8º.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9º.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)

**Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

**Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

**Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

### **1.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

#### **ACCIONES DE ENFERMERÍA EN EL RN CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

- Mantener vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al recién nacido en posición decúbito prono con el cuello discretamente hiperextendido para abrir la epiglotis y mejorar el intercambio de gases.
- Colocar al recién nacido en una fuente de calor, para garantizar un control térmico adecuado, la hipotermia agrava la dificultad respiratoria.
- Administrar oxígeno húmedo y tibio, para evitar la resequedad en la mucosa y la hipotermia endógena.
- Mantener al recién nacido con buena oxigenación en incubadora, si no mejora colocarlo en campana de oxígeno.
- Medir e interpretar los signos vitales, enfatizando en la frecuencia respiratoria y en la temperatura.
- Valorar la ventilación mecánica acorde con los parámetros clínicos y hemogasométrico.
- Brindar alimentación de forma adecuada, si presenta polipnea se recomienda alimentar por el método gavage, si el distrés respiratorio es grave suspender la vía oral.

- Evitar y corregir las alteraciones metabólicas, se recomienda realizar exámenes complementarios seriados.
- Cardiomonitorizar al paciente, para monitorizar constantemente los parámetros vitales.
- Chequear la oximetría de pulso del recién nacido constantemente, mediante el saturómetro, para detectar a tiempo los signos y síntomas de complicación. (Quiroga, A.2013)

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 prematurez.

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.

#### **a) Cuidados respiratorios**

Se recomienda administrar oxígeno mezclado y monitorizado con FiO<sub>2</sub> conocida, teniendo en cuenta la saturación del paciente en un oxímetro de pulso. Se comienza la reanimación con una concentración menor al 50% y se aumenta si el paciente no responde luego de 90 segundos a la efectiva ventilación con bolsa y máscara. (Quiroga, A.2013)

La saturación normal durante el periodo de transición, inmediatamente luego del nacimiento en RNPT, puede ser entre 40 y 60%, alcanzando 50-80% a los cinco minutos y 85% recién a los 10 minutos de vida. Los efectos tóxicos del



oxígeno en esta población tan vulnerable deben ser prevenidos desde su estabilización al nacer. (Quiroga, A.2013)

### **Procedimientos para la estabilización**

Se decidirá la modalidad terapéutica de administración de oxígeno, dependiendo de la condición clínica y si respira o no espontáneamente. Si el esfuerzo respiratorio es adecuado, se puede iniciar con CPAP con pieza nasal con un PEEP (presión positiva al final de la espiración) de entre 5-6 cm H<sub>2</sub>O. En caso de no tener respiración espontánea, la indicación será colocar un tubo endotraqueal y administrar presión positiva para el reclutamiento alveolar. En la sala de partos, es prioridad la fijación de la pieza nasal en caso de utilizar CPAP, o asegurar la fijación del TET en su correcta posición.

Evitar las pérdidas de calor utilizando bolsas plásticas apenas nace, sin secar en menores de 28 semanas, y mantener la misma hasta que se comprueba la temperatura, una vez ingresado a la UCIN. Realizar los procedimientos bajo fuente de calor radiante y controlando la temperatura ambiental. (Quiroga, A.2013)

### **Administración de oxígeno en la internación**

En cualquiera de las modalidades ventilatorias indicadas para los recién nacidos prematuros con SDR, el cuidado de enfermería deberá tener como objetivo prioritario:

- Estar familiarizado con la fisiopatología de la enfermedad.
- Iniciar intervenciones según indicación.
- Reconocer los signos y síntomas del SDR.
- Conocer las complicaciones de la ventilación mecánica.
- Reconocer la importancia del destete de parámetros del respirador y del oxígeno.
- Prevenir y minimizar las atelectasias.

- Monitorizar la FiO<sub>2</sub> administrada.
- Mantener los niveles de oximetría de pulso dentro de los rangos recomendados.
- Minimizar los efectos tóxicos del oxígeno, el barotrauma y volutrauma.
- Mantener posición y permeabilidad de la vía aérea.
- Utilizar los cuidados recomendados para una correcta aspiración de la vía aérea.

Realizar cuidados para la prevención de los riesgos de la hiperoxia como son: Retinopatía del prematuro (ROP) y Displasia Bronco Pulmonar (DBP), y de la hipoxia (daño cerebral). (Quiroga, A.2013)

### **Administración de surfactante**

La administración de surfactante ha constituido un avance muy importante en el manejo de los recién nacidos prematuros con EMH, disminuyendo su mortalidad en un 50%.

### **Técnica de la administración del surfactante exógeno**

- Cerciorarse que la punta del tubo endotraqueal se encuentre por encima de la carina.
- Introducir sonda con calibre adecuado, pero que no sobrepase el tubo endotraqueal.
- Instilar el surfactante a través de la sonda en 3 dosis.
- Administrar 1/3 de la dosis total en cada posición lentamente, decúbito supino, lateral derecho y lateral izquierdo, siempre con el cuerpo horizontal.
- Ventilar con presión inspiratoria de 2 cm H<sub>2</sub>O mayor que la que tenía previamente después de cada instilación, hasta que desaparezca el chapoteo producido por la presencia de líquidos en las vías aéreas.

- Aumentar presión inspiratoria a 3 cm H<sub>2</sub>O, si durante la instilación aparece cianosis hasta que esta desaparezca.
- Prefijar nuevamente la presión inspiratoria que tenía antes de la instilación, luego de terminar el suministro del producto.
- Evitar realizar aspiraciones bronquiales hasta después de una hora de haber administrado el surfactante.
- Realizar gasometría y radiología de tórax antes y después de los 15 min de la administración del surfactante.

#### **b) Cuidado hemodinámico**

- Valorar el estado hemodinámico del paciente, mediante la correcta monitorización de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la perfusión periférica.
- Extremar los cuidados de enfermería en la expansión de volumen y/o administración de drogas vaso activas. Registrar todo volumen de sangre extraído para muestras de laboratorio.
- Evaluar la aparición de una de las complicaciones cardíacas más comunes en los RNPT: el ductus arterioso permeable (DAP), cuya incidencia es inversamente proporcional a la EG. Los signos y síntomas del DAP son aumento de la necesidad de oxígeno, presión de pulso amplia, pulsos periféricos saltones, precordio activo, taquicardia con y sin galope, y presencia de soplo. (Quiroga, A.2013)

#### **c) Cuidado en la termorregulación**

- Mantener al recién nacido con SDR en ambiente térmico neutro implementando todos los cuidados necesarios para prevenir hipo o hipertermia.

- Recordar que ambas situaciones, aumentan el consumo de oxígeno y la dificultad respiratoria.
- Aplicar humedad ambiental en la incubadora según normativa del servicio para control de la termorregulación (Quiroga, A.2013)

#### **d) Cuidado nutricional**

- Implementar las acciones necesarias para que el tiempo de inicio de la infusión de glucosa sea dentro de la hora de nacimiento, ya que los depósitos de glucógeno son escasos en los RNPT, se agotan rápidamente y son la fuente de energía celular, fundamental para el metabolismo cerebral (valor normal de glucemia entre 45 y 130 mg/dl).
- Iniciar balance horario estricto de ingresos y egresos desde el ingreso a la UCIN.
- Programar con anticipación la colocación de accesos venosos centrales por punción periférica una vez retirado el catéter venoso umbilical.
- Realizar el cuidado de los catéteres umbilicales arterial y venoso, fijación, prevención de infecciones, compatibilidad de soluciones a infundir, cuidado para las extracciones y medición de la tensión arterial invasiva.
- Contemplar todos los cuidados de la administración de nutrición parenteral total para evitar riesgos y detectar precozmente las complicaciones.
- Iniciar educación precoz a la madre para extracción de leche materna, para tener disponible apenas se indique la alimentación enteral mínima. (Quiroga, A.2013)

### **e) Cuidados para el neurodesarrollo, prevención y tratamiento del estrés y el dolor**

Es imposible en la actualidad, entender el cuidado de un RNPT sin el marco que ofrece el cuidado para el neurodesarrollo, filosofía de cuidado que se basa en la observación de la conducta del recién nacido por parte de enfermería. Esta valoración permite diagnosticar estrés o desorganización. Todas las acciones de enfermería deben estar orientadas al logro de organización. De esta manera el RN tiene menor gasto de energía, signos vitales más estables y mejor ganancia de peso entre otros beneficios.

Este estado de organización impacta directamente en la evolución de la enfermedad, ya que un RN estresado aumentará el consumo de oxígeno y empeorará su condición respiratoria.

Los cuidados de enfermería orientados al neurodesarrollo se basan en:

- Valorar la conducta del RN desde el nacimiento mediante signos fisiológicos y de la conducta para diagnosticar estrés.
- Implementar medidas de confort, anidamiento y disminución de estímulos ambientales para lograr una conducta organizada el mayor tiempo posible.
- Disminuir los estímulos dolorosos innecesarios y brindar tratamiento farmacológico y no farmacológico en los procedimientos.
- Brindar cuidado centrado en la familia y alentar la presencia de los padres el mayor tiempo posible.
- Ofrecer cuidado piel a piel apenas sea posible por la condición clínica del paciente. Se puede implementar en pacientes en asistencia respiratoria mecánica, favorece la termorregulación y promueve la organización de la conducta. (Quiroga, A.2013)

## **f) Cuidado infectológico**

Los RNPT tienen riesgo aumentado de infección, por no haber recibido el pasaje de inmunoglobulinas a través de la placenta en el último trimestre del embarazo, además de no poder recibir alimentación enteral con leche materna y la protección que esta brinda.

La respuesta de su sistema inmunológico a la infección es inmadura como el resto de los sistemas y además debe permanecer en el ámbito de la UCIN, con procedimientos invasivos, y el riesgo que esto significa.

El cuidado infectológico abarca todos los cuidados, ya que cada acción realizada desde lavarse las manos para acceder al paciente hasta el cuidado de las vías centrales, deben tener como objetivo evitar que el paciente se infecte.

Las medidas de prevención principales son:

- Estricto lavado de manos antes y después de cada contacto y/o procedimiento.
- Mantener la integridad de la piel.
- Técnica estéril para todos los procedimientos invasivos.
- Técnica estéril para aspiración de secreciones especialmente con circuito abierto de aspiración.
- Mantener esterilidad de la humidificación de los gases de ARM.
- Realizar cambio de circuitos de respirador estériles según normativa de la unidad.
- Cuidado de los catéteres umbilicales arterial y venoso.
- Mantener la esterilidad en la aplicación de humedad durante el tiempo que se administre según protocolo de la unidad.
- Mantener la unidad del paciente con todos lo necesario para la atención (no compartir ningún elemento con otro paciente; en caso de hacerlo limpiar antes y después de utilizado).

- Espacio físico adecuado (propio del paciente y entre su unidad y la de otra incubadora).
- Mantener una adecuada relación enfermero/paciente para la atención de estos prematuros, jerarquizando la asignación de los mismos al profesional con mayor experiencia.
- Estricta técnica estéril en el fraccionamiento de leche humana o fórmula y preparación de medicación y soluciones parenterales. (Quiroga, A.2013)

#### **g) Cuidado centrado en la familia**

Los padres de los RNPT sufren un gran estrés emocional, no solo porque no estaban preparados para este nacimiento anticipado, sino por tener además un hijo enfermo con dificultad respiratoria y las complicaciones asociadas a la prematurez.

Sumado la sensación de culpa por lo que le sucede a su hijo, pueden presentar dificultades para adaptarse al ambiente de la UCIN y ansiedad sobre el pronóstico de su hijo.

Es necesario en todos los casos:

- Tener una política de cuidado centrado en la familia con ingreso irrestricto de los padres en cualquier momento del día.
- Brindar comodidades para que puedan permanecer a lado de su hijo: sillas confortables, dos por unidad.
- Fomentar el cuidado piel a piel.
- Mantenerlos informados, alentarlos a expresar sus dudas y preocupaciones.
- Involucrarlos tempranamente en el cuidado de su hijo con tareas sencillas que pueden realizar como cambiar pañales, controlar temperatura, acariciarlo. (Quiroga, A.2013)

#### 1.4. ESTUDIOS RELACIONADOS:

1. 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 Edad Gestacional 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.
2. Según la publicación de **Gonzales y Omaña, España 2006**, la incidencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria aumenta inversamente respecto a la edad de gestación de manera que afecta al 60% de los menores de 28 semanas de edad gestacional y a menos del 5% de los mayores de 34 semanas de EG.
3. Según la **OMS en el 2016**, estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando.  
Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, entre ellas la dificultad respiratoria, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.  
Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas.  
En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.



4. En la experiencia de **Mata-Méndez, Salazar-Barajas, &Herrera-Pérez, México 2009**, La prematurez continúa siendo un factor importante de morbilidad y mortalidad neonatal en el mundo. En Estados Unidos se presenta en cerca del 11 % de los embarazos, es responsable del 70 % de las muertes neonatales y del 50 % de las discapacidades neurológicas.
  
5. **Salazar, P.**, en su tesis “factores perinatales que influyen en el desarrollo de trastornos respiratorios en niños ingresados a la sala de neonatología del hospital provincial docente Ambato en el período julio – diciembre 2014”, **Ecuador 2015**, concluye que:
  - Los trastornos respiratorios del recién nacido, son la mayor causa de ingresos al servicio de Neonatología y que el bajo peso al nacer influye directamente para el desarrollo de la enfermedad de membrana hialina.

## CAPITULO II

### APLICACIÓN DEL PAE – EBE

#### 2.1. VALORACIÓN:

##### Datos de filiación:

Nombres:	RN A. C.
Sexo:	Masculino
Edad:	10 horas
Historia Clínica:	411200
Fecha de Nacimiento:	28 de Marzo del 2017
Fecha de Ingreso:	28 de Marzo del 2017
Hora de Nacimiento:	00:18 horas
Hora de ingreso:	00:30 horas
Talla:	35cm
Peso al nacer:	1000gr
P.C.	24.5cm
P.T.	21.7cm
T°:	36°C
Apgar:	3' – 75'
Edad Gestacional:	30 semanas por FUR 32 semanas por Capurro- PEG
Lugar de procedencia:	Jr. Hermenegildo S/N- Independencia – Huaraz
Motivo de Hospitalización:	RNPT con Dificultad respiratoria

Informante: Madre.

**Datos de la madre y antecedentes familiares:**

- **Datos de la historia clínica:**

Nombres y Apellidos:	E.C.M.
Edad:	19 años
Estado Civil:	Conviviente
Grado de instrucción:	Secundaria Completa
Idioma:	Castellano – Quechua
Número de hijos:	01
Grupo sanguíneo:	No hay datos en
Controles prenatales:	04 controles, realizados en el C.S. Nicrupampa
Enfermedades:	Infección Urinaria actual
Inicio de tratamiento:	28.03.2017
Tipo de parto:	Parto vaginal.

**Antecedentes:**

RNPT de 32 semanas por Capurro, nace sin esfuerzo respiratorio y bradicardia (70 x'), recibe VPP, y presenta esfuerzo respiratorio débil. Con Apgar al nacer de 3 al minuto y 7 a los cinco minutos.

Ingresa a Neonatología presentando dificultad respiratoria severa, con un puntaje de Silverman Anderson de 8 puntos, piel cianótica, se le instala en incubadora a temperatura neutra y se coloca CPAP artesanal nasal a 4 litros

de Oxígeno y 4 cm de presión de agua; hipoactivo, con piel fría y pálida, con abdomen blando y depresible, se le inicia infusión endovenosa y se coloca SOG a gravedad.

**Exámenes auxiliares:**

**HEMOGRAMA:**

- Hemoglobina : 13,50 g/dl
- Hematocrito : 41%
- Glucosa : 60mg/dl
- Grupo Sanguíneo : A
- Factor : Rh (+)
- Plaquetas : 220,000/mm<sup>3</sup>
- Leucocitos : 10,600
- Abastionados : 04
- Monocitos : 0
- Segmentados : 50
- Eosinofilos : 0
- Bastones : 0
- Mononucleosidos : 12
- Linfocitos : 34
- Normoblasto : 25%

**RADIOGRAFIA DE TORAX** : Se evidencia, Enfermedad de membrana Hialina o Síndrome de Distres respiratorio.

**Diagnóstico Médico de Ingreso:**

- RNPT de 32 semanas por Capurro.
- PEG
- Muy bajo peso al nacer

- Síndrome de Distres Respiratorio (SDR): Enfermedad de Membrana Hialina.
- Sepsis probable por prematuridad, bajo peso e ITU materno.
- Riesgo de trastorno Metabólico.

**Tratamiento:**

- Incubadora a temperatura neutra
- NPO + SOG a gravedad
- CPAP artesanal nasal: 4cm de Agua y 4Litros de Oxígeno.
- Dextrosa al 8.5% 98cc + Gluconato de Calcio 2cc, Volumen total: 70cc en 24 horas.
- Ranitidina 0,5 mg EV cada 12 horas
- Ampicilina 50 mg EV cada 12 horas
- Gentamicina 4,5 mg EV cada 36 horas
- Aminofilina 5 mg VEV Stat, luego 1,5 mg VEVcada 12 horas.
- HGT cada 8 horas
- Balance Hídrico Estricto
- Control de Funciones Vitales
- Control de saturación de Oxígeno.
- Hemograma completo, Hemoglobina y Hematocrito, Grupo sanguíneo y Rh, Recuento de Plaquetas, Glicemia, y Radiografía de Tórax.
- Evaluación por médico de Guardia si lo requiere.

**SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:**

Recién nacido pre término de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional (PEG) de sexo masculino, de 10 horas de vida, que se encuentra en incubadora, con actividad moderada, con piel tibia, temperatura actual de 36.7°C, regulación de temperatura variable, mucosas húmedas, algo pálido y con acrocianosis, con dificultad respiratoria, FR: 64 a 76 por minuto; ventilando

con aporte de oxígeno por CPAP artesanal a 4Lt de oxígeno y 3cm de presión de agua, con Saturación de oxígeno en 95% con oxígeno, sin oxígeno, saturación baja por debajo de 70%, presenta puntaje Silverman Anderson de 6 puntos: Tiraje Subcostal (2) Retracción Xifoidea (2) Disbalance Tóraco Abdominal (2) Aleteo Nasal (0) Quejido Espiratorio (0); con Sonda Orogástrica a gravedad, en NPO, onfaloclisia permeable, con infusión intravenosa de dextrosa al 8.5%, Volumen total de 70 cc en 24 horas, pasando 2,9 cc por hora, pesando actualmente 960 gr.

Hijo de madre adolescente con ITU, se observa ropa sucia y uñas largas y refiere “no sé cómo cuidar a mi niño, tengo miedo porque es muy chiquito”

### **Examen Físico:**

- **Cabeza:** Fontanelas Normotensas, suturas normales, ojos simétricos, nariz alineada, fosas nasales permeables, con presencia de conexiones de oxígeno, mucosas orales húmedas, con secreción en boca por efectos de la administración de Oxígeno por CPAP, lengua con movimientos normales, cuello corto, clavículas en buen estado, orejas no tan definidas.
- **Ojos:** Apertura espontánea, pupilas isocóricas, fotoreactivas.
- **Reflejo nauseoso:** normal.
- **Fosas nasales:** permeables.
- **Paladar:** sin alteraciones.
- **Sistema Respiratorio:** Neonato con dificultad respiratoria moderada, FR: 70 por minuto, puntaje SA=6 p, TSC (2) RX (2) DTA (2) AN (0) QE (0), con CPAP artesanal a 4 litros de Oxígeno y 3cm de Presión de agua.
- **Sistema cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, no soplos, no hay edema, pulso braquial presente, pulso femoral presente,

pulso radial presente, pulso pedial presente. FC: 151x'. Grupo: "A" RH (+)

- **Sistema Gastrointestinal:** Se encuentra en NPO, con SOG a gravedad, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando y depresible, ano permeable.
- **Sistema Genito Urinario:** Presentó orina después de 6 horas de vida, genitales inmaduros, y lisos.
- **Sistema nervioso:** Se muestra con actividad moderada, en respuesta a estímulos externos, tono muscular disminuido, fontanelas Normotensas, suturas normales, hay respuesta al dolor y también a la luz (frunce el ceño), reflejos de RN disminuidos.
- **Piel:** Fina, tibia, turgente, presenta acrocianosis, lanugo, grasa parda disminuida, T° = 36.7 °C.

## **VALORACIÓN POR DOMINIOS:**

### **DOMINIO 1: Promoción de la Salud:**

- La madre adolescente refiere tener temor al ver a su hijo tan pequeño y frágil, que nunca pensó tener un bebé prematuro y no sabe cómo lo debe cuidar.
- Se dedica al comercio y ayuda a su esposo.
- Se observa con ropa sucia, uñas largas y sucias.
- Refiere "tener temor al sobrepeso"

### **DOMINIO 2: Nutrición:**

- RN con muy bajo peso al nacer.
- Peso actual: 960gr.
- Se encuentra en NPO, con Sonda Orogástrica a gravedad; presenta secreción gástrica clara en poca cantidad.

- Presenta abdomen blando y depresible.
- Piel delgada, y lisa, típico de un RN prematuro.

### **DOMINIO 3: Eliminación e intercambio:**

- Ano permeable.
- Presenta diuresis 16cc y meconio 8cc.

### **DOMINIO 4: Actividad y Reposo:**

- Se encuentra en incubadora a temperatura neutra con manipulación mínima. T° del RN es de 36.7°C
- Grado de dependencia: IV
- Actividad moderada, en respuesta a estímulos externos con tendencia a la hipoactividad.
- Actividad Circulatoria: Frecuencia cardíaca de 160 por minuto, piel pálida.
- Actividad Respiratoria: Puntaje de Silverman Anderson igual a 6 puntos, Frecuencia Respiratoria de 64 a 76 x', respiración irregular y superficial, ventilando con apoyo de oxígeno por CPAP artesanal a 4 litros de Oxígeno y 3cm de presión de agua, con Saturación de Oxígeno mayor de 90%; el pasaje de aire disminuido en ambos campos pulmonares.
- Presencia de secreción transparente en poca cantidad por la boca, a consecuencia de la instalación de CPAP.

### **DOMINIO 5: Percepción – Cognición:**

- Presenta llanto débil.
- Actividad moderada en respuesta a estímulos.
- Reflejos disminuidos.
- Le molesta el ruido y la luz. (frunce el ceño).
- Madre adolescente con pocos conocimientos de cómo cuidar a su hijo.



**DOMINIO 6: Autopercepción:**

- La madre se muestra temerosa frente a su hijo que ha nacido prematuro, pero se le observa afectuosa cuando lo mira y le habla.

**DOMINIO 7: Rol y Relaciones:**

- Recién nacido es el primer hijo de la pareja.
- Padres comerciantes.
- Convivientes.
- Padre y madre presentes en informes médicos.

**DOMINIO 8: Sexualidad:**

- Genitales masculinos definidos para su edad gestacional, no se observan malformaciones congénitas.

**DOMINIO 9: Afrontamiento y tolerancia al Stress:**

- RN bajo stress permanente, ruidos y manipulaciones necesarias para procedimientos invasivos y evaluaciones de control y tratamiento.
- Neonato separado de la madre.(En incubadora)
- Actividad moderada.

**DOMINIO 10: Principios Vitales:**

- Los padres profesan la religión católica y no refieren ninguna objeción en el tratamiento de su bebé.

**DOMINIO 11: Seguridad y Protección:**

- RNPT con piel tibia, sonrosada y conservada, T° 36.7°C
- Con ventilación apoyada por CPAP artesanal a 4 litros de oxígeno y 3 cm de presión de agua.
- Con infusión intravenosa de Dextrosa al 8.5%, Volumen total de 70 cc/ 24 horas, con un goteo de 2,9 micro gotas por minuto.

- Onfalocclisis actual.
- Sonda Orogástrica.
- En incubadora a temperatura neutra.
- Con llanto débil en respuesta a estímulos.
- Madre adolescente inexperta en el cuidado de un RN prematuro.

**DOMINIO 12: Confort:**

- RN se encuentra en incubadora, “anidado”, en protocolo de manipulación mínima.
- RN sometido al dolor por procedimientos invasivos, tales como: Onfalocclisis, colocación de Oxígeno por CPAP nasal y Sonda orogástrica.
- Actividad moderada en respuesta a estímulos.
- Llanto débil.

**DOMINIO 13: Crecimiento y desarrollo:**

- RNPT de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional por Capurro. (PEG)
- Con bajo peso al nacer: 1000gr, Talla: 35 cm, Perímetro Cefálico: 24,5cm y Perímetro Torácico: 21,7 cm.
- Peso actual: 960 gr.

## 2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIZACIÓN	FUNDAMENTO
<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c incapacidad para mantener una adecuada expansión pulmonar e/p taquipnea FR: 76x' y tiraje subcostal.</p> <p>Saturación de Oxígeno: puntaje Silverman-Anderson de 6 puntos. (00032)</p>	<p><b>1</b></p>	<p>La función pulmonar del prematuro, está comprometida por diversos factores como la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar.</p>
<p>Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del sistema termorregulador secundario a la prematuridad.(00008)</p>	<p><b>2</b></p>	<p>Los recién nacidos prematuros no pueden mantener su temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular.</p>

<p>Interrupción de la lactancia Materna r/c prematuridad e/p sonda orogástrica a gravedad, en NPO. (00105)</p>	<p><b>3</b></p>	<p>El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros, por lo que presentan dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo.</p>
<p>Déficit de conocimiento de la madre r/c madre adolescente e/p madre refiere: “no sé cómo cuidar a mi niño, tengo miedo porque es muy chiquito”(00126)</p>	<p><b>4</b></p>	<p>Las madres adolescentes necesitan ser orientadas, guiadas por el profesional de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y de esta manera garantizar el bienestar del nuevo ser.</p>
<p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c prematuridad e inmadurez metabólica</p>	<p><b>5</b></p>	<p>Por su misma prematuridad y la poca cantidad de grasa subcutánea y parda, el recién nacido prematuro corre el riesgo de agotar</p>

		<p>sus reservas de glucógeno y presentar valores de glicemia por debajo de lo normal.</p>
<p>Riesgo de infección r/c bajas defensas, estado inmunológico inmaduro, presencia de onfalocclisis, infección del tracto urinario y mal estado de higiene de la madre. (00004)</p>	<p><b>6</b></p>	<p>Las infecciones graves son más frecuentes en los bebés prematuros. Su sistema inmunitario no está totalmente desarrollado, y corren un mayor riesgo de morir si contraen una infección.</p>
<p>Riesgo de ictericia neonatal r/c prematuridad y dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina. (00230)</p>	<p><b>7</b></p>	<p>Los bebés prematuros tienen más probabilidades de desarrollar ictericia ya que sus hígados no se encuentran lo suficientemente maduros para eliminar la bilirrubina de la sangre.</p>

## 2.3. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°1

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 4:</b> <b>ACTIVIDAD Y REPOSO</b></p> <p><b>Datos subjetivos:</b> No se observan</p> <p><b>Datos objetivos:</b> RN prematuro de 32 semanas FR: 70 x'</p> <p>DTA: 2 puntos TSC: 2 puntos RX: 2 puntos QE: 0 puntos AN: 0 puntos</p> <p>Puntaje</p>	<p><b>Clase 4:</b> <b>Respuestas Cardiovasculares y respiratorias</b></p> <p><b>Código: 00032</b> Patrón respiratorio ineficaz r/c incapacidad para mantener una adecuada expansión pulmonar e/p taquipnea, FR: 76x', tiraje subcostal, Disbalance tóraco abdominal, y retracción xifoidea.</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Disminuir el Distres respiratorio en el recién nacido.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RN mantendrá su Saturación de oxígeno en niveles normales; no menor a 88 %; ni mayor a 95%.</li> <li>• Evitar el colapso alveolar por la ausencia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavado de manos.</li> <li>2. Mantener vía aérea permeable.</li> <li>3. Limpiar fosas nasales y aspirar secreciones si es necesario.</li> <li>4. Cuidados de septum nasal</li> <li>5. Mantener medidas de asepsia al aspirar secreciones.</li> <li>6. Mantener mucosa oral integra.</li> <li>7. Colocar al recién nacido decúbito prono para facilitar la ventilación.</li> <li>8. Mantener el oxígeno por CPAP según indicación, 4ltr de oxígeno y 4cm de presión de agua.</li> <li>9. Verificar el correcto funcionamiento del CPAP.</li> <li>10. Valorar patrón respiratorio con el test de Silverman en cada turno (M-T-N)</li> </ol>	<p>Neonato ventila sobre 90% y puntaje Silverman disminuye a 4 puntos.</p> <p>FR. 56x'</p>

<p>Silverman de 6 puntos</p> <p>Acrocianosis.</p>		<p>de surfactante y mantener la presión positiva al final de la espiración.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Monitorizar Saturación de oxígeno cada 30 minutos.</li> <li>12. Monitorizar funciones vitales cada 2 horas.</li> <li>13. Auscultar ruidos respiratorios.</li> <li>14. Observar si hay fatiga muscular respiratoria (aumento de puntaje Silverman)</li> <li>15. Anotar cambios que presente el prematuro durante el tratamiento.</li> <li>16. Verificar SOG para evitar compresión abdominal por la oxigenoterapia.</li> <li>17. Controlar gases arteriales según indicación médica.</li> <li>18. Notas en el registro de enfermería para dejar evidencias de las actividades realizadas.</li> <li>19. Manipulación mínima.</li> <li>20. Tener listo equipo de reanimación neonatal.</li> <li>21. Limpieza de la unidad para evitar infecciones cruzadas.</li> <li>22. Control de radiografía de tórax.</li> </ol>	
---	--	---	--	--

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°2**

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 11:</b></p> <p><b>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>No se observan.</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Prematuro de 32 semanas.</p> <p>T°: 36.7°C</p> <p>Temperatura corporal inestable (36.6</p>	<p><b>Clase 6:</b></p> <p><b>Termorregulación</b></p> <p><b>Código: 00008</b></p> <p>Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del sistema termorregulador secundario a la prematuridad.(00008)</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Evitar que el Neonato presente hipotermia o hipertermia.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la temperatura del recién nacido entre 36.5°C a 37.5°C</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lavado de manos.</li> <li>Colocar al paciente en incubadora a temperatura Neutra o en modo piel si se contara.</li> <li>Monitorear cada dos horas la temperatura del recién nacido durante el turno.</li> <li>Observar continuamente el color y la temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia.</li> <li>Envolver al RN en plástico si fuera necesario.</li> <li>Mantener la incubadora alejada de corrientes de aire para evitar pérdidas de calor por radiación.</li> <li>Calentar la ropa de la incubadora antes de cambiarla y al hacer los nidos.</li> </ol>	<p>Neonato presenta una temperatura de 36.7°C.</p>



<p>-37.8°C) durante el turno.</p>			<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Entibiar las manos, el estetoscopio antes de ponerlos en contacto con el recién nacido.</li> <li>9. Colocar un campo precalentado antes de pesar o si se cuenta pesar en la incubadora, encendiendo la barrera protectora para evitar pérdida de calor.</li> <li>10. Administrar el oxígeno tibio.</li> <li>11. Evitar que permanezca con pañales mojados por períodos de tiempo largos.</li> <li>12. Si fuera necesario envolver al prematuro en campos precalentados.</li> <li>13. Monitorizar funciones vitales: temperatura, respiración, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno cada 2 horas.</li> <li>14. Mantener la incubadora con 80% de humedad para evitar pérdidas de calor por evaporación.</li> </ol>	
---	--	--	---	--

			<p>15. Evaluar el patrón respiratorio y la saturación de oxígeno en busca de signos de hipoxia.</p> <p>16. Controlar la glicemia cada 6 horas hasta que regule temperatura corporal.</p> <p>17. Colocar al recién nacido en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.</p> <p>18. Cubrir la cabeza con gorro. Cubrir al neonato cada vez que sea necesario sacarlo de la incubadora.</p>	
--	--	--	---	--

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°3

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 2 :</b></p> <p><b>NUTRICIÓN</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>objetivos:</b></p> <p>No se observan.</p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>objetivos:</b></p> <p>Prematuridad Neonato en NPO y Sonda orogástrica a gravedad.</p> <p>Dextrosa al 8.5%,</p>	<p><b>Clase 2:</b></p> <p><b>Ingestión</b></p> <p><b>Código: 00105</b></p> <p>Interrupción de la lactancia Materna r/c prematuridad y hospitalización del RN e/p sonda orogástrica a gravedad, en NPO.</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Brindar conocimiento de Lactancia Materna.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a los padres en lactancia materna.</li> <li>• Fomentar el apego entre el RN y sus padres.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar a los padres sobre los beneficios de la Lactancia Materna.</li> <li>2. Corregir conceptos equivocados, acerca de la Lactancia Materna.</li> <li>3. Proporcionar materiales educativos necesarios.</li> <li>4. Explicar la diferencia entre la nutrición nutritiva y no nutritiva.</li> <li>5. Evaluar la capacidad del neonato para lactar.</li> <li>6. Enseñar a la madre la técnica y posición correcta que deben adoptar ambos.</li> <li>7. Explicar a la madre como extraerse la leche manualmente.</li> </ol>	<p>Se le orienta a la padres sobre lactancia materna y el método mamá canguro</p>

VT=70cc/24 horas.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar a la madre para la lactancia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ayudar con el inicio de la lactancia.</li> <li>Enseñar a la madre sobre el método mamá canguro.</li> </ol>	
-------------------	--	--	---	--

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°4

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<b>DOMINIO 5:</b> <b>PERCEPCIÓN/</b> <b>COGNICIÓN</b> <b>Datos</b> <b>subjetivos:</b> Madre refiere: “No sé cómo cuidar a mi niño, tengo miedo porque	<b>Clase 4:</b> <b>Cognición</b>  <b>Código: 00126</b>  Déficit de conocimiento de la madre r/c madre adolescente e/p madre refiere: “no sé cómo cuidar a	<b>Objetivo general:</b> Brindar información a la madre.  <b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar información precisa sobre los cuidados del recién</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informar a la madre sobre las normas y rutinas de la unidad donde está hospitalizado el recién nacido.</li> <li>Informar a la madre sobre el estado de salud del recién nacido.</li> <li>Proporcionarle bienestar y animarla a compartir sus preocupaciones y sentimientos.</li> <li>Brindar empatía y comprensión.</li> <li>Corregir información errónea del neonato</li> </ol>	Madre informada sobre el método mamá canguro y signos de alarma del recién nacido.

<p>es muy chiquito”</p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>objetivos:</b></p> <p>Madre adolescente</p>	<p>mi niño, tengo miedo porque es muy chiquito”</p>	<p>nacido prematuro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Proporcionar a los progenitores materiales por escrito adecuados a las necesidades de conocimientos identificadas.</li> <li>7. Enseñar a los padres como realizar el método mamá canguro.</li> <li>8. Enseñar a los padres como colocar al bebé de lado para dormir.</li> <li>9. Enseñar a los padres a evitar caídas.</li> <li>10. Enseñarles a comprobar la temperatura del agua de baño.</li> <li>11. Enseñar a los padres a no sacudir, agitar o balancear al bebé en el aire.</li> <li>12. Enseñar a los padres los signos de alarma del recién nacido.</li> <li>13. Enseñarles como curar el cordón umbilical y el tiempo de desprendimiento del cordón.</li> </ol>	
---	---	--------------------------	---	--

			<p>14. Enseñar a la madre cómo atender a su bebé en el servicio.</p> <p>15. Enseñar a la madre como estimular la lactancia en el bebé.</p> <p>16. Enseñar a la madre como cambiar los pañales.</p>	
--	--	--	--	--

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°5

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 2 :</b></p> <p><b>NUTRICIÓN</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>subjetivos:</b></p> <p>No se observan.</p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>objetivos:</b></p> <p>Prematuro de 32 semanas por Capurro</p> <p>Pérdida de peso.</p> <p>Al nacer: 1000gr</p> <p>A 10 horas: Pérdida del 4% del peso.(960gr)</p>	<p><b>Clase 4:</b></p> <p><b>Metabolismo</b></p> <p><b>Código: 00179</b></p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c prematuridad y pérdida de peso.</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Evitar que el Neonato haga hipoglicemia o hiperglicemia.</p> <p><b>Objetivos</b></p> <p><b>específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener los niveles de glucosa dentro de parámetros normales ( de 47mg/dL a 125mg/dL)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Correcto lavado de manos.</li> <li>2. Mantener acceso intravenoso seguro.</li> <li>3. Evitar pérdidas de calor.</li> <li>4. Vigilar los niveles de glucosa en sangre.</li> <li>5. Identificar signos y síntomas de hipoglicemia(tremores, hipoactividad o irritabilidad)</li> <li>6. Administrar glucosa intravenosa si está indicado.</li> <li>7. Enseñar a la madre los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglicemia.</li> <li>8. Verificar sucesos anteriores de hipoglicemia o hiperglicemia.</li> </ol>	<p>Neonato</p> <p>presenta una glucosa de 125mg/dL al final del turno.</p> <p>Se cambia de concentración de glucosa.</p>

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°6

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 11:</b></p> <p><b>SEGURIDAD Y PROTECCIÓN</b></p> <p><b>Datos</b></p> <p><b>Subjetivos:</b></p> <p>Madre en mal estado de higiene.</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>Presencia de onfalocclisis.</p> <p>Madre con ITU.</p>	<p><b>Clase 1:</b></p> <p><b>Infección</b></p> <p><b>Código: 00004</b></p> <p>Riesgo de infección r/c bajas defensas, estado inmunológico inmaduro, presencia de onfalocclisis, infección del tracto urinario y mal estado de higiene de la madre.</p> <p>(00004)</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Controlar el riesgo infeccioso</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar signos y síntomas de infección.</li> <li>• Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Correcto lavado de manos con jabón antimicrobiano.</li> <li>2. Limpieza de la unidad del paciente para prevención de infecciones.</li> <li>3. Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del servicio.</li> <li>4. Cambiar cánulas de oxígeno cada tres días, según protocolo.</li> <li>5. Cambiar los sitios de las vías según protocolos.</li> <li>6. Cambiar sonda orogástrica cada dos días.</li> <li>7. Realizar limpieza y desinfección de onfalocclisis.</li> <li>8. Usar guantes estériles según corresponda.</li> <li>9. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas.</li> <li>10. Observar signos y síntomas de infección.</li> </ol>	<p>Neonato se encuentra libre de procesos infecciosos.</p>



			<ol style="list-style-type: none"><li>11. Indicar a los padres lavarse bien las manos antes y después de la visita.</li><li>12. Administrar tratamiento antibiótico indicado, Ampicilina 50mg EV cada 12 horas y Gentamicina 4.5mg EV cada 36 horas.</li><li>13. Enseñar a la madre como evitar infecciones.</li><li>14. Poner en práctica precauciones universales.</li><li>15. Llevar ropa de protección durante la manipulación de material infeccioso.</li></ol>	
--	--	--	--	--

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA N°7

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>DOMINIO 2:</b> <b>NUTRICIÓN</b></p> <p><b>Datos</b> <b>subjetivos:</b> No se observan.</p> <p><b>Datos</b> <b>objetivos:</b> Prematuridad.</p>	<p><b>Clase 4:</b> <b>Metabolismo</b></p> <p><b>Código: 00230</b></p> <p>Riesgo de ictericia neonatal r/c prematuridad y dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina.</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Identificar signos de Ictericia.</p> <p><b>Objetivos</b> <b>específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar si el recién nacido presenta ictericia.</li> <li>• Determinar el nivel de la ictericia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control de funciones vitales.</li> <li>2. Valorar el estado neurológico del neonato anemia, palidez, hepatomegalia, hemorragias cutáneas</li> <li>3. Monitorizar niveles de bilirrubina cada 24 horas.</li> <li>4. Evaluar nivel de ictericia.</li> <li>5. Peso diario.</li> <li>6. Manipulación mínima.</li> </ol>	<p>Recién nacido de 10 horas, con piel sonrosada.</p>

### **CAPITULO III**

### **CONCLUSIONES**

- Los niños prematuros no están totalmente preparados para la vida extrauterina, debido a que su organismo aún no ha alcanzado su madurez, por eso pueden presentar muchas alteraciones en su adaptación.
- El síndrome de Dificultad Respiratoria requiere de cuidados de enfermería con alto nivel de conocimiento científico y mucha experiencia en los procedimientos.
- La enfermera debe promover el contacto madre- neonato prematuro lo más tempranamente posible e involucrar a la familia en el proceso de tratamiento y recuperación del recién nacido.
- La enfermera se debe adecuar a los medios con los que cuenta para ayudar en la recuperación del RN prematuro, tal es el caso del CPAP artesanal nasal que cumple la función de mantener la presión positiva al final de la espiración y que ha ayudado a muchos prematuros a estabilizarse de su problema ventilatorio.

## RECOMENDACIONES

- Actualizar Guías de Intervenciones de Enfermería en recién nacidos prematuros, considerando el accionar enfermero en el Proceso de Enfermería - EBE.
- Actualización y entrenamiento continuo de los profesionales de enfermería de las unidades de Neonatología.
- Los padres siempre deben ser incluidos en los cuidados del recién nacido prematuro, y fomentar prontamente el apego de madre – RN, padre – RN, y así poder calmar el estrés que tienen los padres por el desconocimiento.
- El monitoreo y la evaluación de los Cuidados de Enfermería se dará de manera permanente y continua por todos los enfermeros que atienden al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Baquero Latorre, H. (2015).Respiración y circulación fetal y neonatal Fenómenos de adaptabilidad. Colombia: Universidad del Norte.
2. Vásquez, R.A., (2011) Síndrome de distrés respiratorio neonatal\_ [en línea]. Perú: Universidad César Vallejo. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Abelvasquez/sindrome-de-distres-respiratorio-neonatal>.
3. Villanueva, D., Ávila, R., Dies, P., Ibarra, D., Olivares, D., Velázquez, N., Villa ,M. (2015) Insuficiencia respiratoria neonatal Edición revisada y actualizada, PAC. México: Intersistemas.
4. Ordoñez Lasso,J.,(2015). Dificultad respiratoria en el recién nacido. Colombia: Anales de pediatría. Disponible en: <https://es.slideshare.net/juancho9119/enfermedad-por-membrana-hialina-sdr>. [2017, 10 de Mayo)
5. Carbajosa Herrero, M.T., (2014).Patología respiratoria del Recién nacido. [en línea]. España: Clases Teóricas. Disponible en: [campus.usal.es/.../Clases%20teoricas%202013%202014/.../Patologia%20respiratoria](http://campus.usal.es/.../Clases%20teoricas%202013%202014/.../Patologia%20respiratoria). [2017, 02 de junio]
6. Gallegos,J., Reyes,J. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. Revista Mexicana Latino-Americana de Enfermagem, 21(6),1360-6 .-
7. Salazar,P., (2015). Factores perinatales que influyen en el desarrollo de trastornos respiratorios en niños ingresados a la sala de neonatología del hospital provincial docente Ambato en el período julio – diciembre

2014. Tesis para optar por el Título de Médico, Universidad Técnica , Ambato.

8. Fundación Wikimedia, Inc.,(2017). Síndrome de dificultad respiratoria neonatal. [en línea]. Licencia Creative Commons. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Síndrome\\_de\\_dificultad\\_respiratoria\\_neonatal](https://es.wikipedia.org/wiki/Síndrome_de_dificultad_respiratoria_neonatal)
9. 7) Axarquia, F. Modelo conceptual valoración atención enfermera (2012)[en línea]. Issuu.. Disponible en: <https://issuu.com/formacionaxarquia/docs/mod-vhenderson>. [2017, 03 de junio].
10. Ruiz Peláez, J., Romero Pradilla, R., Buitrago López,A., Tamayo Pérez, M., Contreras Ortiz, J., Acosta Reyes,J., Sanclemente Mesa, G., Rojas Reyes,M., Baquero Latorre,H., Ballesteros Castro,A., Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias Guía de práctica clínica del recién nacido con trastorno respiratorio - 2013 Guía No. 05 ISBN: 978-958-8838-01-4 Bogotá. Colombia.
11. Ministerio de Salud Pública. (2015) Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (GPC) Quito: Primera edición. Disponible en <http://salud.gob.ec> Impreso por El Telégrafo EP Hecho en Ecuador - Printed in Ecuador.
12. OMS.Nota descriptiva N°333. Enero de 2016. Disponible en:  
E-mail: [mediainquiries@who.int](mailto:mediainquiries@who.int)
13. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.-dic. 2013;21(6):1360-6

DOI: 10.1590/0104-1169.2970.2375 [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal

14. Josefina Gallegos-Martínez, Jaime Reyes-Hernández, Carmen Gracinda Silvan Scochi

15. Quiroga, A., ( 2013) Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria : Cuidados de enfermería. Revista Enfermería Neonatal,5, 4-9

16. David G. (2013)...Actualización de Guías de consenso europeo sobre manejo de Síndrome de distrés respiratorio neonatal en prematuros [www.neopuertomontt.com/Temas/.../Consenso\\_Europeo\\_SDR\\_Neoneonatology\\_2013.ht..](http://www.neopuertomontt.com/Temas/.../Consenso_Europeo_SDR_Neoneonatology_2013.ht..)

17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador-. Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia Quito-Ecuador  
Teléfono (593) 2 381 4400  
[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec) Publicado en agosto 2016

18. ISBN 978 9942 22 058 5. An Pediatr (Barcelona). 2014;81(5):327.e1---327.e7 [www.analesdepediatria.org](http://www.analesdepediatria.org)

19. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (2014) Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío

20. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.(2014)Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en <http://salud.gob.ec>
21. Nava Flores, C.M.: La maternidad en la adolescencia, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2009. [www.eumed.net/rev/cccsc/06/cmnf.htm](http://www.eumed.net/rev/cccsc/06/cmnf.htm)
22. Kristine Karlsen, “Cuidados post reanimación y pre transporte para neonatos enfermos” 5ta Edición, 2000.
23. Carolina Pava Laguna “Prácticas de cuidado con el recién nacido prematuro o bajo peso, que ofrecen las madres en el hogar” Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Programa de Maestría en Enfermería Bogotá, Colombia 2013