

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer, síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una clínica Lima, 2018

Por:

Katherine Lucero Zaravia Antonio

Asesor:

Dra. Aura Marlene Montes Paz

Lima, 30 de octubre de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, AURA MARLENE MONTES PAZ adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer, síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una clínica Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada KATHERINE LUCERO ZARAVIA ANTONIO, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidados Intensivos Neonatales ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



Dra. Aura Marlene Montes Paz

Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer,
síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una
clínica Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Dra. Aura Marlene Montes Paz

Asesor

Lima, 30 de octubre de 2019

Índice

Índice de tablas	vi
Índice de apéndices	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	x
Capítulo I	11
Valoración.....	11
Datos generales	11
Valoración según patrones funcionales:.....	11
Datos de valoración complementarios:	15
Exámenes auxiliares.	15
Tratamiento Médico	17
Capitulo II.....	19
Diagnóstico, Planificación y Ejecución	19
Diagnóstico enfermero	19
Primer diagnóstico.....	19
Segundo diagnóstico.....	19
Tercer diagnóstico.	20
Cuarto diagnóstico.....	20
Quinto diagnóstico.....	20
Sexto diagnóstico.....	21
Octavo diagnóstico.	21
Noveno diagnóstico.....	22
Décimo diagnóstico.	22

Onceavo diagnóstico.	22
Doceavo diagnóstico.	23
Treceavo diagnóstico.	23
Catorceavo diagnóstico.	23
Quinceavo diagnóstico.	23
Planificación.....	25
Priorización.....	25
Plan de cuidados	27
Capitulo III.....	37
Marco teórico	37
Patrón respiratorio ineficaz	37
Ictericia neonatal	40
Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales.....	44
Riesgo de la temperatura corporal.....	47
Riesgo de Infección.....	51
Capitulo IV.....	56
Evaluación y conclusiones.....	56
Evaluación por días de atención:.....	56
Primer diagnóstico.....	56
Segundo diagnóstico.....	56
Tercer diagnóstico.	57
Cuarto diagnóstico.....	57
Quinto diagnóstico.....	57
Bibliografía	59
Apéndices.....	65

Índice de tablas

Tabla 1 Bilirrubina.....	15
Tabla 2 Grupo Sanguíneo y Factor RH.....	15
Tabla 3 Hemograma Completo.....	16
Tabla 4 Gases Arteriales.....	17
Tabla 5 Tratamiento médico: Primer día.....	17
Tabla 6 Tratamiento médico: Segundo día.....	18
Tabla 7 Tratamiento médico: Tercer día.....	18
Tabla 8 Interconsultas.....	18
Tabla 9 Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica (centro respiratorio) evidenciado por periodos de apnea, Silverman - Anderson de 3 leve tiraje intercostal, discreta retracción xifoidea y leve movimiento toraco abdominal, frecuencia respiratoria de 68 por minuto.....	27
Tabla 10 Diagnóstico de enfermería: Ictericia Neonatal relacionada a dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina evidenciado aumento de la bilirrubina indirecta en 13.1mg/dl. Piel pigmentada de color amarillo claro de piel y mucosas a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl.....	29
Tabla 11 Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por pérdida de peso corporal.....	31
Tabla 12 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad.....	33
Tabla 13 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a vías invasivas (catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica).....	35

Tabla 14 Evaluación de Escala de Riesgo de Caídas en el recién nacido, Macdems	689
Tabla 15 Evaluación del dolor en el neonato, utilizando la escala de PIPP (Perfil del dolor en infante prematuro), Stevens 1996.	68
Tabla 16 Escala de kramer para medir la Ictericia Neonatal, Madrigal C, 2014.....	70
Tabla 17 Evaluación de la dificultad respiratoria en el neonato, utilizando la escala de Silverman – Anderson.....	70

Índice de apéndices

Apéndice A: Guía de valoración.....	65
Apéndice B: Consentimiento informado	67
Apéndice C: Escalas de evaluación	68

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería.

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales.

SDR: Síndrome Distrés Respiratorio.

PEEP: Presión positiva al final de la expiración

Resumen

El siguiente trabajo académico es la aplicación del proceso de atención de enfermería, al recién nacido pretérmino, de bajo peso al nacer, con diagnóstico médico de síndrome de distrés respiratorio, durante 3 días a partir de su segundo día de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. En los 3 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 15 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica (centro respiratorio) evidenciado por periodos de apnea, Silverman - Anderson: 3 puntos, Frecuencia Respiratoria: 68x'. Ictericia Neonatal relacionada a dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina evidenciado aumento de la bilirrubina indirecta 13.1mg/dl., escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl. Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por nutrición parenteral y lactancia materna exclusiva. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad. Riesgo de infección relacionado a vías invasivas: catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica. Los objetivos generales fueron: Recién nacido presentará patrón respiratorio adecuado, disminuirá la ictericia neonatal, mejorará el equilibrio nutricional, presentará adecuada temperatura corporal y disminuirá el riesgo de infección. En conclusión, de los objetivos propuestos se alcanzaron el primer, tercer, cuarto y quinto objetivo, mientras que el segundo objetivo no se alcanzó, recién nacido aún se encuentra en la unidad de cuidados intensivos neonatales, recibiendo fototerapia.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, recién nacido prematuro, síndrome distrés respiratorio.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: R.N H. V.

Edad: 02 días

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: Recién nacido pretérmino de 31 semanas de gestación, sexo masculino, de parto distócico por pre eclampsia materna, hijo de madre primigesta con controles regulares, con una puntuación de Apgar de 1 al minuto y 9 a los 5 minutos, recibe ventilación a presión positiva hasta su estabilización, es transferido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con dificultad respiratoria, por test de Silverman – Anderson 6 puntos: quejido respiratorio audible (2 puntos), retracción intercostal (2 puntos), aleteo nasal (2), con diagnóstico médico de síndrome de distrés respiratorio, con bajo peso al nacer, a descartar Enfermedad de Membrana Hialina del recién nacido.

Días de hospitalización: 02 días

Días de atención de enfermería: 03 días (Del 03 al 05 de mayo del 2018)

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Neonato de 2 días de nacido, de sexo masculino, en su segundo día de hospitalización se encuentra en incubadora cerrada de doble pared, con humedad relativa 75% en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con el diagnóstico médico de: Recién nacido pretérmino de 31semanas, de bajo peso al nacer. Madre de 32 años, con controles prenatales regulares, primípara, cesárea por preeclampsia.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Neonato de bajo peso al nacer (Peso de nacimiento: 1660 gramos). A la valoración piel y mucosas de coloración amarillo claro a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl, con temperatura axilar de 36.8°C, medidas antropométricas en talla: 50 cm, peso actual 1485kg al tercer día de nacimiento. Así mismo, no hay presencia succión y de deglución, con sonda orogástrica para alimentación de lactancia materna exclusiva a 5cc/h cada 3 horas, no drenaje de contenido gástrico, abdomen blando, ruidos hidroaéreos presentes (+), con catéter venoso umbilical recibiendo nutrición parenteral a 5cc/h, (VT=153ml; Lípidos: 5.6gr, Aminoácidos: 4.8gr) y con vía periférica endovenosa en miembro superior derecho salinizado (02/05/18) para tratamiento médico indicado. A la valoración de los resultados de exámenes de laboratorio: La bilirrubina indirecta se encuentra elevada: 13.51mg/dl, la bilirrubina total elevada: 14.13 mg/dl. Glucosa basal por Hemoglucotest en 78mg/dl. Hemoglobina de 17 gr/dl.

Patrón III: Eliminación.

Neonato presenta genitales íntegros, testículos descendidos, realiza micción espontanea en pañal descartable. Balance hídrico en el turno diurno: Positivo + 1. Flujo urinario 3cc/kg/h. Ano permeable, deposiciones de características normales de 3veces /diaria. No se evidencia edemas de miembros superiores e inferiores, en buen estado de higiene.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad Respiratoria: Se encuentra con soporte respiratorio en Fase II recibiendo apoyo de oxígeno por presión positiva continua en la vía aérea nasal, (PEEP: 5cm H₂O, Flujo: 5litros, FiO₂: 30%), saturación de oxígeno: 92%. A la auscultación de campos pulmonares se escuchan ruidos normales en ambos campos pulmonares, frecuencia

respiratoria de 68x', con leve dificultad respiratoria por Test Silverman en 3 puntos con los siguientes signos: quejido respiratorio se encuentra ausente, en la respiración no se observa aleteo nasal, se aprecia leve tiraje intercostal, leve retracción xifoidea y movimiento toraco - abdominal ligeramente visible. **Actividad Circulatoria:** Presenta ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad. No soplos. FC: 150 por minuto, llenado capilar mayor de 2 segundos (normal). P.A: 87/57 mm Hg (normal). Presenta hemoglobina dentro de los valores normales: 17 gr/dl, hematíes en 4740,000/mm³, leucocitos en 7,810/mm³, portador de un con catéter venoso umbilical recibiendo nutrición parenteral a 5cc/h, (VT=153ml; Lípidos: 5.6gr, Aminoácidos: 4.8gr) y con vía periférica endovenosa en miembro superior derecho salinizado (02/05/18) para tratamiento médico indicado. No se evidencia edema de miembros superiores e inferiores, en buen estado de higiene. **Capacidad de Autocuidado:** Neonato por la condición de ser recién nacido y más aún es de dependencia completa del operador y estando con soporte respiratorio de oxígeno por presión positiva continua en la vía aérea nasal es catalogado en grado de dependencia IV. Nivel de riesgo de caída según evaluación de escala de riesgo de caídas en el recién nacido en 2.

Patrón V: Descanso – sueño.

Neonato en condiciones que promueven el sueño dentro de una incubadora cerrada de doble pared con humedad relativa del 75%, cubierta con un cobertor; se encuentra aparentemente dormido, con los miembros superiores e inferiores flexionados, organizado dentro de un nido proporcional a su peso.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

En su segundo día de nacido, a la valoración realizada a las 9am en posición supina, al despertar se muestra activo, reactivo al estímulo, fontanelas normotensas, pupilas isocóricas reactivas, mantiene los ojos cerrados. Según la escala de perfil del dolor en infante prematuro

(PIPP): 6 puntos. No se evidencia signos de dolor. Están presentes los reflejos de moro y prensión palmar en el recién nacido prematuro.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.

Se aprecia el ingreso de la madre y el padre a la unidad de cuidados intensivos neonatales, se acercan lo miran sobre la incubadora, el personal de salud le facilita tocarlo, observando que le hablan y susurran tiernamente.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Primer hijo, en su segundo día de nacido, cuya familia es funcional, de padres casados, profesionales, ambos de 32 años de edad.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

No presenta secreciones anormales en genitales ni alteración anatómica presenta testículos normales.

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

Neonato se encuentra aparentemente dormido, con los miembros superiores e inferiores flexionados dentro de un nido, continuando con el soporte ventilatorio, más a la movilización durante el cuidado muestra signos de irritabilidad que cede al posicionamiento y nutrición. A la entrevista los padres se muestran preocupados y ansiosos, pero colaboran y obedecen las indicaciones del equipo de salud. Señalan desconocimiento para cuidar a su bebé prematuro.

Patrón XI: Valores y creencias.

Neonato de padres católicos, refieren que no cuentan con ninguna restricción religiosa. Ambos padres oran por el bienestar de su hijo.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Bilirrubina

Compuesto	Valor encontrado	Valores normales
Bilirrubina total	14.13	Menor de 11.7 mg/dl
Bilirrubina directa	0.62	< 0.6 mg/dl
Bilirrubina indirecta	13.51	< 0.9 mg/dl

Fuente: historia clínica

Análisis: Recién nacido pretérmino de BPN de 31 semanas, presenta aumento de la carga total de bilirrubina indirecta.

Tabla 2

Grupo Sanguíneo y Factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	A
Factor RH	Positivo

Fuente: historia clínica

Análisis: Recién nacido pretérmino de bajo peso al nacer de 31 semanas, de grupo sanguíneo A tienen en sus glóbulos aglutinógeno A, y en el suero aglutinina beta; también se observa que el factor predominante es de tipo positivo.

Tabla 3

Hemograma Completo

Compuesto	Valor encontrado	Valor mínimo	Valor máximo
Hematíes	4.740.000	3.800.000 mm	6.300.000 mm
Leucocitos	7.810	4.000 mm	10.000 mm
Plaquetas	177.000	150.000 mm	450.000 mm
Hemoglobina	17	12 gr/dl	16 gr/dl
Hematocrito	51	37 gr/dl	48 gr/dl
Eosinófilos	1	0 %	6 %
Basófilos	0	0 %	2 %
Mielocitos	0	0 %	0 %
Metamielocitos	0	0 %	0 %
Abastionados	0	0 %	5 %
Segmentados	47	40 %	70 %
Monocitos	12	0 %	12 %
Linfocitos	40	25 %	50 %

Fuente: historia clínica

Análisis: Los resultados de hemograma en el recién nacido pretérmino de bajo peso al nacer 31 semanas, presenta resultados dentro de los valores normales.

Tabla 4

Gases Arteriales

----	Valor encontrado	Valores normales
Ph	7.29	7.35-7.45
PCO2	48.20	32-42 mmHg
PaO2	108.00	75 – 100 mmHg
HCO3	22.90	20 – 26 mmol/L
ABE	-4.30	-2 - +2 mmol/L
SBE	-4.00	-2 - +2
SBC	21.60	23 – 26 mmol/L
Saturación de O2	97.4	92-98 %

Observación FIO2: 40% Fuente: historia clínica

Análisis: los exámenes de gases arteriales tomados presentan el PH en 7.29 bajo, PCO2 alto en 48.20 mmHg, y el PaO2 de 108.0mmHg alto las cuales muestran acidosis respiratoria, evidenciando desequilibrio en la membrana alvéolo - capilar del recién nacido prematuro.

Tratamiento Médico

Tabla 5

Tratamiento médico: Primer día

Medicamento	Dosis	Vía	Hora
LME	5cc	Sonda Orogástrica	c/ 3h
NPT	5cc/h	Catéter Umbilical	c/24h
Ampicilina	80mg	Endovenoso	c/12h
Amikacina	30mg	Endovenoso	c/ 36h
Cafeína	8mg	Endovenoso	c/ 24h

Fuente: historia clínica

Tabla 6

Tratamiento médico: Segundo día

Medicamento	Dosis	Vía	Hora
LME	9cc	Sonda Orogástrica	c/ 3h
NPT	5cc/h	Catéter Umbilical	c/24h
Ampicilina	80mg	Endovenoso	c/12h
Amikacina	30mg	Endovenoso	c/ 36h
Cafeína	8mg	Endovenoso	c/ 24h

Fuente: historia clínica

Tabla 7

Tratamiento médico: Tercer día

Medicamento	Dosis	Vía	Hora
LME	12cc	Sonda Orogástrica	c/ 3h
NPT	4cc/h	Catéter Umbilical	c/24h
Ampicilina	80mg	Endovenoso	c/12h
Amikacina	30mg	Endovenoso	c/ 36h
Cafeína	8mg	Endovenoso	c/ 24h

Fuente: historia clínica

Tabla 8

Interconsultas

N°	Interconsultas	Fecha
1	Cardiología	7/5/18
2	Medicina Física y Rehabilitación	9/5/18
3	Oftalmología	11/5/18

Fuente: historia clínica

Capítulo II

Diagnóstico, Planificación y Ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Factor relacionado: Elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad

Enunciado diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad.

Segundo diagnóstico.

Características definitorias: Periodos de apnea, Test de Silverman-Anderson en 3 puntos; con leve tiraje intercostal, discreta retracción xifoidea y leve movimiento toraco abdominal, frecuencia respiratoria de 68 por minuto.

Etiqueta diagnóstica: Patrón respiratorio ineficaz.

Factor relacionado: Inmadurez neurológica, discreta fatiga de los músculos accesorios para respirar.

Enunciado diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica (centro respiratorio) evidenciado por periodos de apnea, Silverman-Anderson de 3 leve tiraje intercostal, discreta retracción xifoidea y leve movimiento toraco abdominal, frecuencia respiratoria de 68 por minuto.

Tercer diagnóstico.

Características definitorias: aumento de la bilirrubina indirecta en 13.1mg/dl. Piel pigmentada de color amarillo claro de piel y mucosas a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl

Etiqueta diagnóstica: Ictericia Neonatal.

Factor relacionado: Dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina

Enunciado diagnóstico: Ictericia Neonatal relacionada a dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina evidenciado aumento de la bilirrubina indirecta en 13.1mg/dl. Piel pigmentada de color amarillo claro de piel y mucosas a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl.

Cuarto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factor de riesgo: Efectos colaterales (uso de dispositivos a oxigenoterapia y fototerapia)

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a efectos colaterales por el uso de dispositivos a oxigenoterapia y fototerapia.

Quinto diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de infección.

Factor de riesgo: Vías invasivas (catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica).

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado a vías invasivas (catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica).

Sexto diagnóstico.

Características definitorias: pérdida de peso corporal.

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

Factor relacionado: Incapacidad para absorber los nutrientes

Enunciado diagnóstico: Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por pérdida de peso corporal.

Séptimo diagnóstico.

Características definitorias: Incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.

Etiqueta diagnóstica: Patrón de alimentación ineficaz del lactante.

Factor relacionado: Prematuridad

Enunciado diagnóstico: Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado a prematuridad evidenciado por incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.

Octavo diagnóstico.

Características definitorias: neonato se encuentra en su segundo día de hospitalización, en incubadora cerrada de doble pared, con humedad relativa al 75%.

Etiqueta diagnóstica: Interrupción de la lactancia materna.

Factor relacionado: Prematuridad

Enunciado diagnóstico: Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad evidenciado por neonato se encuentra en su segundo día de hospitalización, en incubadora cerrada de doble pared, con humedad relativa al 75%.

Noveno diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la vinculación.

Factor de riesgo: Hospitalización del prematuro.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la vinculación relacionado a hospitalización del prematuro evidenciado por hospitalización en incubadora cerrada de doble pared con soporte respiratorio.

Décimo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro parental.

Factor de riesgo: Prematuridad y el conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro parental relacionado con la prematuridad y el conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño.

Onceavo diagnóstico.

Características definitorias: conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño.

Etiqueta diagnóstica: Temor.

Factor de riesgo: Hospitalización del recién nacido prematuro

Enunciado diagnóstico: Temor relacionado con hospitalización del recién nacido prematuro evidenciado por conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño.

Doceavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

Factor de riesgo: Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos, características fisiológicas del prematuro de bajo peso al nacer.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan la ingesta de líquidos, características fisiológicas del prematuro de bajo peso al nacer.

Treceavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Factor de riesgo: Prematuridad.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con prematuridad.

Catorceavo diagnóstico.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo.

Factor de riesgo: prematuridad

Enunciado diagnóstico: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad.

Quinceavo diagnóstico.

Características definitorias: preocupación, de los padres por la salud de su hijo.

Etiqueta diagnóstica: Afrontamiento familiar comprometido.

Factor relacionado: Hospitalización del recién nacido prematuro

Enunciado diagnóstico: Afrontamiento familiar comprometido relacionado con hospitalización del recién nacido prematuro evidenciado por preocupación de los padres por la salud de su hijo.

Planificación

Priorización.

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica (centro respiratorio) evidenciado por periodos de apnea, Silverman-Anderson de 3 leve tiraje intercostal, discreta retracción xifoidea y leve movimiento toraco abdominal, frecuencia respiratoria de 68 por minuto.
2. Ictericia Neonatal relacionada a dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina evidenciado aumento de la bilirrubina indirecta en 13.1mg/dl. Piel pigmentada de color amarillo claro de piel y mucosas a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl.
3. Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por pérdida de peso corporal.
4. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad.
5. Riesgo de infección relacionado a vías invasivas (catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica).
6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a efectos colaterales por el uso de dispositivos a oxigenoterapia y fototerapia.
7. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con prematuridad.
8. Interrupción de la lactancia materna relacionado con prematuridad evidenciado por neonato se encuentra en su segundo día de hospitalización, en incubadora cerrada de doble pared, con humedad relativa al 75%.

9. Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado a prematuridad evidenciado por incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración.
10. Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con alteraciones que afectan la ingesta de líquidos, características fisiológicas del prematuro de bajo peso al nacer.
11. Temor relacionado con hospitalización del recién nacido prematuro evidenciado por conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño.
12. Afrontamiento familiar comprometido relacionado con hospitalización del recién nacido prematuro evidenciado por preocupación de los padres por la salud de su hijo.
13. Riesgo de deterioro de la vinculación relacionado a hospitalización del prematuro evidenciado por hospitalización en incubadora cerrada de doble pared con soporte respiratorio.
14. Riesgo de deterioro parental relacionado con la prematuridad y el conocimiento insuficiente de los padres sobre el mantenimiento de la salud del niño.
15. Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad.

Plan de cuidados

Tabla 9

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con inmadurez neurológica (centro respiratorio) evidenciado por periodos de apnea, Silverman - Anderson de 3 leve tiraje intercostal, discreta retracción xifoidea y leve movimiento toraco abdominal, frecuencia respiratoria de 68 por minuto.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		3/5/18			4/5/18			5/5/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido prematuro presentará patrón respiratorio adecuado durante su hospitalización.	1. Realizar el control de las funciones vitales horaria, monitorización de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
Resultados esperados: Recién nacido prematuro disminuirá los periodos de apneas.	2. Verificar la fecha y el correcto mantenimiento del oxígeno por presión positiva continua en la vía aérea nasal. (humidificador, tubos corrugados colocados correctamente).	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
Recién nacido prematuro mantendrá frecuencia respiratoria dentro de los valores normales: 40 a 60	3. Mantener la posición de la cabeza del neonato en posición prona. 4. Realizar cambio de posición de acuerdo al horario de manipulación mínima manteniendo la línea media, sin traccionar la cabeza. 5. Evaluar en forma permanente los signos de distrés respiratorio mediante test de la valoración de Silverman Anderson sin abrir la incubadora.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
		9:00			9:00			9:00		

respiraciones por minuto.	6. Verificar si la elección del tamaño del gorro de acuerdo con la medida del perímetro cefálico de la cabeza.	9:00		9:00		9:00	
Recién nacido prematuro evitará el tiraje intercostal, retracción xifoidea y movimiento toraco abdominal. (Test de Silverman – Anderson: 0 puntos)	7. Verificar si el tamaño de los prong nasal sea de acuerdo con la medida de las fosas nasales	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00
	8. Mantener bien segura y correctamente ubicada la cánula nasal en las narinas.	12:00	18:00	12:00	18:00	12:00	18:00
	9. Mantener la fosas nasales y boca del paciente limpias.	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00
	10. Administrar una oxigenación adecuada, manteniendo el oxígeno humedecido y calentado según la necesidad del paciente.	12:00	18:00	12:00	18:00	12:00	18:00
	11. Administrar cafeína 8mg EV según indicación médica.		18:00		18:00		18:00
	12. Registrar las intervenciones y cuidados en notas de enfermería de la historia clínica, por cada turno.	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00
		12:00	18:00	12:00	18:00	12:00	18:00

Tabla 10

Diagnóstico de enfermería: Ictericia Neonatal relacionada a dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina evidenciado aumento de la bilirrubina indirecta en 13.1mg/dl. Piel pigmentada de color amarillo claro de piel y mucosas a nivel de cara, tronco, abdomen y porción proximal de extremidades, escala de Kramer entre 10 a 15mg/dl.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		3/5/18			4/5/18			5/5/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido prematuro disminuirá la ictericia neonatal progresivamente durante su hospitalización.	1. Realizar la higiene de manos adecuado. 2. Monitorizar los signos vitales del recién nacido horaria. 3. Desnudar al recién nacido para mantener la máxima superficie corporal expuesta manteniendo genitales cubiertos.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
Resultados esperados: Recién nacido prematuro presentará piel sonrosada y mucosas hidratadas.	4. Colocar gafas de fototerapia a la medida de los ojos salvando las fosas nasales. 5. Realizar cambio de posición de acuerdo al horario de manipulación mínima manteniendo la línea media, sin traccionar la cabeza exponer todas las zonas del cuerpo a la luz.	9:00 12:00	18:00 18:00		9:00 12:00	18:00 18:00		9:00 12:00	18:00 18:00	
Recién nacido prematuro mantendrá la bilirrubina indirecta										

dentro de los valores normales.	6. Interrumpir el menor tiempo posible la fototerapia durante la alimentación u otros procedimientos.	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00
		12:00	18:00	12:00	18:00	12:00	18:00
	7. Realizar balance hídrico estricto.		20:00		20:00		20:00
	8. Registrar las intervenciones y cuidados en notas de enfermería de la historia clínica, por cada turno.	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00
		12:00	18:00	12:00	18:00	12:00	18:00

Tabla 11

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con incapacidad para absorber los nutrientes evidenciado por pérdida de peso corporal.

Objetivo / Resultados	Planificación			Ejecución						
	Intervenciones	3/5/18			4/5/18			5/5/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido prematuro mejorará el equilibrio nutricional durante su hospitalización. Resultados esperados: Recién nacido prematuro aumentará su peso corporal en su 60% de los valores normal.	1. Extremar las medidas asépticas con la higiene de manos correcta.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00
	2. Verificar la posición de la sonda orogástrica.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	3. Mantener posición adecuada de recién nacido con elevación de cabecera de 30° durante la alimentación por sonda orogástrica, observando la presencia de signos de intolerancia.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	4. Registrar en la hoja de monitoreo el tipo de dieta a recibir por el recién nacido prematuro.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	5. Registrar el horario a administrar de LME por sonda orogástrica cada 3 horas	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	6. Vigilar los signos de intolerancia enteral.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	7. Administrar nutrición parenteral a 5cc/h según indicación medica		14:00			14:00			14:00	

8.	Verificar que la bolsa de nutrición parenteral cuente con protección a la luz.	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00
9.	Verificar por turno la velocidad de infusión de la NPT.	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00
10.	Realizar control de glicemia al neonato prematuro 1 hora post cambio de la nutrición parenteral		17:00		17:00		17:00
11.	Realizar balance hídrico estricto y control de flujo urinario.		20:00		20:00		20:00
12.	Registrar las intervenciones y cuidados en notas de enfermería de la historia clínica, por cada turno.	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00

Tabla 12

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado a elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y glucógeno, secundario a prematuridad.

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		3/5/18			4/5/18			5/5/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido prematuro presentará adecuada temperatura corporal durante el turno.	1. Colocar al recién nacido pretérmino en incubadora de doble pared en lo posible con balanza incorporada.	9:00			9:00			9:00		
	2. Programar la temperatura de la incubadora de acuerdo a peso del prematuro y ajuste de acuerdo a requerimiento.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	3. Realizar el monitoreo de la temperatura del recién nacido horario.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	4. Valorar el color y temperatura de la piel del recién nacido prematuro.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	5. Valorar signos de hipo o hipertermia del recién nacido prematuro.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	6. Agrupar los cuidados, respetando el horario de manipulación mínima en el recién nacido.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	7. Mantener la cabeza del recién nacido prematuro con una gorra.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	

8. Mantener la ingesta de líquidos y nutricional adecuada.	9:00	15:00	17:00	17:00	9:00	15:00	17:00
9. Realizar balance hídrico estricto y control de flujo urinario.	12:00	18:00	12:00	18:00	9:00	15:00	18:00
10. Registrar las intervenciones y cuidados en notas de enfermería de la historia clínica, por cada turno.	9:00	15:00	9:00	15:00	9:00	15:00	15:00
	12:00	18:00	12:00	18:00	9:00	15:00	18:00

Tabla 13

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a vías invasivas (catéter umbilical arterial y venoso, sonda orogástrica, vía periférica).

Objetivo / Resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución								
		3/5/18			4/5/18			5/5/18		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: Recién nacido prematuro disminuirá el riesgo de infección durante el turno.	1. Extremar las medidas asépticas con la higiene de manos correcta antes y después de cada procedimiento o manejo del recién nacido.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	2. Realizar el control de las funciones vitales horaria, monitorización de la frecuencia cardiaca y temperatura.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	3. Agrupar los cuidados, respetando el horario de manipulación mínima en el recién nacido.	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	4. Valorar signos de infección (dolor, coloración, inflamación y rubor).	9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00		9:00 12:00	15:00 18:00	
	5. Verificar la posición de la SOG.	9:00			9:00			9:00		
	6. Valorar la zona de inserción de catéteres.	9:00			9:00			9:00	15:00	
	7. Verificar la permeabilidad de vías invasivas (catéter periférico, catéter umbilical arterial y venoso).	9:00	18:00		9:00	18:00		9:00	18:00	
	8. Administrar ampicilina 80mg EV según indicación médica.	12:00			12:00			12:00		

9. Administrar amikacina 30mg EV según indicación medica					10:00	
10.Verificar y realizar los cambios de los equipos, líneas y vía periférica según protocolo.	9:00	9:00	9:00		9:00	15:00 18:00
11.Registrar las intervenciones y cuidados en notas de enfermería de la historia clínica, por cada turno.	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00
12.Reportar fecha de cambio de catéter periférico, umbilical y sonda orogástrica.	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00	9:00 12:00	15:00 18:00

Capítulo III

Marco teórico

Patrón respiratorio ineficaz

El patrón respiratorio ineficaz se define como la inspiración o espiración que no proporciona una ventilación adecuada (Herdman & Kamitsuru, 2015).

El recién nacido requiere al menos completar las 35 semanas de gestación para alcanzar el proceso de maduración anatómica y funcional de los pulmones; el desarrollo funcional del pulmón fetal y la producción del surfactante son necesarios para la función respiratoria normal, el cual depende de diferentes factores, como la integridad de las estructuras respiratorias anatómicas como: pulmones, árbol bronquial, vías aéreas superiores, caja torácica, músculos respiratorios y de los elementos reguladores de la actividad respiratoria localizados en el sistema nervioso central (Tamez, 2016).

El factor relacionado que presenta el neonato prematuro con bajo peso al nacer es la inmadurez neurológica (centro respiratorio). Brena, Cruz y Contrera (2015) mencionan en su investigación que la inmadurez del pulmón del recién nacido pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El síndrome de distrés respiratorio se debe a ausencia del surfactante, lo que origina micro atelectasias alveolares y cortocircuitos intrapulmonares múltiples que a su vez producen una incapacidad para captar oxígeno (O₂) y eliminar el dióxido de carbono (CO₂).

El síndrome de distrés respiratorio es la principal causa de morbilidad en el neonato pretérmino y representa una enfermedad por inmadurez pulmonar y es exclusivamente una enfermedad del recién nacido pretérmino. Por otra parte, el neonato en estudio es un pretérmino de 31 semanas de gestación con diagnóstico médico de enfermedad

de membrana hialina, la cual se genera por la inmadurez del pulmón, no simplemente por la parte bioquímica que es el déficit de surfactante, sino también por la morfología y funcionalidad del pulmón, debido a que no ha completado su maduración llevando a una falta de aireación y un patrón respiratorio anormal (Brena, Cruz y Contrera, 2015).

Nascimento y Pantoja (2016) afirman que la maduración anatómica y funcional de los pulmones requiere, por lo menos 35 semanas de gestación; el desarrollo funcional del pulmón y la producción de surfactante son necesarios para la función respiratoria normal; en los recién nacidos prematuros las funciones están comprometidas lo que aumenta los problemas respiratorios.

Dentro de las características definitorias en el neonato en estudio encontramos la frecuencia respiratoria de 68 por minuto. Luquin, Muñoa, Cidrian y Furtado (2017) refieren que la taquipnea es la frecuencia respiratoria superior a 60 y en ocasiones de 90 a 100 respiraciones por minuto, cuando se acompaña de retracciones subcostales y/o intercostales intensas que indican un trabajo respiratorio aumentado y de pequeñas pausas intercaladas para “descansar”, se debe establecer alguna intervención terapéutica para evitar una pausa de apnea.

El periodo de apnea, según Pérez, Cabrera y Sánchez (2008) señalan que apnea es todo episodio de ausencia de flujo respiratorio de duración superior a 20 segundos, independientemente de la repercusión clínica que presente, y también los episodios de ausencia de flujo en la vía aérea de menor duración que se acompañan de repercusión cardiocirculatoria como bradicardia y/o hipoxemia. Las pausas de apnea se deben diferenciar de la respiración periódica, patrón respiratorio irregular con pequeñas pausas de escasa duración, sin repercusión cardiocirculatoria y con recuperación espontánea, que es un patrón respiratorio normal en los recién nacidos pretérmino.

Otra característica definitoria es la escala clínica de Silverman - Anderson, el cual se compone de los siguientes elementos: tiraje intercostal, disociación toraco - abdominal, aleteo nasal, retracción xifoidea y quejido respiratorio. Dicha escala tiene una puntuación entre 0-2, tomando como valor mínimo un recién nacido sin los elementos antes mencionados y el valor máximo como el puntaje de mayor gravedad. Esta escala permite estimar, en los recién nacidos, la presencia o ausencia de dificultad respiratoria (Acosta & Jiménez, 2016).

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a este problema se basan en: Monitorear los signos vitales cada hora, es parte de la planificación de los cuidados de enfermería, y conduce a obtener información objetiva sobre la estabilidad cardiorrespiratoria, hemodinámica y térmica del paciente. El control de las variables vitales es parte de la valoración clínica de enfermería y generalmente se efectúa acompañada de un monitoreo multiparamétrico en forma permanente, permitiendo evaluar y comparar el valor numérico, la onda de pulso, el trazado electrocardiográfico y el patrón respiratorio con los datos obtenidos (Aguayo & Lagos, 2016).

El mantener bien segura y correctamente ubicada la cánula nasal en las narinas; el ajustar el dispositivo nasal es importante porque es de fácil desplazamiento, lo que origina escape de aire y reducción del oxígeno administrado por presión positiva continua en la vía aérea nasal, que dificulta una oxigenación adecuada. Así mismo, administrar una oxigenación adecuada, de acuerdo con la indicación médica, manteniendo el oxígeno humedecido y calentado según la necesidad del paciente. esto proporciona presión distensora continua a las vías respiratorias del recién nacido con respiración espontánea. Esta presión aumenta el volumen alveolar e impide que los alvéolos se colapsen en la espiración. También incrementa la capacidad residual funcional, mejora el tiempo de difusión de los gases pulmonares. Así mismo, el mantener el oxígeno calentado ayuda a la estabilidad térmica y la humidificación,

evitando el resecamiento de las mucosas del tracto respiratorio, y facilitando también la fluidificación de las secreciones en las vías aéreas (Tamez, 2016).

Ictericia neonatal

La ictericia neonatal se define como la coloración amarillenta de la piel y mucosas que aparece a las 24 horas de vida, relacionadas a un exceso de bilirrubina en la sangre del neonato (Herdman & Kamitsuru, 2015).

La ictericia es un concepto que hace referencia a la coloración amarillenta de piel y mucosas, ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Por hiperbilirrubinemia se entiende la elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl. Es muy común en el recién nacido y, para algunos autores, alrededor del 60% de los recién nacidos a término y el 80% de los recién nacido pretérmino desarrollarán ictericia antes de la primera semana de vida (Omeñaca y González, 2014).

Carrasco (2014) en su artículo de revista *Enfermería Neonatal* menciona que la ictericia es el resultado de la acumulación de bilirrubina en los tejidos corporales, es un signo clínico caracterizado por la pigmentación amarilla, que puede ir de una situación trivial a una situación grave, se caracteriza por la acumulación de bilirrubina en la sangre y se difunde dentro de los tejidos adquiriendo color amarillento-verdoso principalmente en la piel y el tejido esclerótico y fluidos corporales.

En nuestro estudio está presente el problema de dificultad para la transición a la vida extrauterina. Según Rubio (2015) en su investigación titulada “Factores asociados a mortalidad en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales , mayo 2015 - mayo 2017” considera que los primeros minutos del recién nacido se consideran esenciales para la adaptación del feto a la vida extrauterina, los cambios inmediatos que se producen en el sistemas pulmonar y circulatorio permiten que

pase de una situación de circulación fetal, con intercambio de gases por la placenta, a una respiración pulmonar independiente.

La ictericia en el recién nacido puede estar presente en el momento de nacer o puede aparecer en cualquier momento del periodo neonatal. Suele ser un proceso fisiológico que sólo el 6 a 8% corresponde a formas patológicas, secundario a la inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina. La hiperbilirrubinemia puede deberse a anomalías en la formación, transporte, metabolismo y excreción de la bilirrubina. La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente en el 60% de los recién nacidos a término, y se caracteriza por no presentar síntomas y desaparece al 2do o 7mo día. Será patológica al menos en 6% de recién nacidos iniciándose en las primeras 24 horas y se acompaña de otros síntomas, la bilirrubina aumenta más de 5mg/dl diarios y sobrepasa los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dl o dure más de una semana en el recién nacido a término, excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más de dos semanas en el pretérmino (Omeñaca y González, 2014).

Carrasco (2014) en su artículo de revista *Enfermería Neonatal* menciona que la ictericia es el resultado de la acumulación de bilirrubina en los tejidos corporales, es un signo clínico caracterizado por la pigmentación amarilla, que puede ir de una situación trivial a una situación grave, se caracteriza por la acumulación de bilirrubina en la sangre y se difunde dentro de los tejidos adquiriendo color amarillento-verdoso principalmente en la piel y el tejido esclerótico y fluidos corporales.

En nuestro estudio está presente el problema de dificultad para la transición a la vida extrauterina. Según Rubio (2015) en su investigación titulada “Factores asociados a mortalidad en recién nacidos prematuros con enfermedad de membrana hialina en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo 2015 - mayo 2017” considera que los primeros minutos

del recién nacido se consideran esenciales para la adaptación del feto a la vida extrauterina, los cambios inmediatos que se producen en el sistemas pulmonar y circulatorio permiten que pase de una situación de circulación fetal, con intercambio de gases por la placenta, a una respiración pulmonar independiente.

La ictericia en el recién nacido puede estar presente en el momento de nacer o puede aparecer en cualquier momento del periodo neonatal. Suele ser un proceso fisiológico que sólo el 6 a 8% corresponde a formas patológicas, secundario a la inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina. La hiperbilirrubinemia puede deberse a anormalidades en la formación, transporte, metabolismo y excreción de la bilirrubina. La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente en el 60% de los recién nacidos a término, y se caracteriza por no presentar síntomas y desaparece al 2do o 7mo día. Será patológica al menos en 6% de recién nacidos iniciándose en las primeras 24 horas y se acompaña de otros síntomas, la bilirrubina aumenta más de 5mg/dl diarios y sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2 mg/dl o dure más de una semana en el recién nacido a término, excepto si recibe lactancia materna, en cuyo caso puede durar tres semanas o más de dos semanas en el pretérmino (Omeñaca y González, 2014).

En el estudio la característica más común que presento el recién nacido es la gasometría arterial anormal. Según los resultados de los gases en la sangre se puede determinar si hay un problema en los pulmones (respiratorio) o los riñones (metabólico), y si la sangre es demasiado ácida (acidosis) o demasiado alcalina (alcalosis). Se pueden distinguir cuatro trastornos: La acidosis respiratoria en la cual una respiración comprometida hace que el CO₂ no pueda salir del cuerpo, y por lo tanto aumenta en la sangre la concentración de CO₂ y el pH disminuye. Las posibles causas incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la neumonía. La alcalosis respiratoria es un aumento de la respiración elimina más

CO₂, lo que permite que la concentración de CO₂ en sangre disminuya y el pH aumente. Las posibles causas incluyen hiperventilación, dolor y ciertas enfermedades pulmonares. La acidosis metabólica es un pH bajo junto con una disminución de la concentración de bicarbonato en la sangre. Las posibles causas incluyen una diabetes mellitus no regulada y problemas renales graves. Y por último la alcalosis metabólica si hay un aumento del pH con un aumento de la concentración de bicarbonato en la sangre (Lopera, 2014).

Otra característica del recién nacido es la piel ictericia. Según Quirós (2014) en su artículo “Ictericia Neonatal” menciona que ictericia significa que la piel se ha vuelto amarilla, debido a los altos niveles de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es el pigmento que convierte la piel amarilla. La bilirrubina proviene de la descomposición normal de los glóbulos rojos viejos. El hígado normalmente se deshace de la bilirrubina. Pero, al nacer, el hígado puede ser inmaduro.

El paciente en estudio de 2 días de nacido ingresa con un diagnóstico médico de dificultad respiratoria marcada asociada a inestabilidad térmica. El diagnóstico se basa en una adecuada interpretación de los signos, síntomas y de los antecedentes, sumada a los resultados del hemograma completo, los reactantes de fase aguda, los hemocultivos, etc. bilirrubina total aumentada, según indicación médica se inicia fototerapia. Otra intervención que se realizó fue

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en los cuidados del recién nacido pretérmino con fototerapia, en proteger los ojos con una venda adecuada porque la intensidad de la luz puede lesionar la retina. De la misma manera, desvestir al recién nacido manteniendo genitales cubiertos, para que la acción de la fototerapia alcance una superficie más extensa. Medir la intensidad de la luz con el radiómetro, ya que la

irradiación por debajo de 4.0 W/cm²/nm no tiene efecto terapéutico y la irradiación ideal debe ser mantenido entre 8 y 15 (Silva et al., 2018).

En cuanto a la posición se debe cambiar de cada 3 horas como mínimo para permitir que el recién nacido reciba la acción terapéutica de la fototerapia de modo uniforme. Otra intervención de enfermería que realizamos es interrumpir cada 8 horas la fototerapia durante 15 minutos, retirando la venda ocular para promover la estimulación visual. Y por último realizar el balance hídrico estricto debido a la pérdida insensible de agua alrededor del 40% porque cuando el paciente está en fototerapia resulta importante monitorizar la diuresis y la hidratación del recién nacido (Tamez, 2016).

Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales

El Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales el cual es definido por el consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. (Herdman & Kamitsuru, 2015).

El presente diagnóstico se ve relacionado con la incapacidad para absorber los nutrientes, la (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015) menciona la importancia de hacer énfasis en proveer cantidades óptimas de energía y proteínas desde la primera semana al recién nacido prematuro. El aporte energético es necesario para mantener el metabolismo basal, la temperatura corporal normal y el crecimiento corporal. Variará dependiendo de las patologías y/o medicaciones administradas. En el caso de recién nacidos de muy bajo peso al nacer, se tendrá en cuenta la necesidad de crecimiento compensatorio necesario para superar el déficit energético acumulado durante las primeras semanas de vida, por lo cual se recomienda un aporte de 110 a 140kcal/kg/día. Este valor puede variar en función a la edad gestacional y peso de nacimiento

El diagnóstico se evidencia por el soporte nutricional por vía parenteral en el recién nacido prematuro, el cual se recomienda iniciar la nutrición parenteral y enteral en los primeros 5 días de vida para evitar complicaciones futuras. La nutrición enteral favorece la integridad funcional y estructural del aparato gastrointestinal, mejora la actividad hormonal, el desarrollo de la mucosa intestinal, la actividad de la lactasa, la absorción de alimentos, la maduración motora y la mineralización ósea. La nutrición parenteral consiste, en la provisión de nutrientes mediante su infusión a una vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir los requerimientos metabólicos y del crecimiento. La nutrición parenteral puede ser utilizada en todo niño desnutrido o con riesgo de desnutrición secundario a una patología digestiva o extradigestiva, aguda o crónica para dar cobertura a sus necesidades nutricionales con el objetivo de mantener su salud y/o crecimiento, siempre que sus necesidades no logren ser administradas completamente por vía enteral (Moreno, Villares & Junquera, 2016).

El aporte de aminoácidos desde el primer día de vida tiene como objetivo evitar el consumo de depósitos endógenos de energía y proteínas. Por ejemplo, un recién nacido prematuro extremo de 26 semanas y 1000 g pierde 1,6 g/día de proteínas en 7 días (11,2 g en una semana), lo que representa el 13% de su contenido proteico corporal. Además, deja de ganar 1,8 g/día correspondiente a su acreción proteica normal equivalente a 12,6 g si hubiera continuado creciendo intraútero. Y, en el término de una semana, presentará un déficit de proteínas aproximado del 27% en relación a un feto de igual edad gestacional que permaneció en útero. Los prematuros no son capaces de sintetizar varios aminoácidos, entre ellos cisteína, taurina y glicina, que deben ser aportados por la dieta. La taurina es un aminoácido que participa como neurotransmisor en el desarrollo del sistema nervioso, en el mantenimiento de la función de los receptores de la retina y en la conjugación de las sales biliares, favoreciendo

la absorción de las grasas, resultando esencial en los niños prematuros (Martínez & Pedrón, 2017).

Los lípidos son una buena fuente de energía y es seguro iniciar su administración en lo posible desde el primer día. En la práctica actual por la duración más prolongada de las parenterales sin lípidos, es más factible por el costo efectividad disponer de stock de bolsas de aminoácidos y glucosa, para las primeras horas de vida, pero desde la primer parenteral personalizada ya se deben incorporar los lípidos. Hay recomendaciones que avalan aportes de 3g/kg/día desde el primer día, sin embargo, se considera que aportes de 1,5g/k/día evitan el déficit de ácidos grasos esenciales y son bien tolerados. Si es posible administrar el nivel máximo de la recomendación, no se debe superar el 40% al 50% de las calorías no proteicas (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015).

Otra evidencia en el estudio es la alimentación a través de una sonda orogástrica, el cual consiste en la introducción de una sonda de silicona a través de la boca hasta el estómago. La alimentación por sonda le permite al recién nacido prematuro con inmadurez en la succión y deglución llevar el alimento al estómago. Esta es la forma más eficiente y más segura de brindar una buena nutrición. Los medicamentos orales también pueden suministrarse a través de la sonda. (Pineda, Orozco & Márquez, 2017).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en extremar las medidas asépticas con la higiene de manos correcta, para evitar infección antes, durante y después de cada intervención con el paciente, así como, en la administración de nutrición parenteral ya que requiere una preparación bajo estrictas normas de asepsia y antisepsia, el personal debe realizarse un lavado de manos vigoroso y usar soluciones desinfectantes, usar ropa adecuada incluyendo gorro, mascarilla y guantes estériles (Castro & González, 2006).

Para los cuidados propios de la sonda orogástrica, verificar y mantener posición de elevación de cabecera de 30° adecuada en el recién nacido prematuro, ya que durante la alimentación por sonda orogástrica puede haber desplazamiento de la sonda, con riesgo de aspiración y observar la presencia de signos de intolerancia (Villanueva, 2016).

Así mismo, registrar en la hoja de monitoreo el tipo de dieta a recibir y el horario a administrar de LME por sonda orogástrica cada 3 horas; se recomienda el uso de sonda orogástrica, mientras el paciente presente dificultad respiratoria o requiera oxígeno por cánula el seguir con las indicaciones brindadas por el médico tratante del recién nacido tras su evaluación (Talavera, Fernandez , Paredes, & Noelia, 2018).

En cuanto a la administración de la nutrición parenteral verificar la correcta velocidad de infusión según la indicación médica brindada, conociendo el peso del paciente y los datos bioquímicos actualizados, el medico calculará de forma automática una nutrición parenteral que sólo se modificará en función de la evolución clínica del paciente. (Villanueva, 2016). Así como verificar que la bolsa con nutrición parenteral cuente con protección para evitar la degradación de vitaminas sensibles a la luz (Tamez, 2016).

Por último, realizar el control de glicemia al neonato prematuro 1 hora post cambio de la NPT, para tomar medidas respecto a la glucosa del recién nacido prematuro, el aporte debe ser progresivo para prevenir la hiperglucemia (Guías Nacionales de Neonatología., 2005).

Riesgo de la temperatura corporal

El riesgo de la temperatura corporal definido como vulnerable a sufrir un fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales, que puede comprometer la salud (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Para Betancourt Fuentes et al., (2017) el término temperatura corporal se utiliza para describir los procesos que mantienen el equilibrio entre ganancia y pérdida de calor. Si se añade o quita una determinada cantidad de calor a un objeto, su temperatura aumenta o disminuye, respectivamente, en una cantidad que depende de su capacidad calorífica específica. En caso de desequilibrio entre termogénesis y termólisis se produce un cambio en la tasa de almacenamiento de calor corporal y consecuentemente un cambio en el contenido de calor del cuerpo y en la temperatura corporal.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado con la prematuridad, la incapacidad del recién nacido pretérmino para mantener una temperatura estable deriva de la tendencia a perder más calor que el que produce, cualquier alteración de la temperatura corporal, por ligera que sea, puede tener graves consecuencias. La temperatura del cuerpo está regulada casi exclusivamente por mecanismos nerviosos de retroalimentación negativa que operan, en su mayoría, a través de centros termorreguladores situados en el hipotálamo. En adición al control neural, las hormonas afectan la termorregulación, pero en general están asociadas con su periodo de adaptación (Lizarralde, Gutiérrez & Martínez, 2017).

Para López, (2014) existen tres modelos que explican el mecanismo de la homeostasis térmica en el ser humano. Los dos primeros proponen que la temperatura es la variable regulada. Estos modelos consideran que los mecanismos termorreguladores tratan, en todo momento, de llevar la temperatura corporal al punto de ajuste. El tercer modelo es fundamentalmente diferente a los dos primeros, ya que propone que la variable regulada es el contenido de calor en lugar de la temperatura, en este modelo se considera que la temperatura del cuerpo es un subproducto de la regulación. Dos fuentes de calor alteran la temperatura corporal: la generación de calor interno y el calentamiento o enfriamiento ambiental. Debido a las reacciones químicas exotérmicas todos los órganos producen calor metabólico, inclusive

cuando el cuerpo está en reposo. Durante el ejercicio los músculos producen varias veces más calor que el producido en reposo. El calor se disipa desde la piel al ambiente si la temperatura de la superficie cutánea es mayor que la temperatura ambiental, de lo contrario el calor es absorbido por la piel.

Las funciones termorreguladoras se dividen de acuerdo con su finalidad y mecanismo fisiológico en dos categorías: la primera comprende la termorregulación que contrarresta los cambios en la temperatura que producirían serias perturbaciones en la homeostasis térmica imponiendo un peligro para la vida y la segunda comprende un tipo especial de termorregulación, su función consiste en nivelar fluctuaciones térmicas comparativamente pequeñas pero que se originan continuamente. Estas fluctuaciones de la temperatura que se producen aun en la zona termoneutral son una parte inherente en la vida normal del ser humano. En ausencia de cambios abruptos de la temperatura, esta última es la principal función del sistema de termorregulación. (Azevedo & Vannucchi, 2016).

Los recién nacidos pretérminos presentan menor cantidad de depósitos de grasa parda y menor habilidad de generar calor por este mecanismo, escasez de reservas de glucógeno y glucosa. También presentan mayor área de superficie y menor cantidad de tejido celular subcutáneo; mayor pérdida de calor desde el interior del organismo por falta de aislamiento ya que presenta epidermis fina y ausencia de estrato corneo en las primeras semanas de nacimiento. La ausencia de vernix caseoso y respuesta fisiológica dependiendo de su edad gestacional los recién nacidos menor de 28 a 29 semanas tienen dificultad para producir calor en respuesta al frío. Necesitan temperaturas medioambientales elevadas, más altas cuanto menor es el peso del niño al nacimiento. Durante las primeros 48 h de vida estos niños tienen una respuesta vasomotora muy pobre ante una situación de frío y permanecen vasodilatados lo que aumenta las pérdidas de calor (Lizarralde et al., 2017).

Dentro de las intervenciones de enfermería en el recién nacido con termorregulación ineficaz, tenemos que revisar la incubadora y ajustar la temperatura, el prematuro posee desventajas en su capacidad termorreguladora como mayores pérdidas de calor y poca capacidad para adoptar posición de flexión tendiente a disminuir el área expuesta, así como también habilidad disminuida para producir calor (Madrid, Miranda, & Jaimes, 2015).

De la misma manera, mantener el sensor cutáneo de temperatura en los prematuros, porque el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy disminuidos y es esencial realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua (Tamez, 2016).

Para mantener un ambiente térmico neutro, se define como el rango de temperatura ambiental, en el cual la tasa metabólica es decir el consumo de oxígeno es mínima y la termorregulación se logra sin control vasomotor. Así como conservar la cabeza del recién nacido cubierta con gorro para así evitar el contacto con superficies frías (Tamez, 2016).

Por otra parte, el monitorizar la temperatura cada 2 horas mínimas e ir implementando medidas de acuerdo a los resultados, porque la medición de la temperatura permitirá determinar la recuperación de la normotermia y evaluar la eficacia de las medidas instauradas. El recién nacido pretérmino es susceptible a las pérdidas de calor, estas medidas evitan la hipotermia y ayudan al recién nacido a mantenerse normotérmico (Betancourt et al., 2017).

Por último, debemos agrupar los cuidados de enfermería de la manera menos agresiva y en el menor tiempo posible. Durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del recién nacido y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1°C para evitar enfriamientos y/o sobre calentamientos. Las manipulaciones se harán siempre entre dos personas, una en contacto directo y la otra de apoyo. Así como también, evitar despertarlo

bruscamente, facilitando la transición gradual sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención. Los niños prematuros no pueden estar en lugares en donde el ruido es mayor a 50 db, ya que esto afecta a su sistema neurológico ya que se ha comprobado que se destruye neuronas, a su vez sumado también que hace que pierda fuerza y calor muscular que para ellos es importante mantener por la inmadurez anatómico fisiológico. Realizar caricias cíclicas suaves y acordes a su estado de salud y proveer una cama de forma de “nido”. Los masajes son importantes porque aparte que brinda calor al contacto de piel a piel, tiene otro beneficio que es estimular el sistema neurológico y emocional del neonato (Tamez, 2016).

Riesgo de Infección

El riesgo de infección, se define como la vulnerabilidad a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud (Herdman & Kamitsuru, 2015).

Para Verdecia et al., (2017) definen que la infección neonatal es el proceso patológico causado por la invasión de organismos patógenos o potencialmente patógenos en tejidos normalmente estériles, fluidos o cavidades corporales.

La sepsis neonatal se define como el síndrome caracterizado por la presencia de síntomas y signos clínicos sugestivos de infección y dos o más de los marcadores de respuesta inflamatoria sistémica. Pueden ser sepsis neonatal grave o severa, sepsis complicada con hipotensión o disfunción de un órgano; o llegar a un shock séptico; una sepsis severa con hipotensión que requiere fluidoterapia y soporte inotrópico; o por último llegar a un síndrome de disfunción multiorgánica por la presencia de fallo multiorgánico que no responde a fluidoterapia y soporte inotrópico (Tijerina et al., 2011).

La sepsis neonatal precoz, de transmisión vertical o de inicio temprano se define como aquella que se presenta dentro de las primeras 72 horas de vida. Se han descrito

asociaciones entre varios factores de riesgo de la madre y del parto y la sepsis neonatal precoz. Algunos de estos factores son: la colonización recto-vaginal por *Estreptococo B*, parto prematuro, ruptura prolongada de membranas, ruptura prematura de membranas, inicio espontáneo del trabajo de parto prematuro, trabajo de parto prolongado, realización de varios exámenes vaginales, corioamnionitis, infecciones sistémicas maternas, líquido amniótico con mal olor y asfixia perinatal. La inmadurez del sistema inmune, propia del recién nacido, lactante y el niño en general, lo hace especialmente susceptible a las infecciones, las que tienden a diseminarse y generar cuadros clínicos graves. Esto se observa con mayor frecuencia en neonatos prematuros o de bajo peso. La escasa madurez de estos pacientes al nacimiento constituye un factor limitante en su supervivencia y puede empeorar la gravedad de las patologías que pueden aparecer en ellos. En la última década, varios estudios revelaron un aumento de las tasas de infección por *Escherichia coli*, y en particular, entre neonatos prematuros (Garaboa et al., 2015).

Dentro de los factores relacionados encontramos a los procedimientos invasivos, según Vizzuet et al., (2014) son técnicas que se utilizan para la alimentación parenteral, la asistencia respiratoria, el tratamiento farmacológico, la utilización de procedimientos invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos, han dado lugar a un fenómeno propicio para la invasión bacteriana.

Para Carbajal, Mayans, Rufo, & Silvera, (2016) refieren que el catéter venoso umbilical es la canalización de los vasos del cordón umbilical como vía de acceso al torrente vascular del recién nacido. se trata de una técnica para realizar una rápida colocación de la vía central, uso frecuente en recién nacidos críticos. Esta vía nos permite utilizarla el tiempo necesario mientras se planifica otro tipo de vías a realizar, según la necesidad del paciente. El riesgo de infección se asocia con los días de uso de estos catéteres. Cada vez más, dadas las

complicaciones que pueden presentar (trombosis, infecciones, etc.), se discute su utilización, aceptándose este tipo de abordaje cuando no se puede colocar otra vía central.

Otro procedimiento invasivo es la sonda orogástrica que consiste en la introducción de una sonda de polivinilo u otro material de determinado calibre a través de la boca hasta el estómago. Esta sonda se usa para suministrar alimentación y medicamentos hacia el estómago hasta que el bebé pueda tomar alimento por vía oral. Está indicado para realizar una función nutricional, en los recién nacidos prematuros con inmadurez en la succión y deglución o aquéllos en período de transición en el que aporte por vía oral no es suficiente (Guerrero et al., 2014).

Por último, la introducción de un catéter venoso periférico que es la intervención más usada dentro de la terapia intravenosa y es el pilar fundamental dentro del cuidado de neonatos gravemente enfermos ingresados a unidades de cuidado intensivo neonatal. Se utiliza para la hidratación, nutrición parenteral, transfusión de sangre y hemoderivados y el uso de distintos fármacos hacen que el acceso vascular sea una necesidad prioritaria para estos pacientes.” Aunque estas alternativas han demostrado efectividad en la administración de fluidos, no están ajenas de presentar complicaciones como hematomas, flebitis, infección, sepsis y eventos tromboembólicos. Si bien, aproximadamente el 90% de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter se presentan asociadas a cateterismo venoso central, la infección nosocomial ha sido fuertemente vinculada a algunos procedimientos invasivos y uso de dispositivos como los catéteres venosos periféricos (Lecca et al, 2017).

Por otra parte, la incidencia de estas infecciones se relaciona con la edad, de manera que la mayor incidencia ocurre en neonatos y lactantes menores. Por otro lado, la cateterización venosa umbilical sigue empleándose, pero se ha restringido a los casos absolutamente necesarios dado el riesgo de graves complicaciones. La inserción periférica de

catéteres centrales apareció en Chile, y en otros países, como una excelente alternativa para neonatos de la unidad de cuidados intensivos, no obstante, éstos no siempre están disponibles dado su mayor costo y necesidad de entrenamiento en su instalación y manejo (Vizzuet Martinez et al., 2014).

Las intervenciones a realizar frente a este problema se basan en realizar el lavado de manos clínico antes y después de cada procedimiento, son medidas profilácticas contra la proliferación de microorganismos en las manos y previene las infecciones. Así como cumplir con las normas de bioseguridad porque disminuyen la contaminación de zonas que para beneficio del paciente y del personal, el cual se se deben mantener protegidas (Tamez, 2016).

Por otra parte, valorar la hidratación, turgencia y coloración de la piel, porque es la primera barrera protectora del cuerpo compuesta por epidermis, dermis e hipodermis. La infección es la proliferación de agentes patógenos en un área específica, un medio de poder identificar una posible infección es la observación de la zona en la coloración, temperatura, dolor e inflamación, algún cambio en estas características indicaría algún riesgo para la salud (Ruiz et al., 2012).

Por otra parte, es importante controlar las funciones vitales en el neonato principalmente la frecuencia cardiaca como la temperatura; la hipertermia es la elevación de la temperatura mayor a 37.5°C y la taquicardia es la elevación de la frecuencia cardiaca mayor a 120 por minuto, el cual, son dos valores que pueden manifestar la existencia de una infección (Madrid et al., 2015).

Así como también, reportar las fechas de cambio de vías, líneas y equipos al 3er día según protocolo, el cambio de catéter periférico debe ser no mayor de 3 días, por ser una vía de ingreso directo a cualquier agente patógeno dentro del torrente sanguíneo (Tamez, 2016).

Por último, reportar la administración de antibiótico según indicación médica:

Amikacina 30 mg endovenoso cada 36h, los antibióticos son bactericidas usados como medio profiláctico de las infecciones. La amikacina es un antibiótico de la familia de los aminoglucósidos, utilizado contra bacterias gram negativas en el recién nacido. En su empleo es necesario obtener concentraciones séricas definidas para obtener la mejor eficiencia con la mínima toxicidad (Alvarado et al, 2016).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendieron 3 días al paciente, iniciando el 3/05/18 al 5/05/18.

Se atendió al recién nacido prematuro H. V. en la unidad de cuidados intensivos neonatales, durante 3 días, cuya valoración inicio el 3 de mayo y finalizó la atención el 25 de mayo del 2018.

El 1er. día de atención fue en el turno mañana, el 2do. día turno tarde y el 3er. día en turno diurno.

El primer día tuvo 7 diagnósticos, el 2do. Día 5 diagnósticos y el 3er. día fueron 3 diagnósticos identificados.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Patrón respiratorio ineficaz.

Objetivo alcanzado, recién nacido prematuro presento adecuado patrón respiratorio, ventilando espontáneamente a F_{iO_2} 21%, no se observa tiraje intercostal, retracción xifoidea y movimiento toraco abdominal. (Test de Silverman – Anderson: 0 puntos), no presenta periodos de apnea, presentando frecuencia respiratoria de 46 por minuto.

Segundo diagnóstico.

Ictericia Neonatal

Objetivo no alcanzado, recién nacido prematuro no disminuyo ictericia neonatal ya que aún se encuentra recibiendo fototerapia durante el turno, continua con piel icterica y los resultados de bilirrubina aún se encuentran levemente alterados.

Tercer diagnóstico.

Desequilibrio Nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Objetivo alcanzado, recién nacido mejoro el equilibrio nutricional prematuro logra ganar 135 gramos de su peso corporal, al tercer día de valoración (peso actual: 1620 gramos) se encuentra recibiendo en menor cantidad nutrición parenteral a 4cc/h y un mayor aumento de lactancia materna por sonda orogástrica a 12cc cada 3 horas.

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

Objetivo alcanzado, recién nacido prematuro presentó adecuada temperatura corporal durante el turno, presentando temperatura de 36.7°C.

Quinto diagnóstico.

Riesgo de infección.

Objetivo alcanzado, recién nacido prematuro disminuyó el riesgo de infección durante el turno. Presento la piel sin signos de infección o lesión, presentando temperatura de 36.7°C.

Conclusiones

Se concluyó que el primer, tercer, cuarto y quinto objetivo fue alcanzado, mientras que el segundo objetivo aún no se ha alcanzado.

En el primer diagnóstico patrón respiratorio ineficaz el recién nacido pretérmino mejoro su patrón respiratorio, ventilando espontáneamente a FiO₂: 21%.

El segundo diagnóstico ictericia neonatal, el recién nacido pretérmino continúa recibiendo fototerapia.

El tercer diagnóstico desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, el recién nacido pretérmino logro subir de peso corporal.

El cuarto diagnóstico riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, el recién nacido pretérmino presento adecuada temperatura corporal T: 36.7°C.

Por último, en el quinto diagnóstico de riesgo de infección, el recién nacido prematuro, presenta la piel sin signos de infección o lesión, T: 36.7°C.

Bibliografía

- Acosta, Jiménez, Y. (2016). Perfil epidemiológico del recién nacido pretérmino en una institución privada del Occidente de México. *Revista Médica*, 7(4), 270–274. Retrieved from www.revistamedicamd.com
- Aguayo P, A., & Lagos T, A. P. (2016). *Guia clinica de control de signos vitales*. Chillán. Retrieved from [http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/Guia tecnica de control de signos vitales kine.pdf](http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/Guia%20tecnica%20de%20control%20de%20signos%20vitales%20kine.pdf)
- Alessandrini Garaboa, N., Sarmiento Portal, Y., Marquez Concepción, Y., Portal Miranda, M. E., & Vara Cuesta, O. L. (2015). El recién nacido pretérmino con infección de inicio precoz. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 19(6), 14. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000600007
- Alvarado-Gamarra, G., Alcalá-Marcos, K. M., Abarca-Alfaro, D. M., & Bao-Castro, V. (2016). Características microbiológicas y terapéuticas de la sepsis neonatal confirmada en un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.331.2010>
- Azevedo de Abreu, R., & Vannucchi, C. (2016). Cuidados intensivos del neonato. *Veterinary Focus*.
- Betancourt Fuentes, C. E., Vásquez Méndoz, M. G., Bañuelos Romero, I., Fernández Olivas, M. M., González Segura, M. E., & Rodríguez González, N. A. (2017). Una manera eficaz de mejorar la termorregulación del recién nacido prematuro: el polietileno. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 15(3), 135–140. Retrieved from <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-enfermeria-del-instituto-mexicano-del-seguro-social/articulo/una-manera-eficaz-de-mejorar-la-termorregulacion-del-recien->

nacido-prematuro-el-polietileno

Brena Ramos, V. M., Cruz-Cortés, I., & Contreras Brena, J. C. (2015). Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio. *Salud y Administración*, 2(6), 17–38. Retrieved from http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num6/A2_Proceso_Enfermero.pdf

Carbajal, B., Mayans, E., Rufo, R., & Silvera, F. (2016). Pauta de colocación de catéteres umbilicales. *Archivos de Pediatría Del Uruguay*, 87(3), 263–268. Retrieved from http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300010

Carrasco Tejerina, S. H. (2014). Prevalencia de Ictericia Neonatal, (Hiperbilirrubinemia intermedia) y factores asociados en Recién nacidos a término en el Hospital II Ramón Castilla - EsSalud durante el año 2014. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/54244562.pdf>

Castro López, F., & González Hernández, G. (2006). Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4), 15–25. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400003

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, M. de S. (2015). Nutrición del niño prematuro. (Área de Comunicación Social de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ed.) (Primera Edición). Buenos Aires. Retrieved from http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000709cnt-2015-10_nutricion-del-ninio-prematuro.pdf

Guerrero Márquez, G., Martínez Serrano, A., & Míguez Navarro, C. (2014). Sondaje

naso/orogástrico en el paciente pediátrico. Revisión de métodos de comprobación de la ubicación. *Revista Rol de Enfermería*, 37(9), 575–580. Retrieved from <https://medes.com/publication/93391>

Guías Nacionales de Neonatología. (2005). *Guías Nacionales de Neonatología*. (Comite Editoria, Ed.) (IMinisterio de Salud). Santiago de Chile. Retrieved from https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2005_Guia-Nacional-de-neonatologia.pdf

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. (Elseiver, Ed.) (Española). Barcelona. Retrieved from [https://books.google.com.pe/books?id=CiPuCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Diagnósticos+enfermeros+NANDA+2015-2017&hl=qu&sa=X&ved=0ahUKEwjJ7c_E3ufgAhUprVkKHYuVCKgQ6AEIJDAAN#v=onepage&q=Diagnósticos enfermeros NANDA 2015-2017&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=CiPuCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Diagnósticos+enfermeros+NANDA+2015-2017&hl=qu&sa=X&ved=0ahUKEwjJ7c_E3ufgAhUprVkKHYuVCKgQ6AEIJDAAN#v=onepage&q=Diagnósticos+enfermeros+NANDA+2015-2017&f=false)

Lecca Carrión, V. E., Nicolás Barrios, Y. P., & Torres Dávila, M. I. (2017). Factores de la enfermera y el niño que intervienen en la canalización de vía periférica en el servicio de emergencia del INSN, 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Retrieved from http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/906/Factores_LeccaCarrion_Veronica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lizarralde Palacios, E., Gutiérrez Macías, A., & Martínez Ortiz De Zárate, M. (2017). Alteraciones de la termorregulación. *Emergencias*, 12(1), 16. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/alteraciones_termoregulacion.pdf

Lopera Parraga, A. (2014). La gasometría arterial por enfermería. *Puublicaciones Didacticas*, 51(1), 167.

- López Dávila, A. J. (2014). Actualidad en termorregulación. *Pensar En Movimiento: Revista de Ciencias Del Ejercicio y La Salud*. <https://doi.org/10.15517/pensarmov.v12i2.14918>
- Luquin Hermoso, M., Muñoa Arrieta, M., Cidrian Urra, J., & Furtado Eraso, S. (2017). Termorregulación en el recién nacido mediante cuna térmica. *Revista Medica Electronica Portales Medicos*, 1(1), 8. Retrieved from <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/termorregulacion-recien-nacido-cuna-termica/>
- Madrid, S., Miranda, E., & Jaimes, L. (2015). Cuidados de enfermería en neonatos relacionados con termorregulación. Universidad Nacional de Cuyo. Retrieved from http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8521/jaimes-liliana-analia.pdf
- Manuel, J., Villares, M., & Junquera, C. G. (2016). Nutrición parenteral. Madrid. Retrieved from <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parenteral.pdf>
- Martínez Costa, C., & Pedrón Giner, C. (2017). Requerimientos en nutrición parenteral pediátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 14–23. <https://doi.org/10.20960/nh.1376>
- Omeñaca Teres, F., & González Gallardo, M. (2014). Ictericia neonatal. *Pediatría Integral*, XVIII(6), 367–374. Retrieved from <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/03/367-374.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cada día mueren 7000 recién nacidos a pesar de los progresos en la supervivencia infantil. Retrieved April 5, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>
- Pérez Rodríguez, J., Cabrera Lafuente, M., & Sanchez Torres, A. M. (2008). Apnea en el periodo neonatal. Madrid. Retrieved from www.aeped.es/protocolos/

- Pineda Frutos, M. F., Orozco Gutiérrez, A., & Márquez González, H. (2017). La técnica de alimentación y su influencia en el incremento de peso en el neonato enfermo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 15(3), 200–206. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000300200
- Quirós Madrigal, C. (2014). Ictericia Neonatal. *Revista Medica De Costa Rica y Centroamérica*, 1(613), 759–763. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145n.pdf>
- Rubio Carranza, N. (2015). Conocimientos de las enfermeras y calidad del cuidado al recién nacido. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo. Retrieved from <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8669/2E344.pdf?sequence=1>
- Ruiz Peláez, J. G., Romero, R., Buitrago López, A., Desarrollador, E., Metodológico, E., Eulalia, M., ... Sanclemente Mesa, G. (2012). Guía de atención integral del recién nacido con trastorno respiratorio. Pontificia Universidad Javeriana, 34. Retrieved from https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/08/2_GAI.pdf
- Silva, L., Sotrato, F., Silva, D., Turiani, M., Casquel, C. M., Juliani, M., & Spiri, W. C. (2018). Desarrollo de un protector ocular para fototerapia en recién nacidos: Una tecnología. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16(1), 5. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae
- Talavera, L., Ab, L., Fernandez Fabiana, L., Paredes, E., & Noelia, R. (2018). Sonda orogástrica o nasogástrica. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*.
- Tamez, R. N. (2016). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal : asistencia del recién nacido de alto riesgo*. (Editorial Medica Panamericana, Ed.) (5ª ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana. Retrieved from

<https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/5659/Enfermeria-en-la-Unidad-de-Cuidados-Intensivos-Neonatal.html>

Tijerina, Y., Rodríguez, I., Gallegos, A., Cavazos, M., & Romero, J. (2011). Sepsis neonatal intrahospitalaria. Incidencia y factores de riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.

Verdecia Charadán, A., Colás Alonso, J., Antuch Medina, N., Rousseaux Lamothe, S., & Reyes Matos, I. (2017). Factores de riesgo asociados a sepsis precoz en neonatos. *Revista Información Científica*, 96(2), 195–204. Retrieved from <http://www.revinfoinformacioncientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/11/1001>

Villanueva García, D. (2016). Insuficiencia respiratoria neonatal. (InterSistemas, Ed.) (4ta Edición). Mexico. Retrieved from https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf

Vizzuet Martinez, R., Aguilar Lucio, A. O., Mendoza Domínguez, S., Rodríguez Zepeda, J. J., & Daniel Rosenthal, V. (2014). Infecciones nosocomiales asociadas con procedimientos invasivos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital del tercer nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(1), 5. Retrieved from <https://www.redalyc.org/html/473/47330738003/>

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE DE UCI NEONATAL

DATOS GENERALES	
Fecha y hora de ingreso al servicio: 01/05/2018 H.C: 2645581 Apellidos del RN: H.V.R.N Fecha y hora de nacimiento: 01/05/2018 Días: 02 Sexo: M (X) F () Persona de referencia: HUAMAN ROJO MARCO (PAPÁ). Telf.: 987567219. Procedencia: SOP (X) SP () EMG () Forma de llegada: Incubadora (X) Cuna () Peso: 1485 kg. Talla: 40 cm. PC: 28.5 cm. PT: 29cm. P.A: 28cm. Diagnostico Medico de ingreso: R.N. PRETÉRMINO 31SS. SINDROME DISTRES RESPIRATORIO	
<div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px; border: 1px solid black;">I. PATRON PERCEPCION CONTROL DE LA SALUD</div> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES MADRE Edad: 32 AÑOS Antecedentes: DM () HIV () HEPATITIS A () B () Sífilis () Otro: Grupo Sanguíneo: O Factor: Positivo. Grado de instrucción: SUPERIOR. Ocupación: CONTADORA. Estado civil: CASADO. Alergias: No (X) Si () Especificar: Medicamentos que consume: No (X) Si () Especificar:..... Consumo de sustancias toxicas: No (X) Si () Especificar:..... N° de gestación: 01 N° de abortos: 0 N° de cesárea: 0 N° de embarazo ectópicos: 0 Control prenatal: No () Si (X) N°: 05 Vacunas recibidas: DT 1° dosis (28 / 31 / 2017) DT 2° dosis (28/ 02 / 2018) Influenza (28 /31/ 2017) Complicación gestacional: RPM () Preeclampsia (X)</p> <p>PADRE Edad: 32 AÑOS Antecedentes: DM () HIV () HEPATITIS A () B () Sífilis () Otro: Grupo Sanguíneo: A Factor: Positivo. Grado de instrucción: SUPERIOR. Ocupación: INGENIERO CIVIL Estado civil: CASADO Alergias: No (X) Si () Especificar:..... Medicamentos que consume: No (X) Si () Especificar:..... Consumo de sustancias toxicas: No (X) Si () Especificar:.....</p> <p>PARTO Intrahospitalario (X) Extrahospitalario () Tipo: Eutócico () Distócico (X) Presentación: Cefálico () Podálico (X) Transversal () L. Amniótico: Claro (X) M. fluido () M. espeso () Clampaje tardío: No (X) Si () Contacto precoz: No (X) Si ()</p> <p>NEONATO RNAT () RNPT (X). Apgar: 1° 7 puntos. 5° 9 puntos. EG (Capurro): 31ss. Sufrimiento fetal: No (X) Si () Circular simple (X) doble () Profilaxis ocular: No (X) Si () Profilaxis umbilical: No () Si (X) Vitamina K: No () Si (X) Vacuna HVB: No (X) Si () Vacuna BCG: No (X) Si () Estado de higiene: Buena (X) Regular () Mal () Pelmatoscopia: No () Si (X)</p>	<div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px; border: 1px solid black;">II. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</div> <p>Alimentación Peso Nacimiento: 1660 gr Peso actual: 1550gr NPO () NPT (X) LME () LM (X) FM () Alimentación por: Gotero () SNG () SOG (X) SY () CVU (X) Succión: Si () No (X) Deglución: Si () No (X) Hemoglobina: 17gr/dl</p> <p>Piel Color: Rosada () Pálida () icterica (X) cianosis () Diaforesis Si () No (X) Temperatura: 36.7 Integridad: No () Si (X) Especificar:..... Fontanela: Normotensa (X) Abombada () Deprimida () Edema: Si () No (X) localización:..... Hidratación: seca () turgente (X) descamativa ()</p> <p>Boca Mucosa oral: húmeda (X) seca () lesiones () Características: Vómitos: No (X) Si () Malformaciones: No (X) Si () Especificar:.....</p> <p>Abdomen Blando (X) depresible (X) distendido () doloroso () Globuloso () Perímetro abdominal: 28 cm Ruido hidroaéreo: Presente (X) disminuido () aumentado () ausente () Alteraciones digestivas: No (X) Si () Malformaciones congénitas gastrointestinales: No (X) Drenajes: No (X) Si () Características:.....</p>
<div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px; border: 1px solid black;">III. PATRON DE ELIMINACIÓN</div>	
Ano permeable: No () Si (X) Intestinal: Estreñimiento No (X) Si () Días:..... N° deposiciones/día: 03 Color: meconial (X) transición () amarillo () líquida () pastosa () melena () sangre () Colostomía () ileostomía () Fecha de colocación: Vesicales: Micción espontánea: Si (X) No () Características:..... Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal () Fecha de colocación:..... Orina: amarilla () colurica () con sangre ()	

IV. PATRON DE ACTIVIDAD EJERCICIO

Actividad respiratoria

Espontanea () Oxigenoterapia () VM invasiva ()
VM no invasiva (X)
Fase I: CBN () Casco cefálico () flujo..... Fio2.....
Fase II: CPAP (X) PEEP: 5 flujo: 5 Fio2: 30%
Fase III: VM () Modo..... Parámetro: VT:
TET: N°..... Fijación en:
Cianosis: No (X) Si () Disnea No (X) Si ()
Signos de dificultad respiratoria: Silverman: 03 pts.
Quejido respiratorio No (X) Si () Aleteo nasal No (X)
Si () Retracción xifoidea No (X) Si () Tiraje
Intercostal No () Si (X) Movimiento toraco abdominal
No () Si (X)
Color: Rosado () cianótico () icterico (X) pálido ()
rubicundo () acrocianosis () reticulado ()
Ruidos respiratorios: Sibilantes () Roncantes ()
crepitantes () Frecuencia: normal (X) anormal ()
Sat O₂: 90% - 96% Ritmo: Regular () Irregular ()
Apnea (X) Secreciones: No (X) Si ()

Actividad circulatoria

Ritmo: Regular (X) irregular ()
Llenado capilar: Aumentada (X) Disminuida ()
Pulsos periféricos: Conservados (X) Disminuido ()
Edema: No (X) Si () localización:.....
Líneas invasivas: Vía Periférica (X) C.V. Central () C.
Umbilical (X) PICC ()
Localización: Umbilical / Miembro Superior Derecho
Ejercicio
Tono muscular: Conservado (X) hipotonía ()
hipertonía ()
Movilidad: Conservada (X) limitada ()
Comentario adicional:

V. PATRON SUEÑO - DESCANSO

Sueño conservado: No () Si (X) regular (X) irregular ()
Duerme con dificultad: No (X) Si ()
Se despierta con facilidad: No (X) Si ()
Recibe medicamento estimulante: No () Si (X)
especificar: Cafeína 8mg EV cada 24 H
Comentarios adicionales:

VI. PATRON PERCEPTIVO COGNITIVO

Estado de conciencia: Dormido () Activo (X)
Somnoliento () Reactivo (X) Letárgico ()
Hipoactivo ()
Reflejos:
Succión: No (X) Si ()
Búsqueda: No (X) Si ()
Babinski: No (X) Si ()
Moro: No () Si (X)
Pupilas: Isocóricas () midriáticas () Reactivas () No
Reactivas (X)
Llanto: ausente () débil () regular () vigoroso (X)
Comentarios adicionales:

VII. PATRON DE AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO

Estado emocional del neonato: Tranquilo (X) Irritado ()
Llanto persistente ()
Comentarios adicionales:

VIII. PATRON DE RELACION - ROL

Fuente de apoyo: Padre (X) Madre (X)
Otros:
Estado civil de los padres: casados (X) convivientes ()
divorciados () Cuantos hijos tienen los padres: 0
Que numero de hijo es: 01
Estado emocional de los padres: Tranquilo () Ansioso
(X) Irritable () Indiferente ()
Muestra interés por la situación de su hijo: No () Si (X)
Preocupación principal de los padres: Salud de su Hijo.

IX. PATRÓN REPRODUCCIÓN - SEXUALIDAD

Varón

Testículos descendidos: Si (X) No ()
Malformaciones: no.

Mujer

Secreción vaginal: Sangre () Moco () blanquecinas ()
Labios genitales: normales () edematizados ()
Malformaciones:

X. PATRÓN ADAPTACION TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS

La mayor parte del tiempo el neonato esta: Tenso ()
Relajado (X) Comentario adicional: Padres se
encuentran ansiosos por la salud de su hijo

XI. PATRON VALORES Y CREENCIAS

Restricciones religiosas (Padres del R.N): No (X) Si ()
Religión de los padres: católico.
Comentario adicional:

DATOS ADICIONALES:

Tratamiento Médico Actual

LME 9cc Sonda Orogástrica c/ 3h
NPT 5cc/h Catéter Umbilical c/24h
Ampicilina 80 mg Ev c/12h
Amikacina 30 mg Ev c/ 16h
Cafeína 8mg EV c/ 24h

Exámenes Complementarios:

Hemograma.....
AGA.....
Rx tórax.....
Interconsultas.....
.....
.....

Sello y firma de la enfermera

Fuente: Elaboración propia.

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico recién nacido prematuro de bajo peso al nacer, con síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una Clínica de Lima, 2018”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales R.N.H.V. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Katherine Lucero Zaravia Antonio, bajo la asesoría de la Dra. Aura Marlene Montes Paz. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

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

Nombre y apellido: _____

DNI: _____ Fecha: _____

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

Tabla 14

Evaluación de Escala de Riesgo de Caídas en el recién nacido, Macdems

ANEXO 2 ESCALA MACDEMS (Paciente Pediátrico)			
Variables		Puntaje	
Edad	Recién Nacido	2	
	Lactante Menor	2	
	Lactante Mayor	3	
	Pre - escolar	3	
Antecedentes de caídas previas	Si	1	
	No	0	
	Antecedentes	Hiperactividad	1
		Problemas Neuromusculares	1
Síndrome convulsivo		1	
Daño orgánico cerebral		1	
Compromiso de conciencia	Otros	1	
	Sin antecedentes	0	
	Si	1	
Puntaje Obtenido	No	0	

Tabla 15

Evaluación del dolor en el neonato, utilizando la escala de PIPP (Perfil del dolor en infante prematuro), Stevens 1996.

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)				
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso				
* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso				
Interpretación:	6 dolor leve o no dolor		12 dolor moderado	
				dolor intenso

Tabla 16

Escala de kramer para medir la Ictericia Neonatal, Madrigal C, 2014

ESCALA DE KRAMER		
Nivel	Región anatómica	Niveles de bilirrubina
1	Cabeza y cuello.	5-6 mg/dL.
2	Miembros superiores, tórax y abdomen superior (hasta ombligo).	7-9 mg/dL.
3	Abdomen inferior y muslos (hasta rodilla).	10-12 mg/dL.
4	Piernas (hasta tobillos).	13-16 mg/dL.
5	Palmas y plantas.	> 17 mg/dL.

Tabla 17

Evaluación de la dificultad respiratoria en el neonato, utilizando la escala de Silverman – Anderson

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON					
	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Minimo	 Solo por estetoscopio
GRADO 2	 Siempre Visible	 Marcado	 Marcado	 Marcado	 Audible al oído
Puntaje		Dr. Alex Velasco		Interpretación	
0 puntos				Sin dificultad respiratoria	
1 a 3 puntos				Con dificultad respiratoria leve	
4 a 6 puntos				Con dificultad respiratoria moderada	
7 a 10 puntos				Con dificultad respiratoria severa	