

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 prematuro con
síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intensivo neonatal
de un Hospital Tarapoto, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales

Por:

Margarita Flores Flores

Paula Karina Dávila Valencia

Asesor:

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima, junio 2022

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL TRABAJO ACADEMICO

Yo, LUZ VICTORIA CASTILLO ZAMORA, adscrita en la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente de la Unidad de Posgrado de ciencias de la Salud de la respectiva Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado; “Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intensivo neonatal de un Hospital Tarapoto, 2022”. Constituye la memoria presentada por las Licenciadas Margarita Flores Flores y Paula Dávila Valencia, para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería: Cuidados Intensivos Neonatales que ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las declaraciones y opiniones que contiene este trabajo académico son de completa responsabilidad de las autoras, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los. días del mes de enero 2022



Dra. Luz victoria Castillo Zamora.

**“Proceso de Atención de Enfermería aplicado a Neonato Prematuro
con Síndrome de Distrés Respiratorio en la Unidad de cuidados
Intensivos Neonatal del Hospital Tarapoto, 2022”**

Trabajo Académico
Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de
Enfermería: En cuidados Intensivos Neonatales



Dra. Luz Victoria Castillo Zamora

Lima 31 de agosto del 2022

Proceso de atención de enfermería aplicado a neonato prematuro con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intensivo neonatal de un Hospital Tarapoto, 2022

Lic. Margarita Flores Flores^a · Lic. Paula Dávila Valencia^b Dra. Luz Castillo Zamora^c

^a*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^b*Autor del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú*

^c*Asesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú*

Resumen

El síndrome de Distrés respiratorio agudo (SDRA) es una enfermedad pulmonar inflamatoria aguda. el presente estudio fue aplicado a un neonato prematuro de 30 semanas con SDRA, motivo del ingreso a la UCI. El objetivo fue gestionar el proceso de atención de enfermería a un neonato prematuro con SDRA, Es un estudio de enfoque cualitativo, tipo caso único, que incluyó a un neonato de 03 días de vida. El método el proceso de atención de enfermería, se realizó a través de la valoración basados en el enfoque de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, se identificaron 4 patrones alterados; priorizándose 2: actividad/ejercicio, nutricional metabólico, la etapa de la elaboración de los diagnósticos de enfermería se elaboró en base a la taxonomía II de NANDA I, se identificaron tres diagnósticos de enfermería, los más prioritarios; Limpieza ineficaz de vías áreas, Deterioro de la ventilación espontánea y Termorregulación ineficaz, así mismo en la etapa de planificación se realizó teniendo en cuenta la taxonomía NOC, NIC, además en la etapa de ejecución se brindaron los cuidados y la evaluación se realizó a través de la diferencia entre las puntuación final y basal, en los resultados se obtuvo una puntuación de cambio de +2, +1 y +2. Se concluye que según los problemas identificados en la paciente se administró el proceso de atención de enfermería, mejorando parcialmente el estado de salud del paciente neonato, sin embargo, la sobre vida y el éxito del tratamiento obedece de la identificación oportuna de los problemas y tratamiento apropiado.

Palabras clave: Recién nacido, prematuridad, síndrome de distrés respiratorio agudo, proceso de atención de enfermería.

Abstract

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is an acute inflammatory lung disease. the present study was applied to a 30-week premature infant with ARDS, reason for admission to the ICU. The objective was to manage the nursing care process for a premature infant with ARDS, a qualitative study, single case type, which included a 03-day-old infant. The methodology was based on the stages of the nursing care process, it was carried out through the assessment based on the approach of the 11 functional patterns of Maryori Gordon, 4 altered patterns were identified; prioritizing 2: activity/exercise, metabolic nutritional, the stage of elaboration of nursing diagnoses was elaborated based on taxonomy II of NANDA I, three nursing diagnoses were identified, the highest priority; Ineffective cleaning of airways, impaired spontaneous ventilation and ineffective thermoregulation, likewise in the planning stage it was carried out taking into account the NOC, NIC taxonomy, in addition in the execution stage the care was provided and the evaluation was carried out through of the difference between the final and baseline scores, a change score of +2, +1 and +2 was obtained in the results. It is concluded that according to the problems identified in the patient, the nursing care process was administered, partially improving the health status of the neonatal patient, however, the survival and success of the treatment is due to the timely identification of problems and treatment. appropriate.

Keywords: Newborn, prematurity, acute respiratory distress syndrome, nursing care process.

Introducción

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una insuficiencia respiratoria aguda grave potencialmente mortal, caracterizada por un edema pulmonar no cardiogénico y daño alveolar difuso, los cuales condicionan una pobre oxigenación en el paciente (Diamond et al. 2020). Este síndrome produce lesión pulmonar aguda e inflamación difusa, Como resultado, aumenta la permeabilidad vascular pulmonar y disminuye el parénquima pulmonar ventilado. La presentación clínica incluye hipoxemia, alteraciones radiológicas bilaterales, incremento del espacio muerto fisiológico y una disminución de la distensibilidad pulmonar (Bustamante et al. 2020)

El principal problema obstétrico en estos tiempos son los partos prematuros en un 8-10%, su diagnóstico y tratamiento pertinente son de un alto nivel de interés dentro del manejo de la prematurez. (Méndez et al. 2017).

La prematuridad representa el 75% de la mortalidad prenatal global. Así mismo, cuando hablamos de “prematuro” se hace referencia a cualquier recién nacido cuando su edad gestacional es menos de 37 semanas (Guerrero,2018). Esta prematuridad, que en otras palabras se entiende como la inmadurez de los órganos y sistemas conlleva a una susceptibilidad elevada para diferentes comorbilidades y probablemente algunas secuelas (Oliveros et al. 2017).

Oliveros et al. (2017) siguen asegurando que una de las morbilidades más frecuentes en un recién nacido prematuro es la asfixia al nacimiento, síndrome de dificultad respiratoria, lesiones del sistema nervioso central, sepsis, ductus arterioso, enterocolitis necrosante y malformaciones. De la misma manera, López et al, (2018) afirman que en un recién nacido prematuro predominan las patologías respiratorias; el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), seguido de la displasia broncopulmonar (DBP) como secuela.

Meritano et al., (2017) refiere que la principal causa de la enfermedad de membrana hialina o SDR es secundaria al déficit de surfactant y que el grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos (RN) pretérmino, y los rápidos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento, cuando el recambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, son, junto con malformaciones e infecciones, los factores fundamentales que explican esta patología

El término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se demuestra con una clínica predominantemente respiratoria, consistente, de forma genérica, en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdomina (Fernandez et al., 2017).

Al mismo tiempo, Gonzales et al. (2017) aseguran que en un caso de SDR neonatal clínicamente se presenta al nacimiento o poco tiempo después con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia. La hipoxia progresiva e insuficiencia respiratoria grave incrementa la posibilidad de presentar complicaciones que pueden derivar al fallecimiento. (Lopez et al. 2018).

Dado lo anterior, el tratamiento se centra principalmente en lograr una buena función pulmonar y un óptimo intercambio gaseoso, al mismo tiempo que se previenen las dificultades. En la oxigenoterapia, el objetivo principal es mantener suficiente oxígeno para permitir que los tejidos funcionen correctamente y prevenir la acidosis. El uso de surfactante en el SDR neonatal es potencialmente el más frecuente, pues han sido evaluados más ampliamente en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

El manejo ventilatorio es fundamental ya que mantendrá una adecuada oxigenación y así, minimizar el volumen y barotrauma inducido por la ventilación mecánica. (Gonzales et al. 2017)

Cuidado de enfermería de pacientes en la unidad de cuidados intensivos, con terapia de soporte multimodal, por lo que la atención es integral y primordial para su rehabilitación. Por ello, la importancia de adoptar un plan de cuidados de enfermería por ser un método sistemático en el que se planifica el cuidado individual de un paciente de acuerdo a su enfermedad, procurando que su respuesta a las necesidades reales y potenciales sea oportuna, eficaz, científicamente apoyado y basado en evidencia.

Metodología

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, tipo caso clínico único, la metodología fue proceso de atención de enfermería, este método permite al profesional de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Lefevre, 2017). El sujeto de estudio incluyo a un bebé de 7 días con un diagnóstico médico de síndrome de dificultad respiratoria. Se inicia con la valoración con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (Rodriguez, 2020) dicho instrumento permitió la valoración minuciosa, que se centran en cubrir de manera personalizada las necesidades de la paciente, en este caso, después del análisis crítico de los datos significativos se ordenaron los diagnósticos de enfermería, se utilizó los 13 dominios clasificados por NANDA se identificó los diagnósticos reales y de riesgo, para luego realizar la planificación de cuidados, según la taxonomía NIC, NOC. (Butcher et al., 2018) se efectuó las intervenciones y actividades planificadas al final son evaluados los resultados de acuerdo a la diferencia de puntuaciones basal y final y la diferencia de cambios entre éstas.

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos Generales

Iniciales RN: R.A.

Edad : 07 días de vida

Sexo: masculino

Días de Atención: 3 días

Motivo de ingreso

Recién Nacido Pre Término (RNPT) de sexo masculino, de 30 semanas de edad gestacional por Capurro, que nace el 09/10/21 a la 18:34 pm, de parto distócico por cesárea por presentar (APP) y Distocia funicular , al nacimiento presenta APGAR de 6¹ y 8⁵ al minuto, líquido amniótico claro , con las siguientes medidas antropométricas: peso al nacer de 1550 gr, talla 40 cm., perímetro cefálico de 28 cm., perímetro abdominal de 23cm. y perímetro torácico de 27cm, recibió profilaxis ocular y antihemorrágico, no fue inmunizado con vacunas de BCG Y HVB por bajo peso al nacer y no alcanzar el peso ideal, con grupo sanguíneo de tipo “O” y factor Rh+.

RNPT es ingresado y hospitalizado el mismo día de nacimiento a las 20:00 pm., en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con los diagnósticos médicos: SDR I: Descartar neumonía , Prematuro 30 semanas, Sepsis Neonatal y Bajo Peso Al Nacer, llega con oxígeno por CPAP artesanal, al ingreso medico de turno procede la entubado con TET N° 3, fijado en 8 cm, se brinda oxígeno por ventilación a presión positiva, luego es instalado a una incubadora y conectado inmediatamente a ventilación mecánica modo asistido controlado (A/C) con los siguientes parámetros ventilatorios: PIP: 15, PEEP:5, FR:50 por min., Ti: 0.3, FiO2: 0.45 , Sat. O2: 90% a 94%, con catéter endovenoso umbilical permeable perfundiendo dextrosa al 10% a 7 cc/h.

Valoración por patrones funcionales.

Patrón I: Percepción - control de la salud.

RNPT de sexo masculino de madre adolescente de 17 años de edad, primigesta, se realizó 3 controles prenatales, de grupo y factor Rh "O" positivo (+). Fue diagnosticada de ITU por 2 ocasiones en el segundo trimestre, su parto fue por cesárea de 30 semanas, actualmente diagnosticada de dengue con signos de alarma recibiendo tratamiento de paracetamol de 1gr.

El parto fue intrahospitalario, cesárea por amenaza de parto pretérmino (APP) y Distocia funicular, recibe anestesia general, líquido amniótico claro y con presentación cefálica.

RNPT con Apgar: 1'6 5' 8, sufrimiento fetal por circular de cordón simple recibe profilaxis vitamina k, se observa buen estado de higiene.

Patrón III: Actividad-Ejercicio.

Actividad respiratoria.

RNTP con polipnea FR: 70xmin, Test de Silverman 4, saturación de O₂ de 88%, con tubo endotraqueal (TET) n°3 fijado en 8 cm, conectado a un ventilador mecánico modo Asistido Controlado con parámetros de: PEEP: 5cm PIP: 15 FR: 50x min FIO₂: 45%., presenta secreción densa de color amarillo en TET, cianosis en zona peri bucal, aleteo nasal, tiraje subcostal y a la auscultación roncales en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria:

Frecuencia cardiaca 180x con ritmo regular, llenado capilar > de 2 segundos, pulsos periféricos conservados, miembros superiores e inferiores frías, con vía endovenosa permeable en brazo izquierdo, (onfaloclis no permeable).

Actividad ejercicio:

RNTP con tono muscular y movilidad conservado.

Patrón IV: Nutricional metabólico

RNTP actualmente con peso de 1.510 gr. recibiendo leche materna 2.5 ml cada 4 horas por SOG, con regular tolerancia, succión y deglución ausente. Piel fría con temperatura de 36.2°C, con ictericia (+), buena integridad de la piel, fontanelas planas y firmes. Boca sin malformaciones, abundante sialorrea, SOG a gravedad de fecha (3 días) sin residuo gástrico. Abdomen ligeramente distendido, ano permeable. Recibiendo hidratación de Dextrosa al 8% + ClNa 20% + Clk 20% por vía periférica a 7cc/hr.

Patrón V: Perceptivo Cognitivo

RNTP hipo activo, no diagnosticado con anomalías de visión y escucha. Pupilas reactivas de 2.5 mm, con ausencia de reflejos de succión.

Patrón VII: Autopercepción - Autoconcepto

No aplica.

Patrón VIII: Eliminación.

Presenta flujo intestinal de color amarillo aproximadamente 10 a 12 gr al día. El flujo urinario es espontánea en pañal, de color ámbar oscuro de 100 a 120 ml al día.

Patrón IX: Descanso sueño.

RNTP concilia sueño de 16 -18 horas en 24 horas de manera irregular, irritable a procedimientos dolorosos.

Patrón IX: Sexualidad

RNTP no presenta ninguna malformidad.

Patrón VIII: Relaciones – rol

Tiene el apoyo de sus padres quienes lo visitan todos los días.

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

RNPT con estado emocional irritado. Padres de familia emocionalmente ansiosos por la salud inestable y estancia hospitalaria de hijo, preocupación por no contar con recursos económicos para medicinas que no cubre el SIS, los gastos para la alimentación y posada diaria de la madre ya que su lugar de procedencia es la provincia de Mariscal Cáceres – Juanjuicillo (Juanjui).

Patrón XI: Valores y creencias.

Familia es de religión católica

Diagnósticos de enfermería

Primer Diagnóstico.

NANDA (00031) Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías áreas

Condición asociada: mucosidad excesiva

Características definitorias: secreción densa color amarillento, FR disminuida, ruidos respiratorios roncales en Ambos Campos Pulmonares (ACP).

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías áreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por, secreción densa color amarillento, FR 70x, ruidos respiratorios roncales en ACP.

Segundo diagnóstico.

NANDA (00033) Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la ventilación espontánea

Factor relacionado: Fatiga de músculos respiratorios

Características definitorias: saturación de O₂ de 88%. Disnea, taquicardia FC: 180x, empleo de musculatura respiratoria accesoria.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de músculos respiratorios evidenciado por saturación de O₂ de 88%, disnea FR:70x, taquicardia FC: 180x, empleo de musculatura respiratoria accesoria.

Tercer Diagnóstico.

NANDA (00008) Etiqueta diagnóstica: Termorregulación ineficaz

Factor relacionado: Inmadurez

Características definatorias: Temperatura inestable, piel fría al tacto, temperatura 36.2 °C

Enunciado diagnóstico: Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por temperatura inestable, piel fría al tacto, temperatura 36.2 °C

Planificación.

Primer diagnóstico.

(00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por, secreción densa color amarillento, FR 70x, ruidos respiratorios roncales en ACP.

Resultados esperados:

NOC: 0410 Estado respiratorio permeabilidad de las vías respiratorias

Indicadores:

041501 frecuencia respiratoria

041532 vías aéreas permeables

Intervenciones/Actividades:

(3160) Aspiración de las vías aéreas

Actividades:

316001 Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración

316002 Mantener la cabecera elevada a unos 35° y 45°

316005 Valorar las secreciones

316006 Realizar cambios posturales cada 2 horas

316003 Administrar broncodilatadores y nebulizaciones según indicación médica

Segundo diagnóstico:

(00033) Deterioro de la ventilación espontanea relacionado con fatiga de músculos respiratorios evidenciado por saturación de O₂ de 88%, disnea, taquicardia FC: 180x, empleo de musculatura respiratoria accesoria.

Resultados esperados:

NOC : (0403) Estado respiratorio: Ventilación

Indicadores:

040302 Saturación de Oxígeno

040304 Expansión torácica simétrica

Intervenciones

(3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva

Actividades:

330001 Valorar las funciones vitales priorizando la función respiratoria y Sat O₂ durante el turno.

330003 Valorar los parámetros del ventilador, T° y sistemas de humidificación.

333004 Verificar la permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador.

333008 Valorar la respuesta respiratoria ante la modificación de los parámetros de la PEEP.

Tercer diagnóstico:

(0008) Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por piel fría al tacto, temperatura 36.2 °C.

Resultados Esperados:

Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor

Indicadores:

Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad

Ausencia de cambios de la coloración cutánea

Intervenciones

(3900) Regulación de temperatura.

Actividades:

39001 Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados

39003 Observar color y temperatura de piel.

39004 Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia

39005 Colocar un colchón térmico y mantas calientes para regular la temperatura corporal alterada, si procede.

Evaluación

Con referencia a la evaluación se logró los resultados esperados según como se menciona a continuación:

Primer diagnóstico.

(00031) Limpieza ineficaz de vías áreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por, secreción densa color amarillento, FR 70x, ruidos respiratorios roncales en ACP.

NOC: Puntuación de cambio: +2. Así mismo se observó logros en los indicadores, a saber:

041501.- Frecuencia respiratoria: se encontraba en desviación sustancial del rango sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación leve del rango leve (4), logrando una puntuación de cambio +2.

041532.- Vías aéreas permeables: se encontraban en desviación sustancial del rango sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación leve del rango leve (4), logrando una puntuación de cambio +2.

Segundo diagnóstico.

(00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de músculos respiratorios evidenciado por saturación de O₂ de 88%, disnea, taquicardia FC: 180x, empleo de musculatura respiratoria accesoria.

NOC: Puntuación de cambio: +1. Así mismo se observó logros en los indicadores, a saber:

040301.- Frecuencia respiratoria: se encontraban en desviación de rango moderada (3) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación leve del rango leve (4), logrando una puntuación de cambio +1.

40304.- Expansión torácica simétrica: se encontraban en desviación sustancial del rango sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala del rango desviación moderada (3), logrando una puntuación de cambio +1.

Tercer Diagnóstico.

(0008) Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por temperatura inestable, piel fría al tacto, temperatura 36.2 °C

NOC: Puntuación de cambio: +2. Así mismo se observó logros en los indicadores, a saber:

011705 Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad: se encontraban en desviación sustancial del rango sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala del rango leve (4), logrando una puntuación de cambio +2

011706 Ausencia de cambios de la coloración cutánea: se encontraban en desviación sustancial del rango sustancial (2) y luego de las intervenciones se encontró en la escala de desviación leve del rango leve (4), logrando una puntuación de cambio +2

Resultado

Después de aplicar el marco de evaluación, se reconocen cuatro patrones funcionales alterados: *Percepción - control de la salud*, *Actividad-Ejercicio*, *Nutricional metabólico*, *Perceptivo Cognitivo*, de éstos fueron priorizados tres patrones funcionales, posterior del análisis crítico de los datos recolectados, se formularon cinco diagnósticos de enfermería con base en la segunda clasificación internacional NANDA, donde las primeras tres diagnósticos se priorizaron, identificadas por riesgo de supervivencia: Limpieza ineficaz de vías áreas, Deterioro de la ventilación espontánea y Termorregulación ineficaz, después se elaboró un plan que tiene en cuenta los resultados esperados y las intervenciones de enfermería con sus respectivas actividades utilizando la taxonomía de NOC y NIC. Una vez implementadas las actividades, se realizó una evaluación cualitativa de los indicadores obteniendo una puntuación final y basal logrando la siguiente: +2, +1 y +2

Discusión

Limpieza ineficaz de vías aéreas

NANDA (2020) define la limpieza ineficaz de vías aéreas como una dificultad para eliminar las secreciones y la obstrucción del tracto respiratorio que no mantiene las vías aéreas permeables, Arévalo (2021) afirma también que la limpieza ineficaz de las vías aéreas es cuando nuestro tracto respiratorio tiene la incapacidad de expulsar aquellas secreciones que se encuentran en las vías aéreas por lo que es importante que las vías aéreas se encuentren despejadas para una oxigenación adecuada (Stark et al., 2017). Tamez (2017) señala que las secreciones presentes en el tracto respiratorio, dificultan la ventilación e incrementan el trabajo respiratorio, disnea y la incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones que existe en el tracto respiratorio que evita mantener las vías aéreas permeables.

Entre las características que determinarán la presencia de este diagnóstico en un paciente, se encuentran la disminución de los ruidos respiratorios, los cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorios, la ortopnea y la disnea, los ruidos respiratorios añadidos (estertores, roncus, crepitantes y sibilancias.), tos, insomnio, cianosis. (NANDA, 2021).

Las características definitorias del paciente en estudio presentan la Sat disminuida 88%, FR 70x, ruidos respiratorios roncantes en ACP pues el neonato del estudio tiene como patología de fondo SDR en donde esta enfermedad se caracteriza por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del RNP, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso (Ballesteros, 2017) y se manifiesta en la clínica como una dificultad respiratoria progresiva.

Yance (2019) aplicó el proceso de atención de enfermería a un neonato prematuro de 36 semanas con síndrome de distres respiratorio en donde el diagnóstico enfermero que priorizo fue la limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con a la presencia abundante de secreciones y TET en vías respiratorias. En contraste con el neonato de este estudio, se antepuso como primer diagnóstico la limpieza ineficaz de vías aéreas ya que la presencia TET (factor mecánico) en vías respiratorias genera una gran cantidad de secreciones la cual es imposible que el neonato expectore por sí solo, esto produce en el neonato una serie de características como alteraciones en la frecuencia respiratoria, disminución en la saturación de oxígeno, presencia de ruidos roncales en pulmones, lo que conlleva a un riesgo de vida importante.

Para superar este primer problema, se utiliza la técnica de succión correcta, ya que elude las obstrucciones de las vías respiratorias, lo que posibilita una mejor ventilación y evita infecciones por acumulación de estas (López et al., 2016), que generalmente se intenta coincidir con las horas de toma y registro de funciones vitales para evitar la manipulación excesiva del neonato (Askin y Debbie, 2017)

La aspiración debe realizarse con al bebé en posición semisentado, por el riesgo de aspiración bronquial, esta debe realizarse de forma rápida e intermitente mientras se retira la sonda (Gonzales y Gonzales, 2018), otros puntos importantes al momento de realizar la aspiración según Tamés (2016) sería ajustar la presión del aspirador en rangos normales de 50 y 80 mm Hg, esto evitará barotraumatismos en las vías respiratorias, así mismo, se debe utilizar el número adecuado de la sonda de aspiración, en función de la profundidad en el momento de su introducción de la sonda de aspiración en vías aéreas durante el proceso de aspiración ya que puede ocasionar lesión de tejidos pulmonares como tejidos de granulación y conducir a estenosis bronquial, enfisemas

lobulares y atelectasias, todo esto realizarlo con técnica aséptica antes, durante y post intervención previniendo así sobreinfecciones en el neonato. (Rebollo, 2017).

Así mismo, es de crucial la monitorización de las funciones vitales, observando los cambios principales en el funcionamiento (Martínez et al. 2018), ya sean por las secreciones presentes en vías respiratorias, durante la aspiración o por otras causas. Otro de los parámetros que nos ofrece información sobre cómo se encuentra nuestro neonato es la auscultación no sólo a nivel respiratorio, sino también a nivel cardiaco y también abdominal (López et al. 2017).

Acomodar al paciente en decúbito lateral, para precaver la aspiración. Por otro lado, es necesario ubicar al paciente en posición decúbito lateral, para evitar la aspiración, esto es una estrategia destinada a mejorar la concentración de oxígeno arterial en pacientes con síndrome de distrés respiratorio, favoreciendo una redistribución de la ventilación hacia las zonas dorsales del pulmón (Pérez, 2019).

Deterioro de la ventilación espontanea

Según NANDA (2020) la insuficiencia respiratoria espontánea da como resultado una condición caracterizada por un agotamiento de la energía almacenada que deja al paciente incapaz de respirar adecuadamente para mantener la vida.

Herdman et al. (2017) refieren que está definido como “reservas de energía disminuidas, resultando en incapacidad para mantener la respiración independiente y adecuada para sustentación de la vida” (p.2)

En cuanto a los factores relacionados se destaca la fatiga de los músculos respiratorios, para tener un mejor panorama del porqué existe una fatiga de estos músculos es necesario entender que el pulmón tiene como función principal el intercambio gaseoso, es decir, permitir la entrada de aire oxigenado hacia la vía aérea pequeña o zona de intercambio y la expulsión de aire con alto

contenido de dióxido de carbono hacia el ambiente. Para cumplir con esto de manera eficiente, cuenta con dos características fundamentales: la elasticidad y la distensibilidad, de esta segunda característica se recalca que está determinada por el volumen pulmonar, la presencia de surfactante pulmonar en el alvéolo y la disposición geométrica de las fibras de elastina (Bustamante et al. 2020),

Las características definitorias del paciente de este estudio se encuentra con disnea, el aumento del gasto metabólico, agitación creciente y aprensión, empleo de la musculatura respiratoria accesoria, taquicardia, disminución de la pO₂ y aumento de la pCO₂ y disminución de la Sa O₂.

Por lo tanto, un recién nacido prematuro, que en otras palabras se entiende como la inmadurez de los órganos y sistemas incluyendo la incapacidad de producir surfactante creará una susceptibilidad elevada para presentar el SDR y probablemente algunas secuelas más que comprometan la vida (Oliveros et al. 2017). Como resultado, el neonato con este déficit de surfactante no podrá realizar un buen intercambio gaseoso, en compensación utilizará los músculos respiratorios accesorios para que exista una mejor entrada de oxígeno hacia la vía aérea, cuando este mecanismo de compensación falla, es necesario un soporte ventilatorio, en este caso, el neonato del estudio lo tiene, y es un ventilador mecánico, es allí, en este punto en donde se habla de un deterioro de la ventilación espontánea, por lo que en este estudio se priorizo como segundo diagnóstico enfermero.

En un estudio realizado por Valenzuela (2019) se aplicó el proceso de atención de enfermería a un a recién nacido prematuro con bajo peso al nacer, con síndrome de dificultad respiratoria, en donde se identificó como primer diagnóstico la limpieza ineficaz de las vías aéreas, seguido del deterioro del intercambio gaseoso debido a resultados anormales de gases en sangre

arterial, también es necesario utilizar ventilación mecánica en modo SIMV con parámetros de ventilación PEEP: 5cm, a pesar que ya se estaba tratando este problema con el aporte ventilatorio y teniendo en cuenta que el neonato no podía por si solo realizar una respiración completa y adecuada.

Por otro lado, Avelino (2019), aplicó un proceso de enfermero a recién nacido prematuros con depresión mayor y síndrome dismórfico en los cuales el neonato se encontraba en ventilación mecánica modo asistido controlado. En este estudio los diagnósticos de enfermería que se antepuso a los demás fueron; el deterioro del intercambio de gases y la termorregulación ineficaz, evidentemente, el primer diagnóstico esta evidenciado por los exámenes gasométricos también realizados, de la misma manera, se ignora en este estudio el diagnostico enfermero del deterioro de la ventilación espontanea en donde se abarcan los cuidados en cuanto al soporte ventilatorio; el ventilador mecánico, ajustando y verificando durante todo el turno los parámetros adecuados, considerando que la respiración del neonato está completamente contralado por la maquina respiratoria.

En relación con el neonato de este estudio, se puede identificar que evidentemente tiene una insuficiencia respiratoria espontánea, debido a una condición médica subyacente. SDR. Se priorizo como Segundo diagnostico este problema para abarcar los cuidados de la maquina ventilatoria y controlar la respiración del neonato mejorándola paulatinamente, haciendo que el neonato pueda hacerlo por sí mismo.

Las actividades aplicadas en este problema deberían ser: monitorización clínica y continua del estado respiratorio, oxigenación por color de piel, frecuencia respiratoria, movimientos respiratorios, ventilación de ambos pulmones y radiografía de tórax, asimismo Calvo (2020), define que la oxigenoterapia es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia

respiratoria de naturaleza aguda o crónica cuya finalidad es prevenir la hipoxemia, hipertensión pulmonar, disminución del trabajo respiratorio y miocárdico (p.784).

En cuanto a la frecuencia respiratoria, el primer signo de compromiso hemodinámico es la taquipnea y la hipoventilación, teniendo en cuenta que la insuficiencia respiratoria aguda es uno de los principales motivos de hospitalización de niños en cuidados intensivos, por lo que es necesario la monitorización continua, confiable y precisa de diversos parámetros respiratorios tanto en la admisión del paciente como en el manejo posterior, permite al clínico la detección temprana de falla respiratoria aguda” (Juyo, 2019, p.11).

Así mismo, es importante una gasometría que es la medición de los gases disueltos en la sangre, que se realiza mediante la cuantificación de pH, presión de dióxido de carbono, bicarbonato sérico, lactato y electrolitos séricos: sodio (Na), potasio (K) y cloro (Cl) y claramente es útil para llevar a cabo un diagnóstico, complementar la etiología y establecer tratamiento en el paciente críticamente enfermo (Álvarez et al. 2019)

El monitorizar los niveles de saturación de oxígeno de forma constante, es por ello que se proporciona la oxigenoterapia, la cual es un procedimiento esencial para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de naturaleza aguda o crónica (Fernández et al., 2018). Por lo tanto, “los objetivos principales que llevan a su empleo son tratar de prevenir la hipoxemia, la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocardio” (MINSa, 2020, P.4). A su vez la oxigenoterapia.

De la misma manera, es de vital importancia que vigilar el aparato ventilatorio, comprobando que el patrón ventilatorio establecido corresponda a los parámetros pautados, por el médico, mantener corrugados o tubuladuras del circuito respiratorio libre de condensados, posicionar al paciente sometido a ventilación mecánica, con la cabecera en ángulo de 45°,

exceptuando algunos pacientes neurológicos y neonatos a 30°, Mantener corrugados o tubuladuras del circuito respiratorio libre de condensados (Martínez et al. 2017)

Termorregulación Ineficaz

Según NANDA (2020) define que la termorregulación ineficaz es una condición en la que se crean fluctuaciones en la temperatura corporal entre la hipotermia y la hipertermia. NANDA (2020) define la termorregulación ineficaz como una condición en la que la temperatura corporal fluctúa entre la hipotermia y la hipertermia. También identifica riesgos por defectos en la regulación de la temperatura corporal. La hipertermia es un incremento de la temperatura corporal por encima de lo acostumbrado, ya que la hipertermia logra elevar varios grados la temperatura interna de los tejidos, con todos los beneficios que ello conlleva. También se ha establecido que un aumento de la actividad circulatoria tiene consecuencias fisiológicas, ya que esta obstrucción determina un aumento de la función de todos los órganos que dependen de ella.

El mantenimiento de una temperatura corporal adecuada es una necesidad básica que, en caso de verse alterada, repercute de forma muy negativa al funcionamiento de todo el organismo. (Bombín, 2015).

Para que la temperatura se vea afectada deben suceder una serie de acontecimientos que causan esta inestabilidad, los cuales podrían ser traumatismos, edad avanzada, alteración de la conciencia, obesidad, fluctuaciones en la temperatura ambiental e inmadurez, (NANDA, 2020) y en este último se debería hacer hincapié, puesto que, en el neonato, la capacidad de producir calor es limitada y por el contrario se encuentran aumentados los mecanismos por los que pierde calor y más aún lo neonatos prematuros (Berzosa, 2017). Gardner et al. (2020) también mencionan que, es importante tener en cuenta que los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de pérdida de calor a través de los 4 modos, radiación, convección, conducción, evaporación.

Los bebés prematuros tienen una relación desigual entre la masa corporal y el área de superficie, disminución del aislamiento térmico en el tejido adiposo pardo, piel delgada con mayor permeabilidad, alteración del control vasomotor y postura espontáneamente extendida. Sin embargo, aumenta la superficie del cuerpo al ambiente externo. Para estos bebés, la exposición al frío desencadena una serie de reacciones fisiológicas que les dificulta la transición a la vida fuera del útero.

Isdael et al. (2019) concluyen que Un recién nacido sano y con buen peso al nacer necesita varias horas y días para dominar el centro de termorregulación, para convertirse en un "homotermo", es decir que su temperatura corporal no depende mucho del ambiente que se autorregula, crea o pierde calor para mantener una temperatura normal.

Por otro lado, Arias (2017) refiere que en los recién nacidos prematuros la termorregulación se ve afectada por la incapacidad que presentan el neonato en regular la temperatura corporal, esto se manifiesta como consecuencia de la inmadurez de sus sistemas, lo que produce una disfunción hipotalámica generando un desequilibrio en la regulación de la temperatura. Además, se ha demostrado que algunos de los factores de riesgo para la termorregulación inadecuada son la disminución de la actividad muscular y la escasa respuesta vasomotorano y sudomotor que no genera suficiente calor.

El neonato en estudio como ya se mencionó anteriormente es un recién nacido pre término de 30 semanas, siendo esta edad gestacional un factor de riesgo para la termorregulación ineficiente, por lo tanto, este diagnóstico de enfermería se evidencia signos de piel fría al tacto, la temperatura que presenta el neonato durante su evaluación es de 36.2°C

Sabiendo que, una prematurez está asociada a una termorregulación ineficaz, se decidió priorizar en tercer lugar este diagnóstico de enfermería por los riesgos que conlleva una temperatura inestable, ya sea en el caso de la hipotermia o hipertermia.

Para llegar en mantener una temperatura adecuada a un prematuro, es necesario vigilar todas las funciones vitales del recién nacido por las consecuencias fisiológicas como la vasodilatación o vasoconstricción, También debido a la inestabilidad de la temperatura, es importante monitorear continuamente su temperatura y prevenir la hipotermia o la hipertermia y esta cifra es mucho más precisa si existiera un sensor de temperatura constante en el recién nacido, además, se debería observar el color y temperatura de piel, dado que vasos sanguíneos periféricos se contraerán para evitar la pérdida de calor y luego se dilatan para favorecer la pérdida de calor, también se puede colocar una almohadilla térmica y una manta caliente para corregir el cambio de temperatura corporal alterada, y por lo tanto favorecer el incremento de calor por conducción e irradiación, por última estancia es necesario regular la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, ya que el calor excesivo puede alterar el sistema de regulación de los bebés prematuros (Pereda et al. 2017).

Conclusiones

Concluyo que de acuerdo a los problemas identificados en el prematuro con Distres Respiratorio, se elaboró el protocolo de enfermería en sus cinco etapas considerando el modelo de Marjory Gordon para la valoración por patrones funcionales.

Se logró dar solución a los problemas identificados según la taxonomía NANDA I; la planificación de los cuidados se dió para los resultados a través de la taxonomía NOC y para las intervenciones se utilizó la taxonomía NIC. La evaluación de los resultados usó la taxonomía NOC.

Se reconoce la importancia del empoderamiento del profesional de enfermería especialista en cuidado intensivos neonatales para el manejo y la atención oportuna de los problemas identificados y complicaciones que se podrían presentar en un neonato prematuro.

Es de suma importancia que los profesionales de enfermería conozcan y manejen de las taxonomías NANDA, NOC, NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje contribuyendo a estudios similares al presentado.

Referencias

- Álvarez, M., Guamán, S., & Quiñonez, J. (2019). Cuidados de Enfermería al inicio de Ventilación Mecánica Invasiva en la Unidad de Cuidados Intensivos TT - Nursing Care at the beginning of Invasive Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *Cambios Rev. Méd, 18*(2), 106–115.
<https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/558/234%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/wbnjq>
- Arévalo, R. (2021). Proceso del cuidado enfermero aplicado en adulto mayor con insuficiencia respiratoria por coronavirus Residencia geriátrica . *Revista Recien , 10 (2)*. ISSN : 2071--596X *Geriátrica Nursing Care Process Applied To Older Adults*.
- Arias, A. (2017). Atención de enfermería al recién nacido prematuro con complicaciones desde el enfoque conceptual de Ramona Mercer. Universidad Técnica de Machala. Retrieved from <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=933327f43ab95b2533b6ef6fc3271bc58b79c4bc>
- Askin, B., & Debbie, N. (2017). The Neonate. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 21(4): 349-358.
- Avelino, E. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con depresión severa y síndrome dismórfico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018*.
- Ballesteros, J. (2017). Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. *Revista Mexicana de Pediatría*, 78(SUPPL. 1), 3–25.
- Berzosa, R. (2017). *Termorregulación en el neonato*. 26(1), 2012.
- Bombin, B. (2015). *Justificación científica del diagnóstico de enfermería: riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal*. 1–37.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17694/1/TFG-H406.pdf>
- Bustamante, C., Salvador, N., Pardo, M., Vergara, V., Torres, A., & Cisternas, S. (2020). *Síndrome de distrés respiratorio agudo*.

- Diamond, M., Peniston F, H., Sanghavi, D., & Mahapatra, S. (2020). Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). StatPearls Publishing
- Fernández, B., López, J., Coto, G., Ramos, A., Ibáñez, A (2008). Sepsis del recién nacido. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Neonatología.
- Gonzales A, Omaña, A (2017). Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina (BOL PEDIATR 2006; 46(SUPL.1): 160-165.
- González, G., & González, Arranz. (2018). Cuidados de enfermería en la Cpap neonatal. 35(6):452-459.
- Guerrero, M. (2018). *Proceso de Cuidado de Enfermería para Pacientes Pretérmino con Patrón Respiratorio Ineficaz*. 1–26.
- Herdman, T., & Kamitsuru, S., (2017). NANDA International nursing diagnosis: definition and classification 2015-2017. Oxford: Wiley Blackwell; 2014
- López, B., Ávalos, N., & Díaz, N. B. (2018). Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. *Rev. Sanid. Mil*, 72(1), 2015–2017.
- López, J., & Valls, A. (2018). Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. España: AEP.
- López, H., & Carrillo, Ángel. (2017). *Ventilación mecánica, indicaciones, modalidades y programación y controles*. *Anales de Pediatría Continuada AEP*. Madrid. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/ventilacionmecanica-indicaciones-modalidades-programacion/articulo/80000461/>
- López, H., Ortiz, A, Orosio, M., Cruz, E., Lopez, E., Cruz, T., & Mijangos, K. (2018) *Técnicas de aspirado endotraqueal en neonatos*. *Enfermería Universitaria*.2016;13(3):187-192
- Martínez, K., & Carvajal, M. (2017). Protocolo manejo de enfermería de pacientes en ventilación mecánica. *Hospital de Iquique*, 1–17.
file:///C:/Users/ADM22/Desktop/NANCY/PROTOCOLO ENFERMERA.pdf
- Martínez, T., & Ferman, D., (2018) Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal, (*Enfermería Universitaria* 2014;11(2):61-66). Artículo de Revisión

- Méndez Silva, L. P., Martínez León, M. G., & Bermúdez Rodríguez, J. M. (2017). Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. *Acta Universitaria*, 17(1), 46–51. <https://doi.org/10.15174/au.2007.167>
- Meritano, J., Solana, C., Dierstein, A., Balanian, N., Nieto, R., Machado, S., Vauhinger, M., Pérez, G., Gómez, G., & Soto, C. (2017). *De Muy Bajo Peso De Nacimiento*. 19(1), 18–20.
- Oliveros, M., & Chirinos, J. (2017). *Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. pronóstico y desarrollo a largo plazo*.
- Pérez, G., & Navarro, M. (2020) *Displasia broncopulmonar y prematuridad. Evolución respiratoria a corto y a largo plazo*. Disponible: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35521451/DBP_y_prematuros.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1508004889&Signature=q6KN%20GVI%20BV2IsYXMRMolaSfSImus%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DART_CULO_ESPECIAL.pdf
- Pereda, I., & Soto, I. (2017). Nivel de Conocimientos del profesional de enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro en termorregulación y cuidados de la piel en la UCI Neonatal. Universidad Nacional de Cajamarca. Retrieved from http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1402/T016_42426211_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rebollo, C. (2017). Plan de cuidados estandarizado para pacientes en proceso de destete de la ventilación mecánica invasiva.
- Stark, A., Eichenwald, E., Hansen, A., & Martín, C. (2017). Manual de Neonatología. Buenos aires: Wolters Kluwer.
- Tamés., Y. (2016). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Buenos Aires: Medica Panamericana
- Tamez, R. (2017). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal Asistencia del recién nacido, 5ta edición, Buenos Aires –Bogotá –Caracas
- Yance Sarasi, J. (2019). *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. 77. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/533>

Valenzuela, L. (2019). *Proceso de atención de enfermería a paciente recién nacido pretérmino con bajo peso al nacer, síndrome de distrés respiratorio en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018.*

Apéndice A

Plan de cuidados.


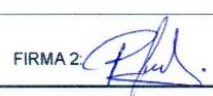
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00031) Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con mucosidad excesiva evidenciado por, secreción densa color amarillento, FR 70x, ruidos respiratorios roncales en ACP.	Resultado: 0410 Estado respiratorio permeabilidad de las vías respiratorias	2	Mantener en:5 Aumentar a:	Intervención: (3160) Aspiración de las vías aéreas				4	+2
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación grave del rango normal (5)			316001 Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración	x	x	x		
	Indicadores			316003 Administrar broncodilatadores según indicación médica	8	4	12		
	041501 frecuencia respiratoria	2		316004 Hiperoxigenar al paciente y realizar aspiración por circuito cerrado	x	x	x	4	
	041532 vías aéreas permeables	2		316005 Valorar las secreciones	x	x	x	4	
				316006 Realizar cambios posturales cada 2 horas	x	x	x		

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea relacionado con fatiga de músculos respiratorios evidenciado por saturación de O ₂ de 88%, disnea FR:70x, taquicardia FC: 180x, empleo de musculatura respiratoria accesoria.	Resultado: (0403) Estado respiratorio: Ventilación	2	Mantener en: Aumentar a: 4	Intervención: (3300) Manejo de la ventilación mecánica invasiva Actividades				3	+1
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación grave del rango normal (5)			330001 Valorar las funciones vitales priorizando la función respiratoria y Sat O ₂ durante el turno	x	x	x		
	Indicadores			330002 Mantener al paciente en Semifowler, si no estuviera contraindicado	x	x	x		
	040302 Saturación de Oxígeno	2		330003 Valorar los parámetros del ventilador, T° y sistemas de humidificación	x	x	x	3	
	040304 Expansión torácica simétrica	2		333004 Verificar las permeabilidad de los corrugados y conexiones del ventilador	x	x	x	2	
				333005 Verificar que los corrugados estén libre de agua	x	x	x		
				333006 Realizar un examen de AGA					
				333007 Administrar antibiótico					
			333008 Valorar la respuesta respiratoria ante la modificación de los parámetros de la PEEP						
			333009 Realizar el registro de enfermería						

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	PLANEACIÓN				EJECUCIÓN			EVALUACIÓN	
	Resultados e Indicadores	Puntuación basal (1-5)	Puntuación diana	Intervenciones/Actividades	M	T	N	Puntuación final (1-5)	Puntuación de cambio
(0008)Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez evidenciado por temperatura inestable, piel fría al tacto, temperatura 36.2 °C	Resultado: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor	2	Mantener en:5 Aumentar a:	Intervención: Regulación de temperatura Actividades				4	+2
	Escala: Desviación grave del rango normal (1) Sin desviación grave del rango normal (5)			Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados	x	x	x		
	Indicadores			Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice	x	x	x		
	Temperar corporal dentro de los límites de la normalidad	2		Observar color y temperatura de piel	x	x	x	4	
	Ausencia de cambios de la coloración cutánea	2		Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia o hipertermia	x	x	x	4	
				Colocar un colchón térmico y mantas calientes para regular la temperatura corporal alterada, si procede	x	x	x		
				Regular según las necesidades del paciente la temperatura ambiental					

Apéndice B: Valoración de Enfermería al Ingreso

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO SERVICIO DE NEONATOLOGIA - UCI NEO -DATOS		UNIDAD Ejecutora HOSPITAL II-2 Tarapoto	SIS	N° HISTORIA CLINICA RN: 130821	
NOMBRE DEL RECIEN NACIDO RN R.A	SEXO (M)	FECHA DE NACIMIENTO 09/10/2021	HORA: 18:20PM	DIAS DE VIDA 3 DIAS	
LUGAR DE NACIMIENTO: HOSPITAL II-2 Tarapoto		FECHA DE INGRESO: 09/10/2021	HORA: 20:00PM	REFERENCIA: REFERIDA MAMA DEL HOSPITAL DE JUANJUI	
PROCEDENCIA ATENCION INMEDIATA (X) INTERMEDIOS () REFERIDOS () EMERGENCIA () OTROS: UCIN			EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO: 30SS		
FUENTE DE INFORMACIÓN: MADRE (X) PADRE () OTRO: HCL			EDAD GESTACIONAL CORREGIDA: 30SS Y 3DIAS		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:	SEPSIS NEONATAL/SDRA/ /PREMATURIDAD				
MOTIVO DE INGRESO:	PREMATURO 30SS				
VALORACIÓN SEGUN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD					
PATRON PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD			DIFICULTAD PARA DEGLUTIR (S I) NAUSEAS () VOMITO ()		
PESO AL NACER: 1550 KG PESO ACTUAL: 15100 KG TALLA: 40cm PC: 28cm P. AB: 23cm PT: 27CM APGAR: 6 ¹ - 8 ⁵ F.C.: 180X .F.R.: 70X T°: 36.2°C TIPO DE PARTO: EUTOCICO () DISTOCICO (X) ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD: MATERNOS: APP, DISTOCIA FENICULAR, MAMA CON TRATAMIENTO DE DENGUE GRAVE GRUPO Y FACTOR MATERNO GRUPO Y FACTOR DEL RN: O(+) COMPLICACIONES EN EL PARTO SI (X) NO () ESPECIFIQUE: PREMATURIDAD			Especificar: dificultad para succionar SNG Y/O SOG A GRAVEDAD (S I) Especificar: 12/10/2021 NPO ()		
ENFERMEDAD DEL RECIEN NACIDO: SEPSIS NEONATAL, SDR, PREMATURIDAD DE 30SS SIN PROBLEMAS IMPORTANTES: () PROFILAXIS OCULAR (X) PROFILAXIA HEMORRAGICA (X) INTERVENCION QUIRURGICA: (NO) INMUNIZACION RN BCG (NO) HVB (NO)			TIPO DE ALIMENT.: LM EXCLUSIVA (X) LM MIXTA () L ARTIFICIAL () FORMA DE ALIMENTACIÓN: LMD () JERINGA () SOG (X) SNG () GASTROSTOMIA () VOL. Y FRECUENCIA: 2.5 ML CADA 4HORAS		
PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO			ABDOMEN DEPRESIBLE (X) DISTENDIDO () DEFECTO DE PARED ()		
ACTIVIDAD RESPIRATORIA: FR: REGULAR () IRREGULAR () APNEA () POLIPNEA (X) TAQUIPNEA ()			HERIDA QUIRURGICA () Especificar: ABDOMEN BLANDO MUÑON UMBILICAL: PROCESO DE CICATRIZACIÓN (X) INFECTADO () CICATRIZADO ()		
TEST DE SILVERMAN			RUIDOS HIDROAEREOS		
Parte Alta Tórax	Parte Baja Tórax	Tiraje Xífoides	Aleleo Nasal	Gruñido Espirar	
0 Respiración Sincronizada	No hay Tiraje	No	No	No	
1 Retracción de inspiración	Apenas Visible	Apenas Visible	Mínima	Solo Estetoscopio	
2 Respiración desincronizada	Tiraje Notable	Notable	Notable	Audible	
TOTAL: 0-3 () 6-4 (X) 7-10 (x)			PRESENTES (X) AUMENTADOS () DISMINUIDOS () AUSENTES () DRENAJE () Especificar:		
SECRECIONES: SI (X) NO () TOS: SI () NO (X) Especificar:			COMENTARIOS ADICIONALES:		
RUIDOS RESPIRATORIOS AMBOS CAMPOS PULMONARES D (X) I (X) Roncantes (X) Sibilantes () Estertores () Claros () Otros:			PATRON DE ELIMINACIÓN N° DEPOSICIONES: 2 VECES CARACTERÍSTICA, MECONIO ANO PERMEABLE (X) COLOSTOMIA () ILEOSTOMIA () DIARREA () ESTREÑIMIENTO () MELENAS ()		
			HABITOS VESICALES: FRECUENCIA FLUJO URINARIO: 2.7cc/hr ORINA: CARACTERÍSTICAS: NORMA RETENCIÓN () OLIGURIA () HEMATURIA () POLIURIA () OTROS:		
			CATETER VESICAL () DIAS Fecha Colocación:		
			HIGIENE PERINEAL: BUENO (X) REGULAR () ERITEMA DE PAÑAL SI () NO (X)		

SOPORTE RESPIRATORIO: OXIGENOTERAPIA		PATRÓN DESCANSO SUEÑO	
FLUJO LIBRE () CBN () CASCO CEFALICO () CPAP NASAL () SaO ₂		HORAS DE SUEÑO PROMEDIO: ...20hras.	
		PROBLEMAS DE SUEÑO: SI (X) NO () Especificar: ABUNDANTE SECRECIONES SEDANTES: SI () NO (X) Especificar:	
VPP (): VM (X) ALTO FLUJO () Mascarilla () TET (X) N° TET: 3 Nivel de TET: 8CM Fecha TET: 09/10/2021		PATRÓN COGNITIVO PERCEPTIVO	
		NIVELES DE CONCIENCIA: ALERTA (X) DESPIERTO () SOMNOLIENTO () CONFUSO () ESTUPOR () COMA () SEDACION ()	
COMENTARIO: VM: CONECTADO A VM CON PARAMETROS: PIP: 15, PEEP: 5, FR: 50XI, FIO ₂ : 0.45%.		PUPILAS: REACTIVAS (X) NO REACTIVAS () MIOTICAS () MIDRIATICA () ISOCORICAS () ANISOCORICAS ()	
GASOMETRIA			
pH PO ₂ PCO ₂ HCO ₃ SA O ₂ Fecha: NO SE REALIZO		REACTIVIDAD: ACTIVO (X) HIPOACTIVO () HIPERACTIVO ()	
DRENAJE TORÁCICO Unilateral () Bilateral () Oscilante SI () NO () FECHA: D () I ()		LLANTO PERSISTENTE: SI () NO (X)	
		PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LAS ACTIVIDADES SI () NO (X)	
ACTIVIDAD CIRCULATORIA			
FC:			
REGULAR () BRADICARDIA () TAQUICARDIA (X) SOPLO ()		PATRÓN ROL RELACION	
PA: PAM: PERFUSIÓN: Adecuado () No adecuado ()		FUENTE DE APOYO: MADRE (X) PADRE () OTRO:	
EDEMA: () () LOCALIZACION:		RECIBE VISITA: SI (X) NO () FAMILIA NUCLEAR: SI (X) NO ()	
GENERALIZADO ()		PADRES SEPARADOS: SI () NO (X) OTROS:	
RIEGO PERIFERICO:		PATRÓN SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN	
Extremidades SUP: Normal (X) Cianosis (X) Fria (X) Extremid. Inferiores: Normal (X) Cianosis (X) Fria (X)		GENITALES NORMAL (X) ANORMAL () Especificar:	
LINEAS INVASIVAS		PATRÓN ADAPTACION Y TOLERANCIA AL STRES	
CATETER VENOSO PERIFERICO (X) CATETER VENOSO UMBILICAL (N O P E R M E A B L E) CATETER ARTERIAL UMBILICAL () CATETER PERCUTANEO () FLEBOTOMIA ()		LLANTO PERSISTENTE: SI () NO (X)	
CATETER VENOSO CENTRAL () Fecha: 12/10/2021 Ubicación: BRAZO IZQUIERDO		ANSIEDAD () INDIFERENCIA () RECHAZO ()	
EJERCICIO MOVILIDAD		COMENTARIOS ADICIONALES	
MIEMBROS: SI (X) NO ()			
HIPERTONÍA () CONTRACTURAS () FLACIDEZ () TEMBLORES () TREMORES () PARALISIS FACIAL () PARALISIS BRAQUIAL ()			
PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO			
REACTIVIDAD: ACTIVO (X) HIPOACTIVO () HIPERACTIVO ()		DATOS DE LABORATORIO IMPORTANTES:	
LLANTO PERSISTENTE: SI () NO (X)		Hmtc (47.80%) Glucosa: 80mg/dl hmgb: 15.20g/dl BT: 10.20mg/dl	
PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN LAS ACTIVIDADES SI () NO (X) POR QUE SE ENCUENTRA EN UCI		ENFERMERA:	
		Lic.: FLORES FLORES Margarita ¹ Lic: DÁVILA VALENCIA Paula ²	
HIDRATACIÓN: PIEL SECA () PIEL TURGENTE (X) HIDRATADA ()		FECHA: 12/10/2021	
INTEGRIDAD: INTACTA () LESIONES (X) ESPECIFICAR: MUCOSAS ORALES SECAS		FIRMA 1: 	
REFLEJO SUCCIÓN: BUENO () REGULAR () POBRE (X)		FIRMA 2: 	

Apéndice C: 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 Síndrome Distrés Respiratorio "El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a paciente de iniciales. RN R.A Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. MARGARITA FLORES FLORES Y LIC PAULA DAVILA VALENCIA, bajo la asesoría de la DRA. LUZ VICTORIA CASTILLO ZAMORA, 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:

Roberto Ramirez Tafur.

DNI: 01157201 Fecha: 12/10/21

FIRMA:


Apéndice D: Escala de Evaluación

ESCALA DE SILVERMAN - ANDERSON					
SIGNOS PUNTOS	DISOCIACIÓN TORACO- ABDOMINAL	TIRAJE INTERCOSTAL	RETRACCIÓN XIFOIDEA (ESTERNAL)	ALETEO NASAL	QUEJIDO ESPIRATORIO
0	 SINCRONIZADO	 AUSENTE	 AUSENTE	 AUSENTE	 AUSENTE
1	 VISIBLE EN INSPIRACIÓN	 LEVE	 LEVE	 LEVE	 AUDIBLE CON ESTETOSCOPIO
2	 SIEMPRE VISIBLE	 MARCADO Y CONSTANTE	 MARCADO	 MARCADO	 AUDIBLE AL OÍDO

PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA
0 puntos	Sin dificultad respiratoria
1 - 3 puntos	Leve
4 - 6 puntos	Moderada
7 - 10 puntos	Severa



Recien nacido (neonato)

©ADAM



Apéndice E: Datos de valoración complementarios

Dx medico actual.

- ✓ Muy delicado
- ✓ Síndrome de Distres Respiratorio
- ✓ Prematuro de 30 semanas
- ✓ Ductus arterioso persistente (DAP) en TTO.
- ✓ Alteración del factor de la coagulación.
- ✓ Sepsis neonatal probable
- ✓ Hijo de madre con dengue

Exámenes hematológicos.

- ✓ Bioquímica:
 - Glucosa basal, dosaje 143.60 mg/dl
- ✓ Hematología:
 - Tiempo de tromboplastina parcial activa 63.1 seg
- ✓ Grupo S y factor O positivo
- ✓ Tiempo de protombina 15 seg
- ✓ Inmunología:
 - PCR 0.900mg/l

Tratamiento médico actual.

- ✓ Leche materna 2.5ml x SOG cada 4 horas si presenta RG dejar 1 toma en NPO
- ✓ CFV +BHE
- ✓ Plasma fresco congelado 23ml en 60 minutos

- ✓ Aspirar secreciones si lo requiere
- ✓ Estimulación rectal con sonda flexible
- ✓ Manipulación mínima
- | | | | |
|------------------|----------------|---|-------|
| ✓ Dextrosa al 8% | 98cc | } | 7cc/h |
| | Clna 20% 1.4cc | | |
| | Clk 20% 06cc | | |
- ✓ Ampicilina 125mg EV c/12h
- ✓ Cefotaxima 80mg EV c/12h
- ✓ Metoclopramida 0.2mg EV c/8h
- ✓ Ranitidina 1mg EV c/12
- ✓ Aminofilina 4.5mg EV c/12
- ✓ Gluconato de calcio al 10% 1.5ml EV c/8h
- ✓ Aplicar mupirocina en zona de veno punción c/8h