

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL
REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. AYMEE TORALVA BENDEZU

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN EL
CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL

ASESOR:

Dra. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A mi hijo Andre Leonardo por ser mi inspiración y porque con solo unas palabras llena de dicha mis días y me da valentía y fuerzas para seguir adelante.

A mi Madre por brindarme su amor y apoyo incondicional en lo profesional y personal.

A mi Padre que me da fuerza cada día para poder seguir adelante con mis anhelos.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo académico es el resultado del esfuerzo y dedicación no solo de su autora, sino también de aquellas personas que dedicaron su tiempo contribuyendo con aportes al enriquecimiento del presente trabajo académico.

Mi sincero agradecimiento:

A la profesora Esvia Consuelo Tornero Tasayco, Asesora Docente del presente trabajo académico; por su dedicación; motivación y orientación constante. Así como brindar sus conocimientos y contribuciones para la realización del presente trabajo.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; por brindarme conocimientos valiosos a cada uno de los docentes que contribuyeron en el desarrollo de mi educación en mi especialidad, enseñándome a tener fortaleza y conocimientos para desarrollarme como profesional en mis metas trazadas.

A cada una de las madres de los recién nacidos prematuros; que fueron parte de este trabajo académico.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
MARCO TEORICO	11
DESARROLLO CAPITULAR	19
PRESENTACION CASO CLINICO	19
1. VALORACION SEGÚN DOMINIOS	19
2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	27
3. PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	29
4. EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES	29
5. EVALUACION DE LOS RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (VANCOUVER O APA)	47
ANEXOS:	49

RESUMEN

La prematuridad es la primera causa de morbilidad neonatal e infantil, y constituye uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad.

La tasa de prematuridad ha ido incrementándose paulatinamente en los 2 últimos decenios, sobre todo debido al aumento de los denominados prematuros tardíos con edad gestacional entre 34 y 36 semanas.

Las complicaciones, tanto perinatales como a medio y largo plazo, de este grupo de población son considerablemente más frecuentes que las de los recién nacidos a término, y con una incidencia más similar a la de los prematuros de inferiores edades gestacionales.

Se proponen pautas tanto para la detección precoz como para el manejo de los problemas más habituales en el periodo perinatal más inmediato, incluyendo estrategias de cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Asimismo, se insiste en la necesidad de seguimiento a medio y largo plazo, por el mayor riesgo de complicaciones tardías.

Palabras clave: prematuridad, morbilidad, mortalidad neonatal.

ABSTRACT

Prematurity is the main reason for neonatal morbidity and mortality, and has become one of the greatest problems in public health.

Prematurity rate has increased during the last 2 decades. This increase may be attributed to late preterm babies, that is, those with a gestational age between 34⁺⁰ and 36⁺⁶ weeks.

Perinatal morbidities, as well as long term complications, are more frequent in this population than in term babies. The incidence is more similar to the one observed in earlier premature babies.

Strategies are offered not only for the early detection of possible complications, but also for the correction of these morbidities, and from the point of view of a family and development centered care. Follow up is strongly recommended due to the high rate of late morbidities.

Key words: prematurity, morbidity, neonatal mortality.

INTRODUCCION

El recién nacido prematuro por su situación de salud requiere cuidados especiales en la Unidad Neonatal con hospitalización larga durante días e incluso meses, cuyas consecuencias pueden ser la disrupción de la relación padres-hijo afectando su desarrollo físico y emocional. Se sabe que la participación de los padres para el cuidado del hijo prematuro en la Unidad Neonatal, favorece su evolución y preparación para su egreso temprano. Sin embargo, debería desarrollarse bajo ciertas premisas como la de basarse en relaciones de igualdad con la familia, trabajar bajo conceptos de cooperación, colaboración, cambio en los valores y actitudes de los profesionales y de los padres, (1)

Toda participación de los padres ha sido un principio del cuidado del niño y prematuro en diversos países, entre ellos Reino Unido, Estados Unidos de América y Brasil. La participación se inició en los Estados Unidos en la década de los 50 con alojamiento conjunto, hacia la década de los 70 en México mediante el programa de madre participante, y en Colombia con el método canguro. En la década de los 80 emergió en Boston, en Estados Unidos el cuidado individualizado centrado en el desarrollo especialmente dirigido a los prematuros. (2).

En época reciente, además, se ha iniciado una concesión al rol materno como cuidadora única, pensando ya en el padre como integrante importante del cuidado del hijo. En San Luis Potosí, México, la participación no se fundamenta en alguna ley, no está sistematizada, se enfoca en la madre, es parcial, una o dos horas al día y el permiso de entrada a la unidad de cuidados intensivos neonatales, depende mucho de la situación clínica del hijo prematuro y de la producción de leche, consiste en algunos cuidados maternos de alimentación, higiene, estimulación temprana y en recibir algunas orientaciones para el egreso hospitalario durante el período de pre alta; todo ello sin un programa definido, mientras tanto, el padre solo puede realizar visitas de observación o recibir las informaciones médicas. (3)

La tecnología y los avances en el cuidado de los recién nacidos prematuros han significado un progreso notable en la neonatología moderna. Las unidades de cuidados intensivos neonatales cada vez más eficientes cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal, sin embargo, como era de esperar, estos resultados alentadores han provocado algunos efectos no deseados, en especial sobre los padres. La experiencia demuestra que la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales, provoca reacciones diversas en los padres, en general intensas y perturbadora como la ansiedad. Los padres de neonatos internados viven distintos estados emocionales a lo largo de la hospitalización, tal es el caso de la culpa que deteriora su autoestima, la ansiedad y la depresión con constante temor a la muerte. Aparece la rabia al no poder modificar la condición de su bebé, volviéndose agresivos y pudiendo aparecer también la rivalidad con el equipo de salud porque les ha quitado el derecho de cuidar a su bebé que los hace tener sentimientos de minusvalía y extraños frente a sus hijos.

La unidad de cuidados intensivos neonatales, significa una larga espera para el egreso, una evolución satisfactoria del hijo y cotidianamente los padres analizan los cambios clínicos sobretodo la función respiratoria y el incremento de peso del niño, al mismo tiempo sufren la incertidumbre de muerte comparando al hijo con otros neonatos en semejante situación y ya fallecidos. En estudios cualitativos y experimentales con los padres de prematuros internados en las unidades de cuidados intensivos neonatales, los hallazgos muestran sentimientos relacionados con su sufrimiento, y además se ha demostrado su respuesta de ansiedad ante la desituación y la necesidad de información y de apoyo por el personal de salud, dado que con intervenciones preventivas controladas se reduce significativamente. (4)

En el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia tenemos más de 1400 nacimientos por año de los cuales aproximadamente el 35% son prematuros o terminan en la UCIN, con una estancia hospitalaria prolongada. De acuerdo a la evidencia basada en investigación, la Asociación Americana de Pediatría recomienda la participación

de los padres por los múltiples beneficios que produce, entre ellos, la reducción del estrés de los padres, mejor recuperación clínica, reducción de dolor del hijo, entre otras. Esta situación implica pensar en la organización del trabajo de la UCIN que favorezca la participación de la familia y del prematuro. Entendemos que todo lo que va sucediendo en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales desde antes del ingreso de un recién nacido tiene un valor extraordinario para su evolución. La situación personal de los padres, el proceso de gestación y parto, el ingreso, el entorno propio de una UCIN y el tipo de praxis profesional del equipo asistencial, son factores que determinaran el desarrollo global del bebé y de su familia. Planteamos el cuidado integral de un ser humano único entendido como un ser biopsicosocial y espiritual. Un ser humano competente para reaccionar e interactuar con su medio, que se comporta de acuerdo a su edad gestacional, estado del desarrollo, situación ambiental y momento social, forma parte de un binomio inseparable niño-familia que son su referente afectivo, cultural y social. Desde este paradigma de atención, conocido como “Cuidado Centrado en el Desarrollo y la Familia”. (5)

Con la finalidad de mejorar la calidad de atención no solo al neonato , sino también a su familia , disminuyendo así la ansiedad , de padres y madres aspecto frecuentemente observados en el Hospital Zacarias Correa Valdivia y que pueden llegar a interferir en la organización de la interacción entre ellos y su hijo, como así también en la comunicación con los profesionales que asisten al neonato, de allí surge la necesidad de asistir de manera integral a los padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por medio de la relación terapéutica efectiva en la cual se abren mayores expectativas de vida, junto con la preocupación de mantener con vida a este pequeño ser, el profesional de enfermería desde el momento que el Recién Nacido se hospitaliza, debe intentar incorporar al niño que nace con problemas a su familia, estimulando la visita por parte de sus padres, promoviendo así la lactancia materna, tratando de incorporar a los padres al cuidado de su menor hijo informando su evolución y estado de salud,

de esta manera aminorar la angustia y desesperanza, así como fomentar los lazos afectivos que se mantendrán durante toda la vida, así también fomentar e insistir en que el resto del equipo multidisciplinario y así se direcciona hacia este tipo de actitud tan preponderante en una unidad de cuidados intensivos. La estancia del niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales provoca efectos no deseados tanto en el recién nacido como en su familia. La exposición del niño a un medio hostil como es una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales dificulta la organización del cerebro en desarrollo. Las sensaciones y las emociones vividas durante las etapas más precoces tienen una gran importancia en el desarrollo futuro, experiencias inadecuadas y estresantes pueden dejar huella en el proceso de desarrollo y provocar consecuencias a medio y largo plazo. En la evolución de los niños muy prematuros aparecen alteraciones del comportamiento, del aprendizaje, emocionales y dificultades sociales.

Mi percepción profesional puedo definir que la unidad de cuidados intensivos es el ambiente en el cual puedo percibir tantos sentimientos encontrados tales como alegría, tristeza, ansiedad, respeto, empatía entre otros por parte de los padres y el personal profesional.

El caso clínico que realizo se está evidenciando los problemas que trae un recién nacido que nace antes de las 37 semanas de gestación que es el límite para llegar a ser un recién nacido sano, plasmando lo aprendido durante mi carrera profesional y aún más al desarrollar mi segunda especialidad; teniendo como conocimiento que el recién nacido es un ser biopsicosocial y espiritual, en la cual se necesita tener una observación minuciosa, ya que el único medio de comunicación en ellos solo es el llanto.

I. MARCO TEORICO

1.1. PREMATURIDAD

1.1.1. DEFINICIÓN:

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El termino pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente. La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy preterminos”, cuya Edad Gestacional es inferior a 32 semanas de vida y especialmente a los “preterminos extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de edad gestacional. La dificultad de conocer inequívocamente la edad gestacional, justificó el uso del peso al nacimiento como parámetro de referencia, para clasificar al neonato como “bajo peso al nacimiento” el inferior a 2.500 gr. y los subgrupos de “muy bajo peso al nacimiento” a los de peso inferior a 1500 gr. y de “extremado bajo peso” al inferior a 1000 gr. Al establecer la relación entre los parámetros de peso y edad gestacional, podemos subdividir a la población de preterminos, en peso elevado, peso adecuado y bajo peso para su edad gestacional, situación que condicionara la probabilidad de determinada morbilidad postnatal. (6).

La gestación de término es de 40 semanas (rango 37 a 42 semanas). Los recién nacidos de menos de 37 semanas de gestación son pretérmino y tienen una mayor incidencia de complicaciones y mortalidad aproximadamente proporcional al grado de prematurez. Los lactantes nacidos < 34 semanas se consideran prematuros moderados y los nacidos ≥ 34 semanas y < 37 semanas de gestación se consideran prematuros tardíos (ver Recién nacido pretérmino tardío). Los lactantes nacidos < 32 semanas se consideran muy prematuros, y aquellos < 28 semanas se consideran extremadamente prematuros(7).

1.1.2. ETIOLOGIA:

La mayor parte de los prematuros son nacidos tras la presentación de un parto pretermino espontáneo o nacido tras amniorrexis prematura (>50%). La presencia de infección clínica o subclínica es sospechada, (cultivos positivos en los anexos fetales en el 60% versus al 20% de los término; vaginosis materna, marcadores inflamatorios elevados en líquido amniótico), aunque el tratamiento antibacteriano no es eficaz en el parto prematuro espontáneo. Por el contrario su uso en la amniorrexis prematura, consigue prolongar el embarazo, disminuir la tasa de coriamnionitis y mejorar los resultados neonatales.

Otros factores asociados son la existencia de partos preterminos previos, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno. Las medidas que mejoran el cuidado antenatal, medico, dietético y social son eficaces en corregir la desigualdad y controlar la tasa de prematuridad. La raza negra aislada se muestra como factor de riesgo en varias series. La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representan aproximadamente una cuarta parte de los preterminos. La incidencia de gemelos se multiplico en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Más del 50% de los gemelos y la práctica totalidad de los triplete y múltiples, son recién nacidos preterminos. Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25% de los pretermino. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal etc. (8)

1.1.3. CONDUCTA PERINATAL INMEDIATA:

El tipo de parto es una cuestión aun no resuelta, pero la cesárea es utilizada con un pico máximo (60-70%) a las 28 s. descendiendo conforme avanza la edad gestacional a tasas del 30% en los preterminos que superar las 34 semanas. El parto debe tener lugar en un ambiente hospitalario, preferentemente programado

con presencia de neonatólogo y enfermera experta. Preparar todo el material necesario para la reanimación y traslado en ambiente térmico estable, provisto de los soportes asistenciales para prestar ventilación mecánica, mantener perfusión y monitorización continua de saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca por pulsoximetría. Existen estudios que demuestran que el uso de la CPAP nasal es para la estabilización inicial de los recién nacidos prematuros.

1.2. PATOLOGIAS PREVALENTES EN EL RECIEN NACIDO PRETERMINO

La patología prevalente del pretermino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal. (9)

1.2.1. Patología Respiratoria: La función pulmonar del pretermino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. Por último existe una probable hiposensibilidad de quimiorreceptores responsables del servocontrol.

La patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad del pretermino y viene representada por el distres respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pretermino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. Otras patologías neumopáticas posibles son evolutivas como el neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisemas intersticiales, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas. La administración de corticoides prenatales y el uso del surfactante exógeno de origen bovino

o porcino son dos terapia de eficacia probada, que han cambiado el pronóstico de los recién nacidos preterminos. El uso de cafeína no solo mejora la apnea del pretermino sino además se ha mostrado eficaz para reducir la tasa de la broncodisplasia y la supervivencia libres de secuelas del desarrollo neurológico. La oxigenoterapia con objetivos de saturación restringidos, parece contribuir a una reducción significativa en la incidencia de retinopatía de la prematuridad y a la integridad de mecanismos antioxidantes en los recién nacidos de riesgo.

1.2.2. Patología Neurológica: La inmadurez es la constante del SNC del pretermino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija. La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico. Su frecuencia en preterminos con peso inferior a 750 gr. supera el 50%, mientras que baja al 10% en los de peso superior a 1250 gr.. La leucomalacia periventricular representa el daño hipoxico de la sustancia blanca y su incidencia es del 1-3 % en los preterminos de muy bajo peso. La sintomatología neurológica del neonato pretermino es a menudo sutil, generalizada y bizarra, con escasos signos focales. El estudio del SNC del pretermino con técnicas ecografías simples y doppler, constituye una rutina asistencial sistemática en estos pacientes. La permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefalica puede producir kernicterus con cifras de bilirrubinemia relativamente bajas. La inmadurez hepática y la demora del tránsito digestivo hacen que sea más frecuente la

hiperbilirrubinemia. Existen curvas de tasas de bilirrubina, edad y peso que hacen la indicación terapéutica con márgenes de seguridad.

1.2.3. Patologías Oftalmológicas: La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretermino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretermino (ROP). La tasa de ROP es descendiente conforme aumenta la Edad Gestacional; las formas severas aparecen con una edad gestacional inferior a 28 semanas y pesos inferior a 1000gr. Existe algún grado de ROP en el 11% de los preterminos con peso inferior a 1500 gr., pero solo requiere tratamiento quirúrgico un 4,4 %; datos similares son publicados en años anteriores y series amplias hospitalarias¹³. El seguimiento oftalmológico está protocolizado en las unidades neonatales, la incidencia de ROP es baja y muy diferente de los aspectos epidémicos que representó en el pasado y que se mantiene en los países en vías de desarrollo. Los preterminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente.

1.2.4. Patologías Cardiovasculares: La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardíaca. La tensión arterial media debe ser igual o superior a la edad gestacional del pretermino como regla general. El controvertido tratamiento actual incluye el uso de drogas vasoactivas (Dopamina o Dobutamina o Adrenalina y /o hidrocortisona)) y de suero fisiológico como expansor de volumen, ambos usados con indicación estricta. La persistencia del ductus arterioso (PDA) es una patología prevalente en los preterminos,

debido por una parte a la insensibilidad al aumento de la oxigenación y por otra parte a la caída anticipada de la presión pulmonar que hace que el shunt izquierda derecha se establezca precozmente. La intensidad de la repercusión hemodinámica del cortocircuito, hará la indicación terapéutica con indometacina o ibuprofeno endovenoso o el cierre quirúrgico si procede. La respuesta a los inhibidores de la prostaglandina es mejor cuanto más precozmente se administren, por lo que se abrió un capítulo aun en discusión de su uso profiláctico en los paciente de menor peso.

1.2.5. Patologías Gastrointestinales: La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo. El tubo digestivo es susceptible de maduración substrato inducida por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles. El uso de alimentación trófica precoz, y los soportes nutricionales parenterales, junto con el uso de leche materna fortificada, son los pilares básicos de la alimentación del pretermino. La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. La gravedad de esta entidad hace necesario su diagnóstico y tratamiento precoz.

1.2.6. Patologías Inmunológicos: El sistema inmune del recién nacido pretermino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La

inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente. La incapacidad de limitar la infección a un territorio orgánico, hace que la infección neonatal sea sinónimo de sepsis, con focos secundarios que comprometen severamente el pronóstico como es la meningitis neonatal. Si tenemos en cuenta las manipulaciones médicas que el pretermino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc) asociados a la ecología hospitalaria donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico. Las infecciones neonatales ampliamente en tanto en su vertiente precoz o vertical desde su madre, como las tardías o nosocomiales, de transmisión horizontal. Las infecciones antenatales, de origen vírico (citomegalovirus, rubéola, herpes), bacteriano (lues , tuberculosis) o parasitario (toxoplasmosis) forman un capítulo que se encuentra asociado con cierta frecuencia a neonatos de bajo peso, acompañando de sintomatología específica propia, a menudo séptica o pseudoséptica.

1.2.7. Metabolismo: La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.

Metabolismo hidrosalino: El agua representa más del 80% del peso corporal del recién nacido pretermino, que es portador de inmadurez renal que le impide la reabsorción correcta del sodio y agua filtrada, junto con incompetencia para la excreción de valencias ácidas y el adecuado equilibrio de la excreción de fósforo y calcio. Las necesidades hídricas son elevadas y

deben manejarse los aportes controlados, porque las sobrecargas se encuentran implicadas en patogenia de la enterocolitis necrotizante y de la broncodisplasia. La acidosis metabólica tardía ocurre en preterminos alimentados con fórmulas, por incapacidad renal de excretar los catabólicos ácidos de las proteínas heterologas. Se corrige adecuadamente con aportes de alcalinizantes El metabolismo calcio fosfórico debe ser regulado con aportes adecuados no solo de vitamina D, sino con aportes suplementarios de ambos electrolitos acordes con las perdidas renales detectadas, para conseguir adecuada mineralización ósea y evitar la osteopenia del pretermino.

Metabolismo de los Hidratos de Carbono: caracterizado por los escasos depósitos de glucógeno que junto con la interrupción de los aportes de glucosa umbilical, hace que se produzca un descenso de la glucemia. Los preterminos más extremos tienen una pobre capacidad de regulación de la insulina, situación que condiciona con frecuencia hiperglucemias y necesidad de aportes de insulina.

1.2.8. Patologías Hematológicas: La serie roja del pretermino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas. La anemia tardía del pretermino, más allá de los 15 días de vida asocia a la iatrogénica un componente hiporregenerativo medular. Más excepcional es la aparición de un déficit de vitamina E, que presenta rasgos de anemia hemolítica. La serie blanca del recién nacido pretermino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Una leucocitosis importante puede estar relacionada con la administración de corticoides prenatales o una leucopenia con la involución placentaria precoz de las

hipertensas y la disminución de los factores estimulantes de colonias de granulocitos de origen placentario. Ambos trastornos también pueden ser secundarios a la infección neonatal. Las plaquetas al nacimiento están en rango de la normalidad. (10)

II. DESARROLLO CAPITULAR

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

2.1. VALORACION:

2.1.1. RECOLECCION DE DATOS:

a) Datos neonatales:

Nombres y apellidos del RN: Q.S.

Historia clínica: 192972

Sexo: masculino

Grupo y factor Rh: 0 +

Fecha de nacimiento: 10/11/2017

Fecha de Ingreso: 10/ 11/2017

Edad gestacional: 34 semanas

Tiempo de vida: 10 días

Peso al ingreso: 1300grs

Peso actual: 1250 grs.

b) Datos del parto:

Tipo de parto: Parto Eutócico

Prematuridad

Líquido amniótico claro

c) Datos al nacimiento:

Peso del nacimiento: 1300grs

Apgar: 7' 9''

Talla: 46cm

PC: 31 cm

PT: 31cm

2.2. DATOS OBJETIVOS:

2.2.1. EXAMEN FISICO DEL RN:

- PIEL Y MUCOSAS: Hidratadas
- FONTANELA: Normotensa
- OJOS: Conjuntivas sonrosadas
- CARA: Simétrica
- NARIZ: Vías aéreas sin lesiones.
- BOCA: Con Sonda Orogástrica
- OREJA: Implantación adecuada
- CUELLO: Cilíndrico
- TORAX: Simétrico; con tirajes subcostal e intercostales; con secreciones densas blanquecinas, a la auscultación roncales.
- ABDOMEN: Blando depresible, Globuloso
- GENITALES EXTERNOS: Acorde a su edad.
- ANO: Permeable.
- MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: Simétricos
- Catéter venoso periférico en miembro superior izquierdo para tratamiento médico.

VALORES DE LAS CONSTANTES VITALES Y PARAMETROS RESPIRATORIOS

CONSTANTES VITALES	PARAMETROS RESPIRATORIOS
<ul style="list-style-type: none"> • T° axilar: 36.1°C • FC x' : 181 • FR x': 70 • PAM: 54 • SO2 pre ductal: 89% • SO2 Post ductal: 91% 	<ul style="list-style-type: none"> • PEEP: 5 • FLUJO: 7 • FIO2: 30%

Otros:

Perímetro Abdominal: 27cms

Orina: 59grs

Deposición: 7grs

Flujo urinario: 3.4. cc/Kg/hr.

BHE: + 18.14

2.3. DATOS SECUNDARIOS:

a) DIAGNOSTICO MÉDICO

- Recién nacido pre término de 34 semanas
- CIA Cardiopatía compleja
- PEG

b) TRATAMIENTO MEDICO:

- NPO + SOG
- DEXTROSA 10% -100cc a 4.9cc/h EV
- GLUCONATO DE CALCIO 10% (1.3cc) EV C/8h
- CPAP NASAL para SATO2 > 88 -95%

SITUACION PROBLEMÁTICA:

RNPT de 34 semanas de sexo masculino de 10 días de vida, nace en sala de partos, con un apgar de 7' – 9'', se realiza estimulación con el secado adecuado luego presenta llanto débil y por ende se brinda ventilación a presión positiva por mascara se estabiliza y es derivado al servicio de UCI neonatal.

Neonato con apoyo ventilatorio por modo CPAP con un FiO2 de 30%,Flujo de 7 litros por minuto, con un PEEP : 5 , con tirajes subcostales e intercostales, a la auscultación ruidos roncales con secreciones densas blanquecinas orales, con sonda orogástrica, abdomen globuloso , con ruidos hidroaéreos presentes, genitales acorde a su edad y miembros superiores e inferiores simétricos.

VALORACION SEGÚN DOMINIOS:

Datos generales: Q. S.

H.CI: 192972

Etapa de vida: Neonato

Edad: 10 días.

Lugar de nacimiento: Hospital Regional Zacarías correa Valdivia Huancavelica

Fecha de nacimiento: 10/11/2017

Procedencia: admisión () emergencia (X) Otro: Neonatología

Forma de llegada: ambulatorio () silla de ruedas () camilla () Cuna (X)

Peso: 1300gr **Estatura:** 46cm **T °:** 36,1°C **F.C:** 181 latidos por minuto

F.R: 70 ciclos de respiración por minuto.

Fuente de información: paciente () familiar (madre)(X) otro: historia clínica (X)

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

HTA(-) gastritis /ulceras (-) asma (-) tbc(-) otras: Prematuridad

Cirugías: SI () NO(X) **alergias y otras reacciones:** fármacos (NO)

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Madre de Familia:

¿Qué sabe usted sobre la enfermedad de su bebé?

- “Señorita el médico ya me explico que tiene mi bebé, que es prematuro y que hay que tener mucha paciencia”.

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?

- Si se va a recuperar y qué cuidados debo tener con mi bebé.

Cumple con indicaciones del médico: si

Consumo de medicamentos: indicaciones médicas

- NPO + SOG
- DEXTROSA 10% -100cc a 4.9cc/h EV
- GLUCONATO DE CALCIO 10% (1.3cc) EV C/8h
- CPAP NASAL para SATO2 > 88 -95%

Higiene corporal: Si Vivienda: Si

Comunidad: Si

Estilo de alimentación: NPO.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Cambio de peso durante los últimos 6 meses: Si, disminuyo en 50grs.

Apetito: NPO.

Dificultad para deglutir: SOG.

Vómitos: No

Abdomen: globuloso.

Drenaje: No

Hidratación: Piel hidratada

Edema: leve en miembros inferiores.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: n^o de deposiciones: variables (poca cantidad).

Hábitos vesicales: Realiza micción espontanea.

Sistemas de ayuda: Ninguno

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO

Sueño – descanso

Horas de sueño: Variable, sueño ininterrumpido.

Capacidad de auto cuidado

0= independiente

1= ayuda de otros

2= ayuda del personal

3= dependiente incapaz

ACTIVIDADES	0	1	2	3
Movilización en cama				X
Deambula				X
Ir al baño/bañarse				X
Tomar alimentos				X
Vestirse				X

Fuerza muscular: conservada regularmente

Fatiga: no

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: regular, 181 latidos por minuto

Riesgo periférico

Extremidad superior: normal

Extremidad inferior: normal

Actividad respiratoria: regular, 70 ciclos de respiración por minuto.

Ayuda respiratoria: CPAP ciclado.

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN Y COGNICIÓN

☆ **Nivel de conciencia (escala de Glasgow Pediátrico)**

APERTURA OCULAR	RESPUESTA: VERBAL	RESPUESTA: MOTORA
Esponánea 4 (X)	Charla y balbucea 5 ()	Mov. Espont. normal 6 (X)
Resp. a la voz 3 ()	Llanto irritable 4	Retirada al tocar 5 ()
Resp. al dolor 2 ()	(X)	Retirada al dolor 4 ()
Sin Respuesta 1 ()	Gritos o llanto de dolor 3()	Flexion anormal 3 ()
	Se queja al dolor 2()	Extremidad anor. 2 ()
	Sin respuesta 1 ()	Sin respuesta 1 ()

Total=14

Orientado: tiempo, espacio y persona

Alteración del proceso de pensamiento: no

Alteraciones sensoriales: ninguna

Comunicación

Alteración del habla: ninguna, "Neonato prematuro"

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION

Sensación de fracaso: ninguno.

Cuidado de su persona: corporal: - vestimenta:- alimentación: -

Reacción frente a cirugías y enfermedades graves: ansiedad de la madre (No)

DOMINIO 7: ROL Y RELACIÓN

Madre responde situación de su bebe.

Con quien vive: Con sus padres

Fuentes de apoyo: dependiente

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Paciente de sexo masculino.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Conducta irritable: Neonato con llanto vigoroso.

Violencia sexual: No.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Religión: Católica

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Estado de enfermedad: controlada: SI (X)

Estado de piel y mucosas: Hidratada.

Factores de riesgo: desnutrición

Violencia familiar: física: no (X)

Dentición: Neonato(no tiene)

Vías aéreas permeables: Si

Termorregulación: T = 36,3 °C

DOMINIO 12: CONFORT

Nauseas: No

Fobias: No

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Diagnostico nutricional: Prematuro

Factores de riesgo: Nutricional

Desarrollo: Signos de incapacidad para mantener su desarrollo

Enfermedad (X)

III. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

- Alteración del gasto cardíaco R/C aumento del flujo sanguíneo pulmonar y disminución de la contractilidad, y/o aumento de la postcarga E/P taquicardia, piel pálida y fría.
- Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar y periférica R/C deterioro del transporte e intercambio de oxígeno por cortocircuitos sistémicos y pulmonares E/P piel pálida y fría, saturación de O₂ > 90%.
- Patrón respiratorio ineficaz R/C mecanismos compensatorios frente a la hipoxemia E/P disnea, tiraje s/c, frecuencia respiratoria: 70x' irregular.
- Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para metabolizar los nutrientes E/P peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.
- Termorregulación ineficaz R/C alteración de la tasa metabólica E/P piel fría, pálida y T° corporal = 36.1°C
- Riesgo de Infección R/C Sistema Inmunológico Inmaduro y a Procedimientos Invasivos.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C pobre capacidad de regulación de la insulina.

3.1. PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS:

- Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar y periférica R/C deterioro del transporte e intercambio de oxígeno por cortocircuitos sistémicos y pulmonares E/P piel pálida y fría, saturación de O₂ > 90%.
- Patrón respiratorio ineficaz R/C mecanismos compensatorios frente a la hipoxemia E/P disnea, tiraje s/c, frecuencia respiratoria: 68x' irregular.
- Alteración del gasto cardíaco R/C aumento del flujo sanguíneo pulmonar y disminución de la contractilidad, y/o aumento de la postcarga E/P taquicardia, piel pálida y fría.
- Termorregulación ineficaz R/C alteración de la tasa metabólica E/P piel fría, pálida y t° corporal = 36.1°C
- Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para metabolizar los nutrientes E/P peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.
- Riesgo de Infección R/C Sistema Inmunológico Inmaduro y a Procedimientos Invasivos.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C pobre capacidad de regulación de la insulina.

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>El reporte de enfermería refiere, neonato frecuencia cardiaca por encima de los valores normales.</p> <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel pálida y fría • Saturación de O₂ < 90%. <p>FC= 181x'</p>	<p>1. Real:</p> <p>Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar y periférica R/C deterioro del transporte e intercambio de oxígeno por cortocircuitos sistémicos y pulmonares E/P piel pálida y fría, saturación de O₂ < 90%; FC= 171x'</p>	<p>Objetivo:</p> <p>PERFUSION TISULAR: CARDIACA (0405)</p> <p>Específicos:</p> <p>040515 Frecuencia cardiaca apical 040517 Presión sanguínea sistólica 040518 Presión sanguínea diastólica 040521 Taquicardia 040505 Diaforesis profusa</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>CUIDADOS CARDIACOS AGUDOS (4044): limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico derivado de deterioro de la función cardiaca.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se monitoriza el ritmo y la frecuencia cardiaca. Se mantiene un ambiente inductor al descanso y a la curación. Se ausculta los sonidos cardiacos. Se comprueba la efectividad de la oxigenoterapia.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una escala 3, presentando una piel tibia y normotensa, debido a que la cardiopatía se solucionaría quirúrgicamente.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II
J. Cecilio López	2013	TESIS DOCTORAL /ruidera.uclm.es.	Insuficiencia cardiaca y utilidad pronostica en el postoperatorio precoz de cirugía cardiaca por cardiopatías congénitas.	III

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren: neonato inicia CPAP ciclado(Presión positiva continua en las vías respiratorias).</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio irregular. • Disnea • Tiraje s/c, • Apoyo ventilatorio: Modo: CPAP ciclado • Fio2:30% • Flujo: 7 • PEEP: 5 • Frecuencia respiratoria: 70x' irregular 	<p>2. Real:</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz R/C mecanismos compensatorios frente a la hipoxemia E/P disnea, tiraje s/c, frecuencia respiratoria: 70x' irregular.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN (0403)</p> <p>Específicos:</p> <p>040301 Frecuencia respiratoria 040311 Retracción torácica 040334 Atelectasias 040309 Utilización de los músculos accesorios</p>	<p>CUIDADOS</p> <p>MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS (3140): Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <p>Se monitoriza de signos vitales. Se controla periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, saturación de O₂. Se observa periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. Se identifica causas posibles de los cambios en los signos vitales. Inserción y estabilización de vías aéreas (3120). Se brinda Oxigenoterapia, Fio₂ al 60% (3320). Control y seguimiento respiratorio (3350). Vigilancia (6650).</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una escala 3, ya que mientras se adapte al medio ambiente aumentara la presión de cavidad torácica y disminuirá el trabajo de los músculos intercostales.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren neonato frecuencia cardiaca por encima de los valores normales.</p> <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FC: 171x' • taquicardia <p>piel pálida y fría</p>	<p>3. Real:</p> <p>Alteración del gasto cardíaco R/C aumento del flujo sanguíneo pulmonar y disminución de la contractilidad, y/o aumento de la postcarga E/P taquicardia, piel pálida y fría.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>ESTADO CIRCULATORIO (0401)</p> <p>Específicos:</p> <p>040101 Presión arterial sistólica</p> <p>040102 Presión arterial diastólica</p> <p>040154 Palidez</p> <p>040157 Temperatura de la piel disminuida</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>CUIDADOS CIRCULATORIOS INSUFICIENCIA ARTERIAL (4062):</p> <p>Fomento de la circulación arterial.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se realiza una valoración global de la circulación periférica (color y temperatura).</p> <p>Se cambia al paciente de posición como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente.</p> <p>Se controla el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación</p> <p>SE examina si en la piel hay úlceras arteriales o solución de continuidad del tejido.</p> <p>Se evita la aplicación directa de calor en la extremidad.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una escala 3, presentando una piel tibia y una frecuencia cardiaca dentro de los valores normales.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II
J. Cecilio López	2013	TESIS DOCTORAL /ruidera.uclm.es.	Insuficiencia cardiaca y utilidad pronostica en el postoperatorio precoz de cirugía cardiaca por cardiopatías congénitas.	III

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren que se brinda abrigo al neonato.</p> <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piel pálida y fría • T° corporal: 36.1 °C 	<p>4. Real:</p> <p>Termorregulación ineficaz R/C alteración de la tasa metabólica E/P piel fría, pálida y T° corporal = 36.1°C</p>	<p>Objetivo:</p> <p>TERMORREGULACION: RECIEN NACIDO (0801)</p> <p>Específicos: Inestabilidad de la temperatura 080116 Hipotermia 080118 Cambios de coloración cutánea 080105 Glicemia inestable 080112</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>REGULACION DE LA TEMPERATURA (3900) Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se comprueba la temperatura al menos cada 2 horas.</p> <p>Se vigila la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia(tomar temperatura). Colocar al recién nacido en incubadora.</p> <p>Se administra medicamentos antipiréticos si esta indicado.</p> <p>Se pone un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido.</p>	<p>Objetivo alcanzado, neonato se encuentra en una escala 5, presentando una piel tibia y una temperatura axilar T°= 36.7.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren que el neonato esta en nada por vía oral.</p> <p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal. • Fluido terapia: Dextrosa 10%. 	<p>5. Real:</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad para metabolizar los nutrientes E/P peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>ESTADO NUTRICIONAL: INGESTION ALIMENTARIA Y DE LIQUIDOS (1008)</p> <p>Específicos:</p> <p>Ingestión alimentaria por sonda 100802 Administración de líquidos I.V 100804 Administración de líquidos con nutrición parenteral total 100805</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>MONITORIZACION NUTRICIONAL (1160)</p> <p>Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se pesa al paciente en los intervalos establecidos.</p> <p>Se Vigila las tendencias de pérdidas y ganancia de peso.</p> <p>Se observar si la piel esta seca, descamada con despigmentación.</p> <p>Controlar la ingesta calórica y nutricional.</p> <p>Controlar la turgencia de la piel si procede.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una escala 3, presentando una piel un aumento del peso en un 10 %.</p> <p>Aumento 130 gr. A su peso que 1.300 kg.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren que el neonato presenta múltiples lesiones por venopunción en ambos miembros superiores.</p>	<p>6. De Riesgo:</p> <p>Riesgo de Infección R/C Sistema Inmunológico Inmaduro y a Procedimientos Invasivos.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>CONTROL DEL RIESGO: PROCESO INFECCIOSO (1924)</p> <p>Específicos: Reconocer el riesgo personal de infección 192401 Practica la higiene de las manos 192415 Mantiene un entorno limpio 192411 Identifica estrategias para protegerse frente a otros con una infección.</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>CONTROL DE INFECCIONES (6540) Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se limpia el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</p> <p>Se limita el número de visitas.</p> <p>Se pone en práctica precauciones universales.</p> <p>Se usa guantes estériles para evitar transmisión de agentes infecciosos.</p> <p>Se garantiza una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas.</p> <p>Llevar ropas de protección durante la manipulación de material infeccioso.</p>	<p>Objetivo alcanzado, neonato se encuentra en una escala 5, libre de infecciones.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos Subjetivos:</p> <p>En el reporte de enfermería refieren que el neonato presenta HGT= 43mg/dl.</p>	<p>7. De Riesgo:</p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C pobre capacidad de regulación de la insulina.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>NIVEL DE GLUCEMIA (2300)</p> <p>Específicos: Concentración sanguínea de glucosa 230001 Hemoglobina glucosilada 230004 Glucosa en orina 230008</p> <p>ESCALA:1(Gravemente comprometido) a 5 (No comprometido).</p>	<p>MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA (2130) prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.</p> <p>MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA (2120) prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.</p> <p>Actividades:</p> <p>Se administra glucosa intravenosa si está indicado. Se vigila los niveles de glucosa en sangre. Se enseña a la madre los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. Comprobar exámenes de gases arteriales. Verificar sucesos anteriores de hipoglicemia e hiperglicemia.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una escala 4, manteniendo una glicemia dentro de los valores normales.</p>

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	II

IV. EVALUACION DE LOS RESULTADOS:

- **DIAGNOSTICO REAL N° 01:**
Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 3**, ya que mientras se adapte al medio ambiente aumentara la presión de cavidad torácica y disminuirá el trabajo de los músculos intercostales.
- **DIAGNOSTICO REAL N° 02:**
Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 3**, presentando una piel tibia y normotensa, debido a que la cardiopatía se solucionaría quirúrgicamente.
- **DIAGNOSTICO REAL N° 03:**
Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 3**, presentando una piel tibia y una frecuencia cardiaca dentro de los valores normales.
- **DIAGNOSTICO REAL N° 04:**
Objetivo alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 5**, presentando una piel tibia y una temperatura axilar $T^{\circ} = 36.7$.
- **DIAGNOSTICO REAL N° 05:**
Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 3**, presentando una piel un aumento del peso en un 10 %.
- **DIAGNOSTICO DE RIESGO N° 06:**
Objetivo alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 5**, libre de infecciones.
- **DIAGNOSTICO DE RIESGO N° 07:**
Objetivo parcialmente alcanzado, neonato se encuentra en una **escala 4**, manteniendo una glicemia dentro de los valores normales.

V. CONCLUSIONES:

- La atención inmediata al recién nacido prematuro es de gran importancia, por lo que es necesario contar con una alta tecnología para proporcionar los cuidados intensivos que el neonato requiere.
- El último trimestre de gestación es imprescindible para la maduración de los pulmones y otros órganos fetales que se están preparando para la vida extrauterina. Si este proceso se interrumpe por un parto prematuro, las posibilidades de supervivencia del recién nacido reducen.
- A pesar de los notables avances realizados en el campo de la obstetricia y la neonatología, los índices de mortalidad perinatal de numerosos países se han mantenido relativamente constantes durante décadas. Incluso en los centros hospitalarios en los que el índice de supervivencia ha aumentado, los bebés que logran sobrevivir siguen presentando una amplia variedad de morbilidad y discapacidad tanto a corto como a largo plazo, especialmente en los grupos de recién nacidos muy prematuros y prematuros extremos.
- El neonato mejora su intercambio gaseoso en los pulmones esto permite mejorar el patrón respiratorio y por ende llegue a la ventilación espontanea.
- Una vez dado de alta al neonato por el medico; los cuidados del recién nacido prematuro recaen en la responsabilidad de la familia más aun en los padres para que estimulen desde pequeños las distintas habilidades que se han visto afectadas a causa de los nacimientos prematuros y que son: atención, memoria, aprendizaje, razonamiento numérico, lenguaje y habilidades sociales.

- Es primordial que el equipo de salud tenga conocimientos sobre esta patología de recién nacido prematuro, para que fundamente científicamente sus acciones y así proporcionar una atención de calidad y calidez, hasta donde los recursos tecnológicos y humanos lo permitan.
- La prematuridad necesita cuidados especiales procedentes de sus padres. Ellos debe enfrentar desafíos y emocionales tales como problemas auditivos y visuales ictericia y anemia. A pesar que los prematuros usualmente necesitan ser tratados en una unidad de cuidados intensivos neonatales, los padres desempeñan un papel crucial en el desarrollo saludable.
- La gran mayoría de Bebés Prematuros que logran sobrevivir, presentan grandes problemas de inmadurez orgánica general, y su supervivencia se debe a un equipo completo lleno de esfuerzos, una tecnología avanzada y de las respuestas de los organismos de estos neonatos.
- El amor, sapiencia, empatía estimula afectivamente al niño, a través de las caricias, del tacto, la voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres. El prematuro desarrolla comportamientos que lo estimulan sensorialmente y que se cree que son la base de la interacción psicoafectiva, del desarrollo cognitivo.

VI. RECOMENDACIONES:

- Mejorar la atención inmediata y realizar adquisiciones de tecnología para mejoría del neonato.
- Iniciar y asistir puntualmente a los controles prenatales para evitar un parto prematuro.
- Mejorar la atención primaria donde una gestante acude a realizar sus controles, ya que a pesar de las notables avances en la neonatología y obstetricia los índices de mortalidad perinatal en numerosos países se han mantenido relativamente.
- Se recomienda en seguir capacitando a los padres de los neonatos que son dado de alta, esto evitara enfermar en casa y mejora la responsabilidad y habilidad de los padres en conjunto.
- Continuar con las capacitaciones constantes del personal de Salud ya que permite proporcionar atención de calidad y calidez en su área de trabajo.
- Cabe agregar que también es importante el contacto que se establezca entre los médicos en este caso del neonatólogo tratante con los padres para dar su conocimiento, seguimiento y proporcionar un dialogo adecuado a los padres que deben dar sus cuidados más adelante a su menor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ramos & Rico (2010). Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización, México.
2. Sifuentes C (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. Universidad de los Andes. Venezuela.
3. Vidal B. (2009) Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. Murcia.
4. Alberdi M. (2006). “Características del Vínculo (attachment): Estudio Comparativo de Niños Prematuros y Niños Nacidos a Término”. Barcelona – España.
5. Gallegos-Martínez J, (Agosto 2016). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal, Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original nov.-dic. 2013;21, pag 1361.
6. COMUNICACIÓN TERAPEUTICA (Junio de 2016). Disponible en: www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/243032/Alessandro_Inio.pdf.
7. Por James W. Kendig, MD, Professor of Pediatrics, Penn State University College of Medicine ; Ursula Nawab, MD, Assistant Professor, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Thomas Jefferson University/Nemours disponible en: <http://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacido-prematuro>
8. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/>
9. RECIEN NACIDO PREMATURO (Julio de 2016). Disponible en: www.who.int/es/.
10. Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/>.

11.COMUNICACIÓN TERAPEUTICA (Agosto de 2016). Disponible en:
www.nureinvestigacion.es/.

ANEXOS

RNPT de 34 semanas de sexo masculino

Q.S

