

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato pre termino con síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018

Por:

Jessica Lizi Yance Sarasi

Asesor:

Mg. Kennedy Teofila Lozano Huari

Lima, julio de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, KENNEDY TEOFILA LOZANO HUARI, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato pre término con síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada YANCE SARASI JESSICA LIZI, 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 veintidós días del mes de julio de 2019.



Mg. Kennedy Teofila Lozano Huari

Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato pre término con síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez.

Presidente



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Mg. Kennedy Teofila Lozano Huari

Asesor

Lima, 22 de julio de 2019

Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos.....	viii
Símbolos usados.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I	12
Valoración.....	12
Datos generales	12
Valoración según patrones funcionales:.....	12
Datos de valoración complementarios:	14
Exámenes auxiliares	14
Tratamiento médico.....	16
Capítulo II.....	18
: Diagnóstico, planificación y ejecución.....	18
Diagnóstico enfermero	18
Primer diagnóstico:	18
Segundo diagnostico	18
Tercer diagnostico	19
Cuarto diagnóstico.....	19
Quinto diagnóstico	19
Sexto diagnostico	19
Séptimo diagnóstico	20

Octavo diagnóstico.....	20
Noveno diagnóstico.....	20
Decimo diagnóstico.....	20
Onceavo diagnóstico.....	21
Planificación.....	21
Priorización.....	21
Plan de cuidados.....	23
Capítulo III.....	29
Marco teórico.....	29
Deterioro del intercambio de gases.....	29
Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	32
Riesgo de infección.....	33
Riesgo de aspiración.....	35
El dolor agudo.....	38
Capítulo IV.....	40
Evaluación y conclusiones.....	40
Evaluación por días de atención:.....	40
Primer diagnóstico.....	40
Segundo diagnóstico.....	40
Tercer diagnóstico.....	40
Cuarto diagnóstico.....	41
Quinto diagnóstico.....	41
Bibliografía.....	42

Apéndices..... 46

Índice de tablas

Tabla 1	14
Gasometría arterial	14
Tabla 2	15
Análisis de laboratorio	15
Tabla 3	16
Grupo Sanguíneo y Factor RH.....	16
Tabla 4	23
Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación -perfusión e/v disnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, frecuencia respiratoria y gasometría arterial anormal.....	23
Tabla 5	25
Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva algo densas e/v cianosis, frecuencia respiratoria 72 x min, secreciones en regular cantidad.....	25
Tabla 6	26
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos: vía periférica, TET, SOG.....	26
Tabla 7	27
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración r/a alimentación enteral (SOG), intubación oral (TET).	27
Tabla 8	28
Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado agentes lesivos biológicos evidenciado por conductas expresivas (<i>inquietud y llanto</i>).....	28

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	46
Apéndice B: Consentimiento informado	48
Apéndice C: Escalas de evaluación	49

Símbolos usados

RNPT: Recién Nacido Pretérmino

SDR: Síndrome de Distrés Respiratorio

EMH: Enfermedad de Membrana Hialina

APGAR: Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración, es una prueba de evaluación al recién nacido.

PC: Perímetro Cefálico

PT: Perímetro Torácico

PA: Presión Arterial

FR: Frecuencia Respiratoria

FC: Frecuencia Cardíaca

STO₂: Saturación de Oxígeno

FIO₂: Fracción Inspirada de Oxígeno

T: Temperatura

CPAP: Presión Positiva Continua de las Vías Respiratorias

PEEP: Presión Positiva al Final de la Expiración

RPM: Ruptura Prematura de Membrana

NPO: Nada Por Vía Oral

NPT: Nutrición Parenteral Total

SOG: Sonda Orogástrica

AGA: Análisis de Gases Arteriales

PCO₂: Presión Parcial de Dióxido de Carbono

HCO₃: Bicarbonato

BHE: Balance Hídrico Estricto

PH: Potencial de Hidrogeno

Resumen

La aplicación del presente proceso de atención de enfermería corresponde al paciente RNPT de 36 semanas de EG de sexo masculino con iniciales E.T.N.N, aplicado durante 3 días al recién nacido, a partir del segundo día de su ingreso al servicio de UCI Neonatal de un hospital de Lima. El Dx. médico de este neonato RNPT 36ss, Síndrome Distrés Respiratorio o Membrana hialina, Sepsis probable. En los 3 días de brindar los cuidados de enfermería se identificaron 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos de enfermería que fueron: deterioro del intercambio de gases, limpieza ineficaz de vías aéreas, riesgo de infección, riesgo de aspiración y ansiedad. Los objetivos generales fueron: el neonato mejorará progresivamente intercambio de gases, recuperará limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno, se mostrará libre de riesgo a infección durante el turno, estará libre de aspiración durante el turno, disminuirá dolor agudo durante el turno. De los objetivos propuestos, se alcanzaron el segundo y el tercero, mientras que el primero, cuarto y quinto, no se lograron concluir en su totalidad porque es un recién nacido prematuro, el cual requiere madurez para mejorar la producción de surfactante, además cada vez que se tiene contacto con el recién nacido se le observa gestos de incomodidad y aun el neonato presenta en menor cantidad secreciones algo tensas.

Palabras claves: prematuro, síndrome distrés respiratorio, bajo peso al nacer.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombre: E.T.N.N

Edad: 1 día

Motivo de ingreso: el recién nacido pretérmino de 36 semanas de EG con iniciales E.T.N.N. de sexo masculino, se le encuentra en la UCIN en Servo cuna a 32°C, con distrés respiratorio, tiraje intercostal moderado, retracción xifoidea leve y quejido audible, puntaje de Silverman Anderson 5, polipnéico con FR = 72 x', con presencia de secreciones oro faríngeas claras en regular cantidad, densas, con SOG para drenaje, FC = 126 x', T° = 36.5 °, Sat O2 = 94%, recibe oxígeno por CBN a 4 litros por minuto (luego se le coloca en VM). Diagnóstico médico: RNPT 36 ss., Síndrome Distrés Respiratorio o Membrana Hialina– Sepsis Probable

Días de hospitalización: 10 días.

Días de atención de enfermería: 3 días.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Antecedentes neonatales

Neonato nacido por cesárea, primera gestación, procedencia intermedios.

Antecedentes maternos

Edad de madre 43 años, primigesta de 36ss, con antecedentes de salpingectomía derecha (por orígenes del cáncer de ovario determinan la extirpación de las trompas de Falopio y reducir

riesgo de cáncer de la madre, presenta Oligohidramnios, grupo sanguíneo O+, se realizó 3-6 controles prenatales, en su relato indica que estuvo en tratamiento de Infertilidad INVITRO.

Patrón II: Nutricional metabólico.

El RNPT se encuentra en NPO desde el ingreso a UCI NEONATAL, en su valoración, cabeza grande en relación del cuerpo, color de piel algo rosada, cianosis distal , presencia de tejido esfacelado en ambas muñecas (cara dorsal), abdomen depresible, globuloso, perímetro abdominal 32 cms, ruidos hidroaéreos presentes en los movimientos, se observa extremidades flexionadas y algo hipertónicas con manos empuñadas, con una temperatura 36.6° C, y con presencia de sonda orogástrica, en control del recién nacido peso: 2300, bajo peso al nacer , FC: 126 x min, exámenes de laboratorio HB: 12.9; HTO : 36.3.

Patrón III: Eliminación.

El RNPT, con ano permeable, presenta 2 deposiciones de color verde petróleo, de consistencia líquida, con bolsa colectora con una cantidad de 46 cc de orina en turno noche, paciente hace uso de pañal.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad Respiratoria

A RNPT se le realiza los controles de funciones vitales, SAT 94%, frecuencia respiratoria (FR): 72 x min, le colocan en VM invasiva, TET # 3.5 fijación TI: 0.358, MODO: PC AC, Resp: 50, PIP: 15, FiO2: 45, PEEP: 5, TI: 0.35, RAMPA 0.1 , en auscultación se evidencia, disnea , tiraje intercostal, ruidos respiratorios sibilantes en ACP y crepitantes, el recién nacido realiza movimientos voluntarios, se observa secreciones blanquecina, movilidad limitada.

Actividad circulatoria

El neonato presenta catéter umbilical y arterial, llenado capilar mayor de 2 segundos, con FC = 126, PA = 58/60, Saturación de O₂ = 94 %.

Patrón V: Descanso – sueño.

Neonato presenta horas de sueño irregular.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Neonato con pupilas isocóricas, activo, reactivo a estímulos, con presencia de búsqueda, presencia de fascias de dolor en la movilización, inquieto y presencia de llanto.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

No se encuentra patrón funcional

Patrón VIII: Relaciones – rol.

La fuente de apoyo es su madre, el estado emocional de estos es ansiedad, irritables, y en todo momento muestra una preocupación por el recién nacido.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

El neonato presenta ambos testículos descendidos, genitales de características normales.

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

Estado emocional de madre ansiosa, angustiada.

Patrón XI: Valores y creencias.

La madre es católica.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Gasometría arterial

Compuesto	Valores normales	17/10 7:24 AM	18/10 6:47 PM	18/10 12:07AM
PH	7.35 -7.45	7.23	7.19	7.25
PCO ₂	35-45	50	48.9	51.3

PO2	60-80	79.2	80.1	82.4
HCO3	22-25	20.3	18.1	21.9
BE	+ - 3.0	7.3	-9.6	-3.2
SATO2	95 %	96%	96%	97%

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: el PH indica si es acidotico, PCO2 (acidosis respiratoria) una alta acidosis indica hipoventilación, un elevado nivel de PCO2 es deseado en determinados trastornos con la insuficiencia respiratoria, se le conoce como hipercapnia permisiva, un bajo HCO3 indica acidosis metabólica, cuando los riñones están trabajando para compensar un problema respiratorio.

Tabla 2
Análisis de laboratorio

Exámenes de laboratorio	Parámetros normales	Fechas	
		17/10/2018	18/10/2018
Hemoglobina	12-16 gr/dl	15.4	12.9
Hto	41-65 gr/dl	47.1	36.3
Leucocitos	9000-37000 mm3	19000	17400
Segmentados	55-65%	69	75
Eosinófilos	0.5-0.4 %	1	0
Basófilos/blastos	0-2 %	0	0
Monocitos	4-8%	11	8
Linfocitos	23-35 %	13	16
Plaquetas	150-400 mil mm	227000	218000
P. Trombina	11 – 15	15.6	
Tp. Tromboplastina	25 – 35	76.2	
Fibrinógeno	1.92 – 3.74	0.9	
Glucosa	20-65 mg/dl	99	20
Urea	3 – 12 mg /dl		28
Calcio	< 1.2	1.23	
Sodio	< 100		142
Cloro	< 90		109
Bilirrubina Total	1 – 6 mg/dl		6.26
B. Directa	Hasta 0.5 mg / dl		0.49

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: El hemograma es uno de los exámenes solicitado con mayor frecuencia, porque agiliza el diagnostico de diversas patologías, como los linfocitos bajos son las infecciones inusuales, aumento de la frecuencia de las infecciones.

Tabla 3
Grupo Sanguíneo y Factor RH

Compuesto	Valor encontrado
Grupo sanguíneo	O
Factor RH	POSITIVO

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: El factor Rh puede ser causa de problemas cuando tu sangre es Rh negativo, (tu pareja tiene sangre Rh positiva) y el bebé hereda sangre Rh positiva. A esta situación es a la que se le denomina “*incompatibilidad del Rh en el embarazo*” y existe la posibilidad de que el bebé tenga problemas de salud. Es decir, la incompatibilidad Rh.

Tratamiento médico.

Segundo día (18/10/2018)

Nada por vía oral (NPO) Por 1 DIA

Dextrosa 10% 7cc/H VT: 168 EV cada hora

Ampicilina 250 mg c/ 12 H EV cada 12 horas

Gentamicina (11mg/ kg/ día cada 24 horas) EV cada 24 horas

Fentanilo 670 mg + DEXT 5% 24 cc (0.5 cc/h) - 1cc – 10mg 10 % EV cada hora

Gluconato de Calcio 10 % 2.8 cc c/ 8H

Morfina 0.3 mg c/ 6 h

Transfusión Creocipitado 28 cc

Fio2: 50% FC: < 100 x min

HGT c/12 H

CFV + BHE+ OSA

RX TORAX

Vigilar flujo de Orina

Transfusión de PFC 28 cc pasar en 60 mg

Tercer día (20/10/2018)

LM 5cc c/3 h x SOG

Dextrosa 10% + 100 cc + Hipersodio 20% 1.2 cc + kalium 20% 1 cc

Ampicilina 280 mg EV cada 12 horas

Gentamicina (11mg/ kg/ día cada 24 horas) EV

Fentanilo 670 mg + DEXT 5% 24 cc (0.5 cc/h) – EV

Morfina 0.3 mg c/ 6 h EV

O2 por FIO 30 %

HGT c/12 H SS/ AGA

RX TORAX (8PM)

Fentanilo disminuye 0.4 cc/h

Capítulo II

: Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero

Primer diagnóstico:

Características definitorias: disminución en el nivel de dióxido de carbono (CO₂) con distrés respiratorio, tiraje intercostal moderado, retracción xifoidea leve y quejido audible, (puntaje de Silverman Anderson 5), Gasometría arterial anormal (pH = 7.19, PCO₂= 48.9, PO₂= 80.1, HCO₃= 18.1).

Etiqueta diagnóstica: deterioro del Intercambio de gases.

Factor relacionado: desequilibrio en la ventilación –perfusión.

Enunciado diagnóstico: deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación -perfusión evidenciado por disnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, y gasometría arterial anormal.

Segundo diagnóstico

Características definitorias: alteración de la frecuencia respiratoria (72 x min), cianosis distal, Secreciones algo densas en regular cantidad.

Etiqueta diagnóstica: limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Factor relacionado: presencia de secreciones.

Enunciado diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a la presencia de secreciones evidenciado por cianosis distal, frecuencia respiratoria 72 x min, secreciones algo densas en regular cantidad.

Tercer diagnostico

Etiqueta diagnostica: riesgo de infección.

Factor de riesgo: procedimientos invasivos, catéter venoso periférico en MSI

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección relacionado a procedimiento invasivos como catéter periférico, TET, SOG.

Cuarto diagnóstico

Características definatorias: no presenta.

Etiqueta diagnostica: riesgo de aspiración.

Factor de riesgo: alimentación enteral (SOG), intubación oral (TET).

Enunciado diagnóstico: riesgo de aspiración relacionado a la alimentación enteral (SOG), intubación oral (TET).

Quinto diagnóstico

Características definatorias: conductas expresivas (*inquietud y llanto*)

Etiqueta diagnostica: dolor agudo.

Factor relacionado: agentes lesivos biológicos.

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos evidenciado por conductas expresivas.

Sexto diagnostico

Características definatorias: preocupación y la Inquietud de la madre.

Etiqueta diagnostica: ansiedad.

Factor relacionado: crisis situacional.

Enunciado diagnóstico: ansiedad relacionado a preocupación y la inquietud de la madre evidenciada por la crisis situacional.

Séptimo diagnóstico

Características definitorias: lactancia materna no exclusiva.

Etiqueta diagnóstica: interrupción de la lactancia materna.

Factor relacionado: prematuridad.

Enunciado diagnóstico: interrupción de la lactancia materna relacionado a la prematuridad evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

Octavo diagnóstico

Etiqueta diagnóstica: riesgo de deterioro parenteral.

Factor relacionado: prematuridad.

Enunciado diagnóstico: riesgo de deterioro parental relacionado a la prematuridad.

Noveno diagnóstico

Características definitorias: culpabilización, ansiedad de la madre.

Etiqueta diagnóstica: procesos familiares disfuncionales.

Factor relacionado: estrategias de afrontamiento ineficaces.

Enunciado diagnóstico: Procesos familiares disfuncionales relacionado a las estrategias de afrontamiento ineficaces evidenciado por la culpabilización y ansiedad de la madre.

Decimo diagnóstico

Características definitorias: color de la piel anormal (cianosis distal).

Etiqueta diagnóstica: respuestas ventilatorias disfuncionales al destete.

Factor relacionado: cambios en el patrón del sueño y dolor.

Enunciado diagnóstico: respuestas ventilatorias disfuncionales al destete relacionado a color de la piel anormal evidenciado por los cambios en el patrón del sueño.

Onceavo diagnóstico

Características definitorias: faltar a las citas.

Etiqueta diagnóstica: incumplimiento.

Factor relacionado: motivación insuficiente.

Enunciado diagnóstico: incumplimiento relacionado con la motivación insuficiente evidenciado a faltar a las citas.

Planificación**Priorización.**

1. Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación - perfusión evidenciado por disnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, y gasometría arterial anormal.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a la presencia de secreciones evidenciado por cianosis distal, frecuencia respiratoria 72 x min, secreciones algo densas en regular cantidad.
3. Riesgo de infección relacionado a procedimientos invasivos: vía periférica, TET, SOG.
4. Riesgo de aspiración relacionado a la alimentación enteral (SOG), intubación oral (TET).
5. Dolor agudo relacionado agentes lesivos biológicos evidenciado por conductas expresivas (*inquietud y llanto*).
6. Ansiedad relacionada preocupación y la inquietud de la madre evidenciada por la crisis situacional.

7. Interrupción de la lactancia materna relacionado a la prematuridad evidenciado por lactancia materna no exclusiva.
8. Riesgo de deterioro parental relacionado a la prematuridad.
9. Procesos familiares disfuncionales relacionado a las estrategias de afrontamiento ineficaces evidenciado por la culpabilización y ansiedad de la madre.
10. Respuestas ventilatorias disfuncionales al destete relacionado al color de la piel anormal evidenciado por los cambios en el patrón del sueño.
11. Incumplimiento relacionado con la motivación insuficiente evidenciado a faltar a las citas.

Plan de cuidados.

Tabla 4

Diagnóstico de enfermería: Deterioro del intercambio de gases relacionado al desequilibrio en la ventilación -perfusión evidenciado por disnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea, y gasometría arterial anormal

Objetivo / resultados	Planificación Intervenciones	Ejecución									
		17/10/2018			18/10/2018			20/10/2018			
		M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Objetivo general: el neonato presentará un adecuado intercambio de gases durante el turno. Resultados esperados: 1. El neonato presentará ausencia de disnea. 2. El neonato evidenciará disminución de tiraje y retracción xifoidea. 3. El neonato mantendrá	1- Realizar el lavado las manos antes y después de cada procedimiento		13 pm			17 pm		8am			
	2- Realizar el monitoreo de control de funciones vitales (FC, FR en cada turno).		14 pm			19 pm	10am	12pm			
	3- Colocar al paciente en posición semifowler elevando la cabecera de la incubadora 30 ^o C cada 3 horas			13 pm			15 pm	12pm	13 pm		
				15 pm			18 pm		16 pm		
				18 pm			21 pm		18pm		
				21 pm			24 pm				
		24 pm			3am						
	4- Monitorizar continuamente sus ritmos cardíacos y respiratorios en cada turno.		13 pm			19 pm	15pm				
	5- Controlar la Gasometría arterial en cada turno.		15 pm			21 pm					
	6- Administra oxígeno a través de ventilación mecánica modo PC-AC		13 pm			13pm					

valores normales de FR: 40-60	7- Verificar el ventilador (los corrugados y el fluido del agua).	15pm	15 pm
4. El neonato presentará gasometría arterial normal			
pH: 7.35-7.45			
PCO ₂ : 35-45			
PO ₂ : 60-80			
HCO ₃ : 22-25			
SATO ₂ : 94 -95 %			

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado a la presencia de secreciones evidenciado por cianosis distal, frecuencia respiratoria 72 x min, secreciones algo densas en regular cantidad

Objetivo/Resultado	Planificación		Ejecución								
	Intervenciones		17/10/2018			18/10/2018			20/10/2018		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N
Resultados esperados: 1. El neonato sin presencia de cianosis distal. 2. El neonato presentara valores normales de FR: 40 – 60 x min. 3. El neonato libre de secreciones orofarínges.	1-	Realizar el lavado de manos antes y después de cada procedimiento como por ejemplo (aspiración de secreciones).		13 pm				17 pm			13 pm
	2-	Evaluar los ruidos respiratorios las modificaciones de la Sat O ₂ y la agitación del recién nacido cada vez que sea necesario.		14 pm				19 pm			15pm
	3-	Aspirar al paciente y tener en cuenta durante la aspiración: la conexión de la sonda del circuito cerrado al aspirar, observando la esterilidad de la sonda.		13 pm				15pm			19pm
	4-	Valorar las características de las secreciones constantemente.		15 pm				18 pm			21 pm
	5-	Proceder con las anotaciones de enfermería en que deberán constar el aspecto, la cantidad, el color y la viscosidad de las secreciones.		14 pm				16 pm			22 pm

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado a la alimentación enteral (SOG), intubación oral (TET).

Planificación		Ejecución									
		17/10/2018			18/10/2018			20/10/2018			
Objetivo/resultado	Intervenciones	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Objetivo general: el neonato presentara vías aéreas libres de experimentar aspiración, durante el turno.	1- Mantener la cabecera de 30 ⁰ a 45 ⁰ , para prevenir el flujo por gravedad inversa.		13 pm				17pm		13 pm		
	2- Mantener el equipo de aspiración disponible en cada turno.		14 pm				19pm		15pm		
	3- Verificar la posición del tubo endotraqueal y SOG, durante el turno.		16pm →				21pm →		17pm →		
	4- Evaluar la motilidad gástrica, evaluando los ruidos hidroaéreos, distensión gástrica, presencia de aire cada vez que sea necesario.		13 pm →				15pm →		19pm →		
	5- Evaluar el residuo gástrico, si se observara distensión abdominal y reflujo o evaluar el residuo una vez por turno, para no dañar la mucosa gástrica.		15 pm →				17pm →		21pm →		
	6- Valorar signos de aspiración: como cianosis, disnea, sibilancias, taquicardia, atelectasias.			17pm				19pm		24pm	
	7- Dejar la SOG elevada y desclampada para evitar que el estómago se llene de aire por el uso de oxígeno.			19 pm →				21pm →		2am →	

Tabla 8

Diagnóstico de enfermería: Dolor agudo relacionado agentes lesivos biológicos evidenciado por conductas expresivas (inquietud y llanto)

Planificación		Ejecución								
Objetivo/resultado	Intervenciones	17/10/2018			18/10/2018			20/10/2018		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
Objetivo general: el neonato disminuirá dolor agudo durante el turno. Resultados: 1. El neonato no muestra inquietud y/o llanto.	1- Brindar masajes al recién nacido.		13 pm				17 pm			13 pm
	2- Evitar la manipulación y realizar procedimientos al mismo tiempo, porque desencadena un periodo mas prolongado del dolor.		14 pm				19 pm			15pm
			16 pm				21pm			17pm
	3- Realizar cambios de posición adecuada al neonato.		18pm				23pm			19pm
	4- Brindar tiempo adecuado a madre para que converse con el neonato.		13 pm →				15pm →			19pm →
5- Administrar medicamentos como analgésicos porque esta sustancia estimula los receptores opioides como (fentanilo y la morfina)		15 pm				17 pm			20 pm	

Capítulo III

Marco teórico

Deterioro del intercambio de gases

Es el aumento o disminución del oxígeno y/o dióxido de carbono en las membranas alveolo – capilar, (NANDA, 2017). Al respecto, Rizzardini (1973) dice que el síndrome de dificultad respiratoria es el trastorno más frecuente en el periodo neonatal, por la presencia de taquipnea, retracción y quejido , durante las primeras horas de vida, y puede ser debido a diferentes causas como la Neumonía natal, aspiración meconial, neumotórax, neumo mediastino o malformación congénita, pero la más frecuente y la que causa mayor mortalidad en el periodo neonatal es SDRI (síndrome distrés respiratorio idiopático o el SMH (síndrome de membrana hialina).

Así mismo, Pascoal (2015) nos indica que el deterioro del intercambio de gases es una condición clínica grave que representa exceso o déficit de la oxigenación y/o en la eliminación del dióxido de carbono en la membrana alveolar, estas infecciones respiratorias agudas son las enfermedades más comunes en la infancia y contribuyen al alto índice de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años.

Igualmente, al reconocer que los objetivos de la VM han cambiado y que va más allá de la adecuación del intercambio gaseoso se debe lograr el monitoreo de parámetros fisiológicos y las posibles alteraciones que ocasionan daño pulmonar o la disfunción orgánica (Donoso et al., 2016).

Por otro lado, Casas *et al.* (2008) nos dice que es uno de los problemas médicos más comunes en los servicios de urgencia y es una de las causas más frecuentes en las unidades de

cuidados intensivos, es importante recordar la fisiopatología de la Insuficiencia Respiratoria, que tiene su origen en un desequilibrio entre la carga en el sistema respiratorio y al mismo tiempo tenga que responder a esta misma.

De las evidencias anteriores en el presente estudio, se trata de un RN con Dx. Síndrome Distrés Respiratorio que es un trastorno del desarrollo que empieza desde el nacimiento, en los RNPT los pulmones son inmaduros incapaces de secretar surfactante, es una enfermedad respiratoria compleja caracterizadas por atelectasias alveolares en el pulmón, causada por la deficiencia de surfactante, esto lleva una mayor tensión en el alveolo que no produce un buen intercambio de oxígeno y el dióxido de carbono (Quiroga, 2014).

Lo anteriormente expuesto es el déficit de surfactante a nivel de la interfase aire -líquido dentro del alveolo, aumentando la tensión superficial, situación que este colapse en la espiración, no quedando volumen residual y disminuya la compliance pulmonar, al ver menos alveolos funcionando se produce un cortocircuito de derecha a izquierda produciendo hipoxemia, a su vez la hipoxemia aumenta la permeabilidad capilar y produciendo edemas por la falta de surfactante (Quiroga, 2014).

Es por esta razón, en las características definitorias los signos y síntomas aparecen en el nacimiento o poco después con clínica respiratoria, que incluye polipnea y signos de dificultad respiratoria progresiva (quejido, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, tiraje intercostal y retracción supraesternal) con cianosis central (Gonzales & Omaña, 2006).

Así mismo, Valdivieso y Valenzuela (2015) define que la disnea, es la sensación subjetiva en la dificultad respiratoria, su origen es multifactorial en la cual se presenta disnea aguda y crónica, en la cual la disnea aguda inicia en horas y días y la disnea crónica los síntomas se presenta en más 3 semanas de evolución.

Respecto a la gasometría arterial anormal: En neonatos las enfermedades respiratorias son las que ocasionan mayor morbilidad y mortalidad y las más frecuentes son: la enfermedad de la membrana hialina, la taquipnea, el síndrome de adaptación pulmonar, el síndrome de aspiración de meconio y la neumonía (Márquez *et al.*, 2014).

A su vez, Trujillo *et al.* (2014) nos dice que es la ausencia de valores de gasometría arterial que se ajustan a nuestras condiciones ambientales y a pesar de que existen métodos no invasivos, la medición de los gases es fundamental para el diagnóstico y es necesario monitorizar del aparato respiratorio en paciente críticamente enfermos.

Mientras tanto, en el factor relacionado nos dice que el desequilibrio en la ventilación - perfusión, según la transición fetal neonatal supone el paso de un ambiente de relativa hipoxia a uno de hiperoxia en escasos minutos, habiéndose demostrado experimental y clínicamente la presencia de un estrés oxidativo asociado a la misma (Vento & Viña, 2013).

Por último, en las intervenciones de enfermería nos dice que el deterioro del intercambio de gases es muy importante la monitorización respiratoria, la aplicación de la VM es un soporte de la función respiratoria en los cuidados críticos y otros patológicos del recién nacido (Vento & Viña, 2013).

Sin duda en los cuidados de enfermería, la posición semifowler favorece una mayor expansión del tórax y mejora la ventilación pulmonar, estos datos permiten analizar la FR espontánea del recién nacido facilitando la elección del modo ventilatorio. Finalmente, la auscultación nos ayuda a valorar los sonidos normales o patológicos, producidos en algunos órganos como el corazón (Vento & Viña, 2013).

Limpieza ineficaz de las vías aéreas

Según NANDA (2017), es la dificultad para eliminar las secreciones y obstruye el tracto respiratorio para que pueda mantener las vías respiratorias estables.

Por lo tanto (NIC), nos indica que la limpieza ineficaz, es la extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración por vía oral y/o tráquea del paciente.

Así mismo, Tamez (2017) indica que la limpieza ineficaz es la aspiración de secreciones y extracción de secreciones de vías aéreas, que nos permiten facilitar los mecanismos de ventilación y oxigenación así mismo como la prevención de complicaciones.

Entre las características definitorias, encontramos la alteración de la frecuencia respiratoria que es un signo de dificultad se mide por la valoración de Silverman- Andersen, en esta valoración nos permite identificar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria mediante una evaluación de 5 parámetros (0-6), (Martínez & Romero, 2015) y la cianosis: que es la coloración azul oscura en la lengua, mucosas y piel, debida al aumento de la cifra absoluta de hemoglobina reducida por encima de 3 gr/dl, mientras la acrocianosis es un tono azulado solo en las extremidades, causada por la disminución de la circulación en esta zona y no un indicador de niveles de oxígeno bajos en la sangre (Martínez & Romero, 2015).

Mientras tanto, en el factor relacionado nos dice que hay presencia de retención de secreciones, la presencia de eventos adversos respiratorios durante el sueño aparece cuando coexiste durante el día una excesiva tendencia al sueño, este cuadro se define como síndrome de apnea (Llombart, 2012). Se tiene en conocimiento que la técnica de aspiración de secreciones evita la obstrucción de vías aéreas, y así facilita la ventilación y previene las infecciones producidas por el acumulo de estas (López *et al.*, 2016).

Por otro lado, en la aspiración de secreciones se debe permitir movilizar las secreciones del árbol traqueobronquial, nariz y boca, para que así permita mantener la vía permeable y recibir el aporte necesario de oxígeno. Ya que el patrón respiratorio neonatal se caracteriza por episodios de respiración regular, pausas de corta duración y aumento de la frecuencia posterior. Se debe monitorizar las funciones vitales, observando los cambios principales en el funcionamiento (Martinez-Lopez *et al.*, 2013); por lo tanto, el procedimiento de succión y/o aspiración de secreciones consiste en extraer las secreciones orofaríngea, nasofaríngea, a través de un catéter de succión para mantener a los recién nacidos intubados estables y en óptimas condiciones (López *et al.*, 2016).

No obstante, la oxigenoterapia nos permite aumentar el oxígeno a los tejidos utilizando la capacidad de transporte a la sangre arterial, la cantidad de este oxígeno inspirado debe ser igual a la presión parcial en los alveolos alcanzando niveles adecuados para completar la hemoglobina. Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular, auscultando ruidos húmedos en las primeras horas de vida, dado que consiste en la eliminación de las mucosidades respiratorias retenidas para lograr una óptima permeabilidad de la vía aérea, para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar neumonías causadas por la acumulación de secreciones (Martinez-Lopez *et al.*, 2013).

Riesgo de infección

Es una invasión y abundante multiplicación de organismos patógenos que compromete a la salud, NANDA (2017).

Según Tamez, Las infecciones son la causa de un índice significativo de morbimortalidad neonatal entre 15 y 45%, en los países aumentan cuya asistencia prenatal y neonatal son ineficientes.

Por otro lado, Fernández *et al.* (2008) dice que sepsis neonatal es aquella situación derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida.

Asimismo, en el factor relacionado indicamos los procedimientos invasivos, que son catéteres invasivos en el recién nacido, la obtención de un acceso vascular es imprescindible en UCI neonatal, tanto para la infusión de fármacos, fluidos o la nutrición parenteral, se puede realizar la canalización venosa central por vía umbilical los primeros días de vida y de forma percutánea o por vía periférica, Sánchez et al (1999) el Catéter venoso periférico en MSI, (es la técnica de Jonathan Shaw), consiste en la introducción de un catéter, a través de una aguja insertada a una vena periférica., así se elimina las venopunciones repetidas, y se restringe la canalización de los vasos umbilicales. Este procedimiento es fácil, poco doloroso para el neonato, siendo las complicaciones mecánicas e infecciosas (Sánchez *et al.*, 1999).

Por tanto, en las intervenciones de enfermería, la bioseguridad es importante para el RN como el lavado de manos es la principal medida cuya eficacia es para prevenir infecciones nosocomiales y difundir la resistencia antimicrobiana (Guía de la OMS, 2009).

Por otra parte, Moya (2012) dice que el lavado de manos antes y después de la atención en neonatos reduce la morbimortalidad, generando un gran impacto al demostrar la importancia del lavado de manos en la prevención de la transmisión de la enfermedad evidenciando que las manos contaminadas se pueden lavar con una gente antiséptico así puede reducir la transmisión de enfermedades contagiosas al cuidado de la salud.

Por otro lado, la administración de medicamento correcto: es comprender y conocer el nombre de cada medicamento que se brindara al paciente, identificando el medicamento se verifica la fecha de caducidad de este mismo, también debemos verificar las condiciones físicas

del medicamento, no administrar medicamentos preparado por otro personal, rotular en el medicamento el nombre, dosis, volumen del medicamento, es necesario conocer la velocidad de infusión y el tiempo de administración , para evitar alguna duda, verificar y consultar mediante el Kardex y la historia clínica, en la administración del medicamento al paciente correcto: se deberá comprobar la identificación del paciente, así evitamos posibles confusiones con otros pacientes de similares características. Igualmente, nos menciona que la dosis correcta es comprobar la dosis antes de administrar, es necesario verificar cambios en la prescripción médica, un cambio mínimo en la dosis puede cambiar la respuesta terapéutica. Mientras la administración de vía correcta es que toda prescripción debe ser especificada la vía de administración, si no está así se contacta con médico para que nos brinde la información correcta. Y por último la administración de la hora correcta, las concentraciones de los fármacos en sangre dependen mucho de la constancia y la regularidad de tiempos de administración, de debe tener en cuenta que los horarios diurnos y nocturnos en el Kardex se diferencian 12 del día (lapicero azul) con 12 noche (lapicero rojo) (Pérez y Villegas, 2014).

Al mismo tiempo, Gonzales *et al.* (2013) mencionan que la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso de corta longitud en una vena periférica, en condiciones de asepsia, se evita la aparición de efectos no deseados, implica la vigilancia de la zona de inserción (detección de posibles flebitis, decúbitos, obstrucción y extravasación).

Riesgo de aspiración

Según NANDA (2017), es vulnerable en el interior del árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales orofaríngeas sólidos o líquidos que comprometen la salud.

Herdman, H. (2013) define al riesgo de aspiración como vulnerable a la penetración en el árbol traqueobronquial de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos que puede comprometer la salud.

Los recién nacidos que requieren asistencia respiratoria mecánica presentan inhibición de la actividad ciliar por la presencia del tubo endotraqueal (TET). Por este motivo, se deben aspirar las secreciones que se acumulan alrededor y en la punta del TET para mantener una adecuada permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso (Olmedo, 2014).

Por otra parte, en el factor relacionado: el uso de TET también es vulnerable a un riesgo de aspiración por lo que existen efectos adversos que se asocian a la aspiración por TET como hipoxemia, bradicardia, disminución del volumen corriente, fluctuaciones en la saturación de oxígeno y por consiguiente variaciones en el nivel de FIO₂ que se administra. Los recién nacidos pretérmino (RNPT) presentan mayor vulnerabilidad y labilidad fisiológica, y se ha demostrado que esta técnica está asociada a un aumento de la presión arterial sistémica, de la velocidad del flujo vascular cerebral y la presión intracraneana. Otras complicaciones asociadas con esta técnica son atelectasias, neumotórax, daño en la Carina y en la tráquea. La evidencia disponible recomienda no realizar esta técnica por rutina debido a las múltiples complicaciones (Tamez, 2016).

Por otra parte, nos indica la alimentación por vía enteral es la forma habitual de incorporar alimentos en los seres humanos e involucra el sistema digestivo en su totalidad juntamente con el aporte de otros sistemas tales como endocrino y nervioso. Desde el punto de vista nutricional, la alimentación enteral permite la obtención de energía para llevar a cabo todos los procesos vitales. Es el punto de partida de la transformación de un alimento en sustancias aprovechables para el organismo. En las etapas iniciales de la vida, la alimentación por vía

enteral conlleva una serie de procesos que involucran al recién nacido y al cuidado primario que provee el alimento: la madre. En situaciones especiales, los neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) no están en condiciones clínicas de alimentarse por succión y surge la necesidad de modificar los procesos naturales (Olmedo, 2014).

Asimismo, es la compleja interacción entre los múltiples aspectos que implican nutrir un neonato prematuro o enfermo, por lo que también se expone a la vulnerabilidad de padecer un riesgo de aspiración si no se toman las medidas y cuidados correspondientes al realizar el procedimiento de alimentación por SOG (Olmedo, 2014).

En cuanto a las intervenciones de enfermería, podemos decir que existe un riesgo de aspiración en el caso de estudio, existen algunas actividades para prevenir el riesgo del problema como:

Mantener la cabecera de 30 a 45°, para prevenir el reflujo por gravedad inversa, mantener el equipo de aspiración disponible en cada turno, verificar la posición del tubo endotraqueal y la SOG, durante el turno, evaluar la motilidad gástrica, evaluando los ruidos hidroaéreos, distensión gástrica, presencia de aire cada vez que sea necesario, evaluar el residuo gástrico (Tamez, 2016).

Si se observará distensión abdominal y reflujo o evaluar el residuo una vez por turno, pero no constantemente, para no dañar la mucosa gástrica, detener la alimentación por SOG, si el RG es mayor del 50%, del volumen prescrito, si es porráceo, bilioso, etc. y avisar al médico.

Aspirar las secreciones tanto de TET, como de la boca, antes de iniciar la alimentación enteral (Tamez, 2016).

Brindar la Leche materna por la SOG, lentamente, cada tres horas (Tamez, 2016).

Valorar signos de aspiración: como cianosis, disnea, sibilancias, taquicardia, atelectasias y comunicar rápidamente, cuando se presente (Tamez, 2016).

Respetar las horas exactas de alimentación, para que el estómago se vacíe entre los intervalos de alimentación, (Tamez, 2016).

Dejar la SOG elevada y desclampada para evitar que el estómago se llene de aire por el uso de oxígeno complementario (VM) (Tamez, 2016).

El dolor agudo

Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible (Nanda, 2017).

En la práctica cotidiana en la (UCIN) los recién nacidos son sometidos a una serie de procedimientos e intervenciones que ocasionan dolor, algunos niños son prematuros y requieren hasta de dos manejos ventilatorios y procedimientos de catéteres percutáneos, acceso vascular, succión de secreciones además del constante retiro de cintas adhesivas que lastiman la piel, (Gallegos & Salazar, 2010).

Tradicionalmente, el dolor en el niño se ha tratado de forma insuficiente. Se pensaba que la incapacidad de los niños para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo. El tratamiento insuficiente del dolor conlleva a un aumento de la morbimortalidad (Vidal et al., 2005).

Así mismo, los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos están expuestos a manipulaciones y procedimientos médicos que pueden ocasionar dolor, estrés y alteración de la vigilia, siendo los pretérmino un grupo vulnerable, no recibir un tratamiento adecuado o en

forma oportuna, así como estar bajo la presencia del dolor, ocasiona cambios metabólicos y sistémicos relacionados con la liberación de hormonas asociadas con el estrés, llevando a ser más susceptibles a las infecciones por baja respuesta del sistema inmunológico (Romero, Artemo & Galindo, 2015).

Por otro lado, López *et al.* (2016) nos dice que es control y calidad de las intervenciones que recibe el neonato propiciando condiciones favorables en los cuidados rápidos, eficientes y con experta ejecución de los procedimientos, evita los factores ambientales como el ruido (un medio ambiente ruidoso interrumpe los estados de sueño y determina que el RN manifieste estrés con desaturación, taquicardia y cambios en el ciclo sueño-vigilia pudiendo afectar la presión intracraneana), la luz (los neonatos están expuestos en forma permanente a la luz brillante por lo tanto no experimenta el ciclo día-noche, se les dificulta tener sueño profundo), la temperatura (la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de perdidas pueden estar aumentadas, los RN prematuros requieren una temperatura ambiental más alta que la temperatura corporal).

Por último, López *et al.* (2016) nos dice enseñar a la madre para que realicen una estimulación positiva al neonato: Estimulación táctil (masajear las extremidades y el cuerpo del neonato incentiva contacto piel a piel); estimulación visual (tratar de que el neonato mire el rostro quien lo está atendiendo, disminuyendo la intensidad de luz); estimulación propioceptiva (ayudar a cubrir los ojos con las manos.); estimular auditiva (poner música suave durante periodos cortos de 10 a15 min o menos si el RN no lo tolera, que la madre hable con el neonato en voz baja); estimulación olfativa (con un algodón embebido en leche de la madre que lo huelo); estimulación oral (estimular con el dedo, con guante promoviendo la succión no nutritiva durante la alimentación por goteo).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Se atendió al paciente E.T.N.N en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante 3 días, cuya valoración inicio el 17 de octubre y finalizó la atención el 20 de octubre del 2018.

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

El primer día tuvo 3 diagnósticos, el 2do día 4 diagnósticos y el 3er día fueron 4 diagnósticos identificados.

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico.

Deterioro del intercambio de gases

Objetivo parcialmente alcanzado: Neonato presentó adecuado intercambio de gases de forma parcial al presentar frecuencia respiratoria de 72 Resp/min, saturación de 90 – 95 %, patrón respiratorio normal después de medidas correctivas como el CPAP; sin embargo, los gases arteriales resultaron con acidosis mixta al finalizar el turno.

Segundo diagnóstico.

Limpieza eficaz de las vías aéreas

Objetivo alcanzado (OA): el recién nacido prematuro mantuvo vías aéreas permeables por lo cual le facilita la ventilación respiratoria, con una respiración de 60 x min al finalizar el turno.

Tercer diagnóstico.

Riesgo de infección

Objetivo alcanzado (OA): el recién nacido prematuro disminuyo riesgo de infección.

Cuarto diagnóstico.

Riesgo de aspiración

Objetivo parcialmente alcanzado: el recién nacido prematuro disminuyó riesgo de aspiración durante la atención de enfermería.

Quinto diagnóstico.

Dolor Agudo

Objetivo parcialmente alcanzado: el recién nacido prematuro disminuyó dolor agudo de forma parcial al presentar fascias de tranquilidad durante el tiempo hospitalario.

Conclusión:

Se concluye que los diagnósticos de enfermería encontrados en el día de valoración como la limpieza ineficaz de las vías aéreas y el riesgo de infección obtuvieron el objetivo alcanzado en su totalidad; así mismo, el dolor agudo, el deterioro del intercambio de gases y el riesgo de aspiración fueron parcialmente alcanzado, ya que es un neonato prematuro y su evolución se dará de manera progresiva.

El uso del PAE es muy importante porque nos permite realizar la valoración a nuestro paciente, céfalo caudal, y así poder brindar un buen trabajo con acciones de enfermería, tanto al neonato y a su madre en la evolución hospitalaria.

También es importante porque es un instrumento científico que nos permite realizar un cuidado sistematizado del paciente desde la fase de valoración, diagnóstico, intervención y evaluación de todo el quehacer del profesional de enfermería en este caso se orienta en el binomio madre – niño.

Bibliografía

Elsevier 2015-2017 *Diagnósticos Enfermeros*. Definición y clasificación. Nanda Internacional

Rizzardini, M. (Rev. 1973) *Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido*. Rev. Chilena
Pediatria, Vol. 44 N°6,1973, 531-539

Pascoal, L., Venicios, M., Resende, D., Amorim, B., Martins, V., Magalhaes, F., (2015)
*Deterioro del intercambio gaseoso: precisión de las características definitorias en
niños con afección respiratoria aguda*. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

Donoso, A., Arriagada, D., Contreras, D., Ulloa, D., Neumann, M. (2016) *Monitorización
respiratoria del paciente pediátrico en UCIN* (Bol Med Hosp Infant Mex.
2016;73(3):149-165)

Quiroga, A (2014) *Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria*. Plan de
cuidados de enfermería. Rev. ENFERMERÍA NEONATAL

Gonzales A, Omaña, A (2006) *Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de
membrana hialina* (BOL PEDIATR 2006; 46(SUPL.1): 160-165.

Valdiviezo, J., Valenzuela, B (2015) *Disnea*. Guías clínicas Respiratorio. Facultad de Medicina.
Universidad Finis Terrae.

Márquez – Gonzales, H., Mota-Nova, A., Castellano-García, D., Yañez-Gutierrez, L., Muñoz-
Ramírez, M., Villa-Romero, A. (2014) *Diferencias gasométricas y ventilatorias en
neonatos con enfermedades respiratorias*. Vol. 81, Núm. 1 • Enero-febrero 2014 pp 5-
9.

Trujillo, C., Dalamau, E., Venegas, C., Diaz, C. (2014) *Valores de referencia de gases arteriales.*

Rev. Med. Vet. ISSN 0122-9354: N.º 27 enero-junio del 2014, páginas 59-71

Vento, M., Viña, J. (2013) *Oxígeno en el periodo neonatal: consecuencias patológicas en edades posteriores de la vida.* Libro: Oxígeno en el periodo Neonatal

Interrelaciones Nanda, Noc, Nic. *Diagnósticos enfermeros, resultado e intervenciones.*

Tamez (5ta Edición 2017) *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*

Martínez, C y Romero, G (2015) *Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización (Enfermería Universitaria. 2015;12(3):160-170)*

Llombart, M (2012) *Prevalencia de síndrome de apnea – hipopnea de sueño en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad.* (Ciencias Médicas 2012) Dialnet -tesis

López-Pinelo, H, Ortiz-López, A, Orosio-Méndez, M, Cruz-Sánchez, E, Lopez-Jimenez, E, Cruz-Ramírez, T, y Mijangos-Fuentes, K (2016) *Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos.* Enfermería Universitaria.2016:13(3):187-192

Ministerio de salud 2013,

Manual de Procedimientos para la Atención del Recién Nacido en el Periodo Inmediato y Puerperio (2013)

Fernández, B., López, J., Coto, G., Ramos, A., Ibáñez, A (2008) *Sepsis del recién nacido.*

Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Neonatología.

Sánchez et al (1999) *Catéteres invasivos en el recién nacido.* Medicina Fetal y Neonatología.

Anales Españoles de Pediatría

- Guía de la OMS (2009) Manual de procedimientos para la atención del Recién Nacido en el periodo inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y Ginecología. Primera Edición enero 2014 – Ministerio de Salud de Chile.*
- Moya (2012) *Guía: Lavado de manos clínico y quirúrgico. Instituto regional de enfermedades neoplásicas – Norte*
- Pérez y Villegas (2014) *Mas allá de los cinco correctos en la administración de medicamentos desde la percepción de los profesionales de Enfermería. (Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo) Chiclayo 2014*
- Gonzales et al (2013) *Protocolo para la Inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias.*
- Martínez- Martínez, T., Damián- Ferman., N (2014) *Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal, (Enfermería Universitaria 2014;11(2):61-66). Artículo de Revisión*
- Gallegos- Martínez, J, & Salazar- Juárez, M, (2010) *Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal (Enf. Neurol (MEXICO) Vol. 9 N 1:26-31,2010*
- Vidal, Calderón, Martínez Gonzales & Torres (2009) *Dolor en Neonatos. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005; 12:98-111 (Madrid)*
- Romero, Artemo & Galindo (2015) *Manejo del dolor en neonatos hospitalizados. Repert.med.cir 2015; 24(3): 182 – 193.*

Taborda, A (2013) *Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro*. Revista CUIDARTE – Programa de Enfermería UDES

Gallegos- Martínez, J., Reyes-Hernández, J., Silvan, C. (2013) *El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la unidad neonatal*. Rev. Latino-Am. Enfermagem-nov.-dic. 2013;21(6):1360-6

Barbosa, M., Pinto, M., Ribeiro, K., Moura, D (2011) *Cuidar del recién nacido en la presencia de sus padres: vivencia de enfermeras en unidad de cuidado intensivo neonatal*. Rev. Latino-Am. Enfermagem - 19(6): [1-7]

Apéndices

Apéndice A: Guía de valoración



VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO: UCI NEONATAL

DATOS GENERALES		H.C.:.....
Apellidos del RN: Fecha de nacimiento:...../...../..... hora: Edad:..... días Sexo: M () F ()		
Fecha de ingreso al servicio:...../...../..... hora: Lugar de referencia: teléf..... Procedencia: SOP () SP ()		
EMG () Consultorio () otro:..... Forma de llegada: Incubadora () Cuna () otro:..... Apgar: 1... 5... 10... PC.....cm PT.....cm		
Peso.....kg P.A.:...../.....mmhg FC:.....x' FR:.....x' SatO ₂ :.....% T°:.....°C Dx. Medico de ingreso:.....		
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES		
I. PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD		
Antecedentes:		
Madre:		
- DM () HIV () HEPATITIS (A) (B) SIFILIS () Otro:.....		
- Alergias: (SI) (NO) especificar:.....		
- Medicamentos que consume: (SI) (NO) especificar:.....		
- Consumo de sustancias tóxicas: (SI)(NO) especificar:.....		
- N° de gestación:.....		
- Control prenatal: (SI) (NO) N°..... Grupo. y factor:.....		
- Vacunas recibidas: DT 1° dosis (/ /) DT 2° dosis (/ /)		
- Vac. Contra la Influenza (/ /)		
- Complicación gestacional: RPM () hCS Pre-clampsia ()		
Otro:.....		
Padre:		
- DM () HIV () HEPATITIS () Otro:.....		
- Alergias: (SI) (NO) especificar:.....		
- Medicamentos que consume: (SI) (NO) especificar:.....		
- Consumo de sustancias tóxicas: (SI) (NO) especificar:.....		
Grupo. y factor:.....		
Parto:		
- Intrahospitalario () Extra hospitalario ()		
Domiciliario () especificar:.....		
- Tipo: Eutócico () Distócico ()		
- Presentación: Cefálico () Podálico () otros:.....		
- L. Amniótico: Claro () Meconial fluido () Meconial espeso ()		
- Contacto precoz: Si () Min No ()		
NEONATO		
RN AT () RNPT () Otros:.....		
- Apgar (1)... (5)... (10).....ptos EG x EF		
- Sufrimiento fetal: Si () No () especificar:.....		
- Profilaxis ocular () Profilaxis umbilical () AVA... vit. K ()		
- Estado de higiene: Buena () Regular () Deficiente ()		
II. PATRÓN NUTRICIONAL - METABOLICO		
- Alimentación: NPO () NPT () LME () FM ()		
Especificar:.....		
Piel: Vermosa caseosa () Lanugo () Milium ()		
- Color: Rosada () Rubicundo () Pálida () ictérica ()		
otro:.....		
- Integridad: Si () No () especificar:.....		
- Fontanela: Normo tensa () Abombada () deprimida ()		
Otros:.....		
Boca		
- Vómitos: Si () No ()		
características:..... cantidad:..... cc		
- Malformaciones: Si () No ()		
especificar:.....		
Abdomen		
Blando () depresible () globuloso () distendido () doloroso ()		
otros:.....		
- Perimetro abdominal.....cm		
- Ruido hidroaéreos: Presente () disminuido () aumentado ()		
ausente ()		
- Drenajes: Si () No ()		
Características:.....		
III. PATRÓN DE ELIMINACION		
- Ano permeable: Si () No ()		
Intestinal:		
N° deposiciones/día:.....		
Características:.....		
Color:..... olor:.....		
Consistencia:.....		
Colostomía () ileostomía ()		
Especificar:.....		
Vesicales:		
Micción espontánea: Si () No ()		
Características:.....		
Sonda vesical () Colector Urinario () Pañal ()		
Fecha de colocación:.....		
IV. PATRÓN DE ACTIVIDAD / EJERCICIO		
Actividad respiratoria		
Espontanea () oxigenoterapia () VM invasiva () VM no invasiva ()		
- Fio ₂ :.....% CBN () HALO () HOOD () CPAP () TET N°.....		
Fijación en:.....		
- V. mecánica: Modo..... Parámetros ventilatorios: Fio ₂ :.....		
FR:..... Silverman:..... (Puntaje), VT:..... PS:..... PEEP:.....		
- Cianosis: Si () No () Zona:.....		
- Disnea: Si () No () Aleteo nasal () Retracción xifoidea ()		
- Tiraje () costal () intercostal ()		
- Ritmo: Regular () irregular ()		
- Ruidos respiratorios: MV..... Sibilantes..... Roncales		
crepitantes en: ACP..... HTD..... HTI.....		
- Secreciones: Blanquecina () meconial () sanguinolenta () otros		
especificar:.....		
Actividad circulatoria		
- Ritmo: Regular () irregular ()		
- Llenado capilar: menor de 2" () Mayor de 2" ()		
- Pulsos periféricos: Conservados () disminuido () ausente ()		
- Frialdad: MSI () MSD () MII () MID ()		
- Edema: Si () No () localización:.....		
- Líneas invasivas: Si () No () Periférica () Central ()		
ubicación:.....		

Ejercicios

- Tono muscular : conservado () hipotonía () hipertonia ()
- Movilidad : Conservada () limitada ()
- Comentario adicional:.....

V. PATRÓN SUEÑO – DESCANSO

Sueño conservado SI () NO () regular () irregular ()

Comentarios adicionales:

VI. PATRÓN COGNITIVO -PERCEPTIVO

- Estado de conciencia: Activo () Reactivo () Hipo activo ()
Somnoliento () Dormido () Letárgico ()
- Reflejos: búsqueda () succión () Deglución () Moro ()
Babinski () prensión ()
- Presencia de anomalías: Visión.....
Escucha.....
- Pupilas: Isocóricas () ~~Anisocóricas~~ () Reactivas ()
No reactivas () Tamaño ()
- Dolor: Sí () No () especificar:.....

VII. PATRÓN DE AUTOPERCEPCION / AUTOCONCEPTO

- Estado emocional del pcte: Tranquilo () Irritable ()
Quejumbroso () Llanto persistente () otro.....

Comentarios adicionales:

VIII. PATRÓN DE ROL- RELACIONES

- Fuente de apoyo: Padre () Madre () Otros.....
- Estado civil de los padres: Soltero () Casado () Viudo ()
Divorciados () Conviviente ()
- Estado emocional de los padres: Tranquilo () Ansioso ()
Irritable () Indiferente ()
- Preocupación principal de los padres:

IX. PATRÓN SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Varón: Testículos descendidos: Si () No () Hidrocele Si () No ()
ubicación:

Malformaciones:.....

Mujer: Secreción vaginal: blanquecinas () Moco () Sangre ()

Edema vulvar: Si () No ()

Malformaciones:.....

Observaciones:
.....
.....

X. PATRÓN ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

La mayor parte del tiempo esta: tenso () relajado ()

Comentarios adicionales:

XI. PATRÓN VALORES / CREENCIAS

- Restricciones religiosas (de los padres del RN): Si () No ()
especificar:

- Religión de los padres: Católica () Evangélica ()
Otro:

Datos adicionales:**TTO. MEDICO ACTUAL**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Exámenes complementarios:

~~HEMA~~
~~HTO~~
BT y BF
AGA
~~Sx. toxax~~
TEM

.....
.....
.....
.....

Sello y firma de la Enfermera

Apéndice B: Consentimiento informado

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

Consentimiento Informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es Proceso de atención de enfermería a Neonato con diagnóstico médico RNPT 36 ss., Síndrome Distrés Respiratorio o Membrana Hialina - Sepsis Probable “ El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales. E.T.N.N. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Jessica Lizi Yance Sarasi, bajo la asesoría de la Mg. Kennedy Lozano Huari , 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.

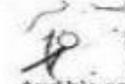
Nombre y apellido:

DNI: _____ Fecha:

Firma

Apéndice C: Escalas de evaluación

Test de Silverman – Anderson

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

RN 0pts= Sin dificultad respiratoria
 RN 1-3pts= con dificultad respiratoria leve
 RN 4-6pts=DR Moderada
 RN 7-10pts= DR Severa