

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL
HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2018**

TRABAJO ACADÉMICO

PRESENTADO POR:

LIC. RUTH CELESTINA DE LA CRUZ TORRES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE CRÍTICO NEONATAL**

ASESORA:

MG. ZOBEIDA ELIZABET CAMARENA VARGAS

LIMA, PERÚ

2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios pues es mi guía espiritual, a mi esposo Carlos, a mis hijos por su apoyo incondicional en mi crecimiento profesional y personal. Así mismo, agradezco al Hospital de Apoyo JAMO II-TUMBES (UCI- Neonatal), donde laboro, por brindarme las facilidades para el desarrollo del presente trabajo académico.

AGRADECIMIENTO

Escribo estas líneas agradeciendo a Dios por permitirme realizar otra fase de mi vida académica y profesional. Al Hospital de Apoyo JAMO por acogerme en mi desarrollo profesional y brindarme las facilidades para la realización del presente trabajo académico.

De igual forma, agradezco a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por sus aportes continuos para mi formación profesional.

A mi asesora de trabajo académico, la Mg Zobeida Camera Vargas, quien en forma generosa y cálidamente ha sido una ayuda incondicional en los avances del presente trabajo académico.

A mi familia, quien me ha apoyado incondicionalmente y motivado en el desarrollo del presente trabajo y a la decana del Colegio de Enfermeros de Tumbes, Dra. Yrene Urbina Rojas, por su apoyo en la culminación del presente trabajo.

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
1.1. Bases Teóricas	9
1.2. Teorías de Enfermería	22
1.2.1. Teoría de adopción del rol maternal de Ramona T Mercer.....	22
1.3. Estudios Relacionados.....	24
1.3.1. A nivel Internacional	24
1.3.2. A nivel Nacional.....	26
PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE RECIÉN NACIDO PREMATURO	27
2.1. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	41
EVALUACION DE LOS RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
ANEXOS	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

RESUMEN

El presente trabajo académico tiene como objetivo comprender y aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería – PAE orientado a los cuidados de enfermería del Recién Nacido Pre término – RNPT Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Regional JAMO II-2, de la ciudad de Tumbes.

La Organización Mundial de la Salud, define como recién nacido prematuro a todo aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación.

El avance de los cuidados intensivos neonatales ha permitido que sobrevivan los bebés prematuros lo que significa un reto, para el equipo de salud de seguir disminuyendo la mortalidad y mejorar las condiciones del recién nacido prematuro por pertenecer al grupo con mayor riesgo de morir o de quedar con secuelas graves.

Por otro lado, las complicaciones relacionadas a la prematuridad, causa defunción en los niños menores de cinco años. En el 2015 aproximadamente un millón de muertes y tres cuartas partes de estas muertes podrían prevenirse con cuidados sencillos como aportar al recién nacido calor suficiente. Por ello, es necesario que los enfermeros a cargo de estos niños poseen el conocimiento las habilidades para realizar sus intervenciones.

El proceso de atención de enfermería es una herramienta de la enfermera, que considera los 5 pasos: la valoración de RN pre termino, los diagnósticos de enfermería reales, así como de riesgo, objetivos, intervenciones y la evaluación; o resultado esperado. Se proporcionó un cuidado especializado basado en la mejor evidencia.

Finalmente, se concluyó que el acompañamiento del personal de enfermería es de vital importancia para la detección de situaciones que pueden afectar el desarrollo del menor y su relación familiar.

Palabras Clave: Cuidados de enfermería, Recién Nacido, Prematuro

ABSTRACT

The objective of this academic work is to understand and apply the methodology of the nursing care process - PAE oriented to the nursing care of the Preterm Birth- NPT Hospitalized in The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the Regional Hospital JAMO II- 2, from the city of Tumbes.

The World Health Organization defines Preterm as babies born alive before 37 weeks of pregnancy are completed.

The advance of neonatal intensive care has permitted that preterm babies to survive, which means a challenge for the health team to continue to reduce mortality and improve their conditions Since they belong to the group with the highest risk of dying or has serious consequences.

On the other hand, Preterm birth complications are the leading cause of death among children under 5 years of age. In 2015, approximately one million of newborn died and three-quarters of these deaths could be prevented with a simple care such as providing the newborn enough heat. Therefore, it is necessary that the nurses in charge of these children have the knowledge and skills to carry out these interventions.

The process of nursing care is a tool of the nurse, which considers the five steps: the assessment of premature babies, the actual nursing diagnoses, such as risk, objectives, interventions and evaluation; or expected result. Specialized care was provided based on the best evidence.

Finally, it was concluded that nursing care is of vital importance in order to detect situations that may affect the child's development and family relationship.

Key words: Nursing care, Newborn, Premature

INTRODUCCIÓN

Siempre se ha considerado a los nacimientos prematuros un problema grave que en muchas oportunidades es desatendido; los recién nacidos son vulnerables, siendo en especial los prematuros. Según la Organización mundial de la salud (2016) los prematuros constituyen el cincuenta por ciento de todas las muertes de recién nacidos en el cosmos; actualmente se considera segunda causa de mortalidad de niños menores de cinco años, después de la neumonía.

Se reporta que en África subsahariana los indicadores de nacimientos de niños prematuros son mayores al 15 % y el 11.1 % de los nacimientos del universo. En los países más subdesarrollados se reportan que el doce por ciento de los bebés nacen demasiado pronto, en comparación con el nueve por ciento en los países de mayores ingresos. (OMS, 2016).

Los nacimientos prematuros no se relacionan con los bajos ingresos de los países de bajos ingresos. Así lo demuestra los reportes de países desarrollados entre las diez naciones con mayor número de prematuros se presenta en los Estados Unidos (12% de los nacimientos son prematuros) y Brasil. Además se encuentran nacimientos prematuros en Malawi con 18.1%, Comoras y Congo con 16.7%; Zimbabue con 16.6% y Guinea Ecuatorial con 16.5%, dichos países se diferencian con las once naciones con porcentajes más bajos de nacimientos prematuros como son: Belarús con 4.1%; Ecuador con 5.1% de igual manera con Letonia, Finlandia, Croacia, Samoa y Japón. También se reportan que aproximadamente 50 millones de nacimientos en el globo terrestre aún ocurren en los domicilios y muchos bebés fallecen sin certificados de nacimiento o de muerte. (OMS, 2016).

Perú no es ajeno a esta problemática se han reportado que los nacimientos prematuros es una de las causas de mortalidad en niños menores de cinco años y constituyen factores de riesgo de nacimientos prematuros. La obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, la edad de las madres (40 años), los embarazos múltiples y los embarazos demasiado seguidos se consideran

factores que predisponen a nacimientos de prematuridad. Se reporta que en el 2015 los nacimientos Pretérmino antes de las 37 semanas de gestación representaron el 93,5% del total de nacidos vivos a término (37 a 42 semanas), el 6,5% nació Pretérmino (< 37 semanas) y el 0,01% nació Post término (>42 semanas). Además, que los 27 mil nacidos vivos (año 2015) con una edad gestacional menor a las 37 semanas, representó el 4,2% nacimientos inmaduros, es decir, con menos de 28 semanas de gestación, mientras que el 9% nació muy prematuro entre las 28 a 31 semanas de gestación. (MINSA, 2015).

En la Región Tumbes (2015), según las estadísticas, se registraron 4,002 nacimientos prematuros, registrándose 15 prematuros extremos (nacidos entre las 22 a 27 semanas de gestación, muy prematuro entre las 28 a 31 semanas), 29 prematuros y 269 fueron prematuros tardíos (entre 32 a 36 semanas). (MINSA, 2016). En el Hospital Regional de Tumbes, en el año 2016, se registró 105 nacimientos prematuros, haciendo un promedio de 24 nacimientos en el último trimestre del año, de octubre a diciembre, del 2016. (DIRESA, 2016).

MARCO TEÓRICO

1.1. Bases Teóricas

Recién nacido prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que los nacimientos prematuros son aquellos que se presentan antes de las 37 semanas de gestación. De acuerdo al reporte la mayor parte de los nacimientos ocurren alrededor de las 40 semanas y que en el periodo neonatal los 28 primeros días es una etapa con muchos acomodos fisiológicos necesarios para la vida extrauterina. Se consideran dos razones importantes que caracterizan la prematuridad: bajo peso al nacer e inmadurez, con frecuencia se evidencia que éstos 2 criterios van juntos. Los nacimientos prematuros pueden ser divididos en 3 subgrupos: el primero, incluye niños nacidos entre 37 y 32 semanas de gestación y se denomina prematuridad; el segundo incluye niños nacidos entre 32 y 29 semanas de gestación y se denomina gran prematuridad, el tercero incluye niños de menos de 29 semanas de gestación y se denomina prematuridad extrema. (OMS, 2012).

De acuerdo a lo indicado por Kending, et al. (2018), la tasa de parto prematuro era del 11,7% en 2011; 8,3% eran prematuros tardíos y 3,4% eran [prematuros], incluyendo 2% que eran muy prematuros.

Se tienen en cuenta los siguientes criterios de los recién nacidos, para ser considerados prematuros: peso < 2,5 kg maduros y post maduros y pequeños para la edad gestacional, su aspecto y sus problemas son diferentes (MBPN). Kending, et al. (2018).

Causas

Según Kending, et al. (2018), se desconoce la causa específica del trabajo de parto prematuro, sea antecedido de rotura prematura de membranas o no. Existen muchos factores de riesgo maternos conocidos, que pueden abarcar, los cuales son:

Los factores socioeconómicos

- Bajo estado socioeconómico
- Las madres con menos educación formal
- Madres solteras
- Madres adolescentes.
- Escaso o poco control pre natal
- Tabaquismo durante la gestación
- Drogadicción durante la gestación

Antecedentes obstétricos

- Partos prematuros previos
- Embarazos múltiples previos
- Múltiples abortos terapéuticos previos o abortos involuntarios espontáneos.

Factores relacionados con el embarazo actual

- Edad materna menor de 15 a.
- Embarazo logrado mediante fertilización in vitro
- Poca o ninguna atención prenatal
- La mala nutrición durante la gestación (y tal vez antes)
- Las infecciones no tratadas (p. ej., la vaginosis bacteriana, infección intra amniótica.
- Embarazo múltiple (p. ej., mellizos, trillizos)
- Insuficiencia cervical (antes incompetencia cervical)
- Pre eclampsia,
- Desprendimiento prematuro de placenta

Sin embargo, la mayoría de las mujeres que dan parto prematuro no tienen factores de riesgo conocidos.

Fisiopatología

Se tiene en cuenta que el recién nacido prematuro es pequeño, y siendo su peso entre los parámetros de < 2,5 kg, también presenta características especiales

como la piel delgada, brillante y rosada y que es fácil observar los vasos sanguíneos. También presentan poca grasa subcutánea, débil cartílago del pabellón auricular. Baja actividad espontánea del tono muscular, las extremidades presentan dificultades para la adopción de la posición en flexión típica de los recién nacidos a término. En los prematuros de sexo masculino el escroto puede presentar pocos pliegues, y los testículos a veces no han descendido. En los prematuros de sexo femenino, los labios mayores aún no cubren los labios menores. En relación a los reflejos: El reflejo de Moro comienza entre las semanas 28-32 de gestación y está bien sólido en la semana 37. El reflejo palmar comienza en la semana 28 y está bien determinado en la semana 32. El reflejo tónico cervical inicia en la semana 35 y es muy destacado al mes después del término. Kending, et al. (2018).

Tratamiento

De acuerdo a Kending, et al. (2018), se consideran los siguientes tratamientos:

Terapia de soporte:

Se considera que el tratamiento puntual del recién nacido prematuro se cumpla en la unidad de cuidados intensivos neonatal o un recinto de recién nacidos de cuidados especiales, lo que consiste en una atención cuidadosa al ambiente mediante incubadoras con servocontrol. También otra medida estricta es el lavado de manos antes y después de todo contacto con el recién nacido, la monitorización continua de apneas, bradicardia e hipoxemia hasta las 34,5 o 35 semanas de gestación.

No debe descuidarse la atención a los padres, cómo dar facilidades y orientaciones para la vista y la interacción lo más posible con el prematuro. El contacto piel a piel entre el lactante y la madre (método canguro) es beneficioso para la salud del lactante y facilita la vinculación materna. Es factible y seguro, incluso cuando los lactantes son atendidos mediante respiradores e infusiones. Antes al alta hospitalaria, se debe orientar a los padres sobre las posiciones que debe tener los niños durante la conciliación del sueño como es la posición de

decúbito supino, lo que le ayuda evitar riesgos respiratorios. Es importante educar a los padres para que tengan cuidados especiales con sus hijos por ejemplo que no pongan materiales bulliciosos, frazadas acolchonadas, almohadas y juguetes de peluche, alrededor de sus hijos porque se han encontrado reportes de síndrome de muerte súbita del lactante, por ser riesgos de asfixia en los niños.

Alimentación

La nutrición debe iniciarse a través de una sonda orogástrica para luego llegar a la etapa de la succión, la deglución y mejorar la respiración y se aproxima a partir de las 34 semanas de gestación y finalmente llevarse a cabo y con firmeza la lactancia materna, la misma que les nutre de proteínas, calorías y elementos de protección que no contienen las fórmulas maternizadas. Es importante mencionar que la leche materna no aporta la cantidad de suficiente de calcio, fósforo y proteínas para recién nacidos de muy bajo peso (es decir, < 1.500 g), por lo que es importante mezclarse con un fortificador de leche materna. Sucesivamente es viable utilizar leches artificiales específicas para prematuros, las que contienen de 20 a 40 kcal/oz.

El uso de la sonda orogástrica es sustancial en los primeros días, para administrarse los líquidos y las calorías adecuadas debido al estado del recién nacido. Se suele suministrar nutrición parenteral con proteínas, glucosa y grasas para prevenir la deshidratación y la desnutrición. La nutrición con leche maternizada para prematuros a través de una Sonda orogástrica puede mantener de manera placentera la ingesta calórica en recién nacidos prematuros, enfermos, en especial aquellos con dificultad respiratoria o episodios apnéicos recurrentes. La nutrición se inicia con pequeños volúmenes (p. ej., 1-2 ml. cada 3-6 h) para estimular el tubo digestivo. Cuando son permitidos, se aumentan lentamente el volumen y la concentración entre el séptimo y décimo día. En niños recién nacidos muy pequeños o en estado crítico, puede ser necesaria durante un período prolongado la hiperalimentación parenteral total a través de un catéter periférico o central instalado por vía

percutánea o través de vía quirúrgica hasta que pueda tolerarse la nutrición totalmente enteral.

Complicaciones

Dentro de los inconvenientes se conciernen los problemas de la disfunción de sistemas orgánicos inmaduros. En la mayoría de casos, éstos se resuelven completamente; en otros, hay disfunción orgánica residual. Kending, et al. (2018).

A. Cardíacas: La complicación cardíaca más común es:

En los prematuros, es posible que el conducto arterioso no se cierre después del nacimiento. La ocurrencia de la dificultad del cierre puede persistir y el riesgo aumenta cuanto mayor es la prematurez; también se aprecia que el CAP en la mitad de los recién nacidos con peso de nacimiento < 1.750 g y en alrededor del 80% de aquellos con peso de nacimiento < 1.000 g. Aproximadamente de un tercio a la mitad de los lactantes con CAP presentan cierto grado de insuficiencia cardíaca. Los recién nacidos prematuros ≤ 29 semanas de gestación que presentan síndrome de dificultad respiratoria tienen un riesgo del 65 al 88% de PCA sintomática. Si los niños tienen ≥ 30 semanas de gestación al nacer, el conducto se cierra de forma espontánea en el 98% en el momento del alta hospitalaria.

B. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Las complicaciones del SNC incluyen:

Pobres reflejos de succión y deglución

Episodios apneicos

Hemorragia intraventricular

Retrasos en el desarrollo o cognitivos

Los niños recién nacidos con menos de 34 semanas de gestación revelan coordinaciones inconvenientes, los reflejos de succión y deglución, y deben ser alimentados por vía intravenosa o por sonda orogástrica. La inmadurez del

centro respiratorio del tronco encefálico provoca episodios de apnea, también puede deberse a la obstrucción hipofaríngea sola (apnea obstructiva). A veces pueden estar presentes ambos tipos (apnea mixta).

La central germinal periventricular, que es una masa altamente celular de células embrionarias limitada por arriba del núcleo caudado sobre la pared lateral de los ventrículos laterales en el feto; es proclive a la hemorragia, que puede extenderse a los ventrículos cerebrales (hemorragia interventricular). El suceso del infarto de la sustancia blanca periventricular, también puede deberse a motivos conocidos, como son la: la hipotensión, la perfusión cerebral inadecuada o inestable y los picos de tensión arterial (cuando se administra líquido o coloide de manera rápida) pueden contribuir al infarto o la hemorragia cerebral. El daño de la sustancia blanca periventricular es un factor de riesgo importante de parálisis cerebral y retraso neuromadurativo.

Los niños recién nacidos con historiales de sepsis, enterocolitis necrosante, hipoxia y hemorragias intraventriculares o periventriculares, están expuestos a retrasos madurativos y cognitivos. Estos niños necesitan un seguimiento cuidadoso durante el primer año de vida, para detectar retrasos auditivos, visuales y neuromadurativos. Por lo tanto, es importante tener cuidadosa atención a las pautas de desarrollo, como la evaluación de la resistencia muscular, las aptitudes de lenguaje y el crecimiento (peso, longitud, perímetro cefálico). Los lactantes que son reconocidos con riesgos de los campos visuales deben ser evaluados y derivados al especialista infantil y aquellos con dificultades auditivas y neuromadurativos deben ser derivados a programas de intervención temprana que suministran terapia física, ocupacional y del lenguaje y los niños con dificultades neuromadurativos graves pueden requerir una derivación a un neurólogo infantil

C. Ojos: Las complicaciones oculares incluyen:

Retinopatía del prematuro

Miopía y/o estrabismo

La vascularización de la retina se desarrolla paulatinamente de acuerdo a su desarrollo y maduración. Se considera que el parto pretérmino puede obstaculizar con el proceso de vascularización normal, lo que determina un desarrollo vascular anormal y en muchas oportunidades producen defectos de la visión que incluyen la ceguera (retinopatía de la prematurez). La incidencia de retinopatía de la prematurez es inversamente proporcional a la edad gestacional. La enfermedad se manifiesta generalmente entre 32 y 34 semanas de edad gestacional.

La ocurrencia de problemas visuales como la miopía y estrabismo aumenta independientemente de la retinopatía del prematuro.

D. Tubo digestivo: Las complicaciones gastrointestinales incluyen:

Intolerancia alimentaria, con un aumento del riesgo de aspiración

Enterocolitis necrosante

La intolerancia alimentaria es muy frecuente porque los lactantes prematuros tienen un estómago pequeño, reflejos de succión y deglución inmaduros, y una motilidad gástrica e intestinal insuficiente. Estos factores dificultan la capacidad en tolerar la alimentación oral, por sonda orogástrica y generan un riesgo de aspiración. La tolerancia a la alimentación aumenta con el tiempo, especialmente cuando los niños son capaces de recibir cierta alimentación enteral.

Dentro de las enfermedades enterales la enterocolitis necrosante se manifiesta por deposiciones sanguinolentas, intolerancia alimentaria y abdomen distendido, doloroso a la palpación. El tratamiento o resolución quirúrgica es más frecuente para el prematuro. Dentro de las complicaciones de la enterocolitis necrosante neonatal son perforación intestinal con neumoperitoneo, formación de abscesos intraabdominales, formación de estenosis, síndrome del intestino corto, sepsis y muerte.

E. Infección: Las complicaciones infecciosas incluyen:

Sepsis

Meningitis

La sepsis o la meningitis representa cuatro veces más frecuentes en el recién nacido prematuro y representan un 25% de los lactantes. El mayor suceso se debe a la presencia de catéteres intravasculares permanentes y tubos endotraqueales, zonas de solución de continuidad de la piel y concentraciones notoriamente reducidas de inmunoglobulinas.

F. Riñones: Las complicaciones renales incluyen:

Acidosis metabólica

Retraso del crecimiento

En relación a la función de los riñones estos son limitados y se presenta una disminución de la capacidad de concentración y dilución de la orina. La limitación de la función renal se relaciona a la incapacidad de los riñones inmaduros de excretar ácidos fijos, que se incrementan cuando se administran fórmulas ricas en proteínas y como consecuencia del crecimiento óseo, puede causar acidosis metabólica tardía que se reporta por la orina (perdida de Na y HCO₃).

G. Pulmones: Las complicaciones pulmonares incluyen:

Síndrome de dificultad respiratoria

Displasia broncopulmonar

En relación a la función pulmonar la elaboración inadecuada de agente tensioactivo es un factor de riesgo para la incidencia de las patologías del colapso alveolar y las atelectasias, que son las causan del síndrome de dificultad respiratoria. Se considera que para prevenir y resolver este síndrome está indicado un tratamiento de reemplazo de agente tensioactivo. A pesar de este tratamiento, frecuentemente los niños recién nacidos prematuros muestran una forma crónica de enfermedad pulmonar conocida como displasia

broncopulmonar (DBP), con requerimiento prolongado de ventilador y O₂ suplementario más de las 36 semanas.

La medida preventiva con fármacos como palivizumab para actuar con el virus sincitial respiratorio, se considera como tratamiento necesario o en lactantes con enfermedad pulmonar crónica.

H. Problemas metabólicos: Las complicaciones metabólicas incluyen:

Hipoglucemia

Hiperbilirrubinemia

La hiperbilirrubinemia es otro problema que se presenta en el prematuro y puede producir kernícterus y se reflejan con valores sanguíneos de bilirrubina de 10 mg/dL (170 µmol/L). Las concentraciones séricas altas de bilirrubina pueden deberse, al desarrollo inadecuado de los mecanismos de excreción hepática, como a las deficiencias de la captación de bilirrubina del suero, a la conjugación hepática a glucurónido de bilirrubina y de su excreción a la vía biliar. La probable motilidad intestinal posibilita mayor desconjugación del diglucurónido de bilirrubina dentro de la luz intestinal por la enzima luminal β-glucuronidasa, lo que admite mayor reabsorción de bilirrubina, lo que puede reducir la manera significativa la incidencia y la intensidad de la ictericia fisiológica. Es frecuente a la demora en el pinzamiento del cordón umbilical, lo que aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia significativa al permitir la transfusión de una gran masa de eritrocitos, ocasionado el incremento de su degradación y de la producción de bilirrubina.

I. Regulación de la temperatura: La complicación más frecuente de la regulación de la temperatura es:

Hipotermia

Los prematuros presentan una relación entre la superficie y el volumen corporal excepcionalmente grande. Lo que se manifiesta cuando están expuestos a temperatura inferiores y al ambiente térmico neutro lo que ocasiona que pierdan calor rápidamente y presenten dificultad para mantener la temperatura corporal.

Prevención

Aunque la atención prenatal temprana y adecuada es importante en general, no hay buena evidencia de que dicha atención o cualquier otra intervención disminuyan la incidencia de parto prematuro. Kending, et al. (2018).

El uso de tocolíticos (agentes que detienen las contracciones uterinas) pueden dilatar el trabajo de parto 48 h para poder dar corticoides a fin de reducir los riesgos del feto. Los tocolíticos incluyen sulfato de magnesio, bloqueantes de los canales de Ca e inhibidores de las prostaglandinas. Ningún tocolítico es claramente la elección de primera línea; la elección debe individualizarse para minimizar los efectos adversos. Kending, et al. (2018)

Si el feto es mayor de las 34 semanas, se suele administrar corticoides: betametasona 12 mg IM cada 24 h en 2 dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 h en 4 dosis a menos que el parto sea inminente. Estos corticoides aceleran la maduración de los pulmones fetales y disminuyen el riesgo de síndrome del distrés respiratorio neonatal, sangrado intracraneal y mortalidad. Kending, et al. (2018)

Cuidados de enfermería en la atención del RN prematuro (Comunidad de enfermeros latinoamericanos).

Según Liboreiro D. (2015), los cuidados de enfermería para la atención del RN prematuro son los siguientes:

Cada vez que se entre en contacto con el prematuro debe hacerse de manera tranquila afectivamente.

Los cuidados que se lleven a cabo se debe hacer entre dos profesionales (2 enfermeras), una en contacto directo y la otra de apoyo.

Los materiales a utilizar deben ser los necesarios para disminuir el tiempo de la manipulación, procurando que ésta no exceda de 30 minutos.

Entre los cuidados fundamentales es anotar en la gráfica la temperatura de piel y las constantes del monitor, saturación de oxígeno y parámetros del respirador.

Informar a los padres la importancia de la relación con su bebé, así como tener en cuenta el horario de visitas.

La alimentación oral coincidirá con horario de manipulaciones.

Evitar el dolor con medidas de consuelo y de ser necesario medidas farmacológicas.

Permitir que las manos del niño estén cerca de la cara.

Comprobar que nuestras manos están calientes y limpias antes de tocar al niño.

Durante procedimientos o intervenciones: contener las extremidades en posición de flexión con las manos o envolturas. Ofrecer la posibilidad de coger a algún elemento: dedos de la persona que lo cuida o extremo de una sábana.

Signos Vitales a través de manipulación deben ser tomados cada 4 horas y hacerse excepciones en casos individuales.

Control de temperatura y evitar la hipotermia y el estrés por frío.

Tener un ambiente térmico neutro.

En los niños prematuros con complicaciones se nota que el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están muy degradados. Es importante

realizar todos los esfuerzos posibles para disminuir las pérdidas insensibles de agua. Estos recién nacidos deben ser instalados en incubadoras tan pronto como ellos estén estables. Si esto no es posible el niño debe transferirse desde la cuna de calor radiante a una incubadora dentro de 2 horas desde el ingreso. Liboreiro D. (2015).

Los prematuros deben ser manejados en una incubadora con servo-control y que el calentamiento del prematuro sea lento y progresivo. Mantener la temperatura cutánea abdominal entre los 36,5- 37,0 °C para disminuir consumo de oxígeno, mantener la energía, y disminuir los requerimientos de líquidos. Además, es importante mantener la temperatura entre el prematuro y el ambiente y que no debe ser superior a 1,5 °C.

Deben usarse colchas, plásticos para ayudar a conservar la temperatura y disminuir las pérdidas insensibles de agua; deben cubrirse las paredes de la incubadora con mantas para conservar el calor y disminuir la exposición a la luz; mantenerse manguitos sobre las entradas de las incubadoras para prevenir la bajada de temperatura cuando las puertas se abren; debe intentarse hacer todos los procedimientos a través de las entradas de la incubadora excepto las inserciones de líneas, punciones lumbares, y otros procedimientos importantes; colocarse sensor: alejado de las áreas de grasa parda, adherido a la piel sin cubrir ni apoyar al prematuro, y siempre visible. Liboreiro D. (2015).

La ubicación ideal del sensor es en la línea media abdominal entre apéndices xifoides y el ombligo. Para facilitar los cambios posturales, se utilizará preferentemente el flanco izquierdo, evitando zonas óseas. Los menores de 28 semanas carecen de grasa parda. Liboreiro D. (2015),

Otro de los cuidados importantes que se debe programar la temperatura del calentador en el respirador a 38-39°C, vigilar el nivel de agua; mantenerse a los recién nacidos prematuros arropados o cubiertos y con gorros para prevenir pérdidas excesivas de calor. Tener cuidado con los catéter arterial umbilical, pueden usarse calcetines y si presenta catéter periférico hay que dejar los pies descubiertos para evaluar la perfusión. Utilizar siempre material precalentado

dentro de la incubadora y la postura es otro cuidado, se debe colocar al prematuro en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor. Liboreiro D. (2015).

Manejo de la temperatura de la incubadora: durante las manipulaciones prolongadas se producen pérdidas de calor del prematuro y de la incubadora; para evitarlas es conveniente pasar la incubadora a modo de control de aire y subir la temperatura de ésta 0,5-1 °C para evitar enfriamientos y/o sobrecalentamientos y finalizada la manipulación, volver a servo-control. Liboreiro D. (2015).

Se debe tener en cuenta que todas las manipulaciones necesarias se realizarán con el recién nacido dentro de la incubadora o control de humedad. En el prematuro de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis; las consecuencias iatrogénicas y fisiológicas de las altas pérdidas de agua son: deshidratación, desbalance de líquido y electrolitos, lesión del estrato córneo superficial y posible absorción percutánea de tóxicos. Liboreiro D. (2015).

Rol de enfermería en el cuidado de los prematuros.

Los cuidados de enfermería en el recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales es vital de parte del profesional de enfermería y forma un eslabón vital entre el paciente y el equipo multidisciplinario, debido a su conocimiento, experiencia, proximidad con el recién nacido y la capacidad para interpretar la información fisiológica y del comportamiento y para discernir la respuesta del recién nacido prematuro y al tratamiento y al ambiente. Choque, Chinchá y Condori (2016).

Se considera que el profesional de enfermería debe ser experta de los cambios basales de cada recién nacido, conforme va progresando esto cambia la interpretación de los datos y modifica la decisión acerca de cuáles son las intervenciones apropiadas diarias de enfermería. Choque, Chinchá y Condori (2016).

La enfermera es la columna y posee conocimientos sólidos, habilidades y destrezas y capacidad resolutoria, para garantizar una atención humanizada y de calidad; también se requiere que conozca los factores de riesgo, los periodos críticos del desarrollo y los principios de nutrición, farmacología, etc.

Es necesario conocimiento de la fisiología normal, conocer los efectos de las enfermedades en el proceso de desarrollo de los órganos del recién nacido prematuro. Choque, Chíncha y Condori (2016).

El trabajo del profesional de enfermería en el acompañamiento con la familia se considera necesario para fortalecer los lazos de padres e hijos. El proceso de adaptación del recién nacido con los equipos y aparatos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es progresivo y las enfermeras ayudan en éste proceso a través del lenguaje diario con el bebé, lo que permite asimilar mejor la información, brindando seguridad, confianza, educación e ir preparando para el alta. Además, la educación hacia los padres permite garantizar y comprender la importancia de los controles incluidos en el Programa de Seguimiento post-hospitalario. Infobae (2016).

1.2. Teorías de Enfermería

1.2.1. Teoría de adopción del rol maternal de Ramona T Mercer.

Mercer, (2005) refiere que la adopción del rol materno se produce desde el momento de la aceptación del embarazo de los padres hasta 12 meses después del nacimiento, también detalla que la protección maternal; que presenta la madre; es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo del tiempo y durante el cual la madre crea un vínculo con el niño, lo que le permite adquirir competencia en la realización de los cuidados relacionados con sus nuevos roles y que le permite expresar placer y gratificación en el cumplimiento. El proceso de adaptación que desarrolla la madre le permite experimentar sentimientos de armonía, confianza y competencia en sus cuidados, lo que constituye un acto fundamental de la adopción del rol maternal e identidad como madre.

La teoría también considera que la percepción de la experiencia del nacimiento que afronta toda mujer frente al nuevo ser que va a depender de sus cuidados se puede ver afectada por las emociones y por las nuevas responsabilidades que se genera debido conflictos y dificultades que se van a presentar a diario y que experimenta la mujer y en muchas oportunidades la energía que pone por practicar con sus responsabilidades dentro del rol. Mendoza, G. (2014)

El proceso del cuidado de enfermería con el neonato a través de la interacción de tres vías: profesionales y recién nacido, profesional y familiares fundamental y necesaria que se desarrolle en armonía. También es importante destacar el desempeño de los cuidados del profesional de enfermería con el recién nacido y pueden facilitar la interacción del bebé con la familia. Los cuidados de calidad disminuyen la aprensión de los estados de comportamiento del niño por las profesionales y el conocimiento de sus peculiaridades pueden ser transmitidos a la familia con el objetivo de ayudarla a interactuar con el bebé prematuro, posibilitando el desarrollo de su nuevo papel y el vínculo afectivo entre ambos. Molina. R, Sandoval & Luengo, (2008).

Así mismo, Mercer, (2005) indica que existen cuatro estadios en la adopción del rol materna:

Anticipación: se considera desde la gestación además implica aspectos sociales y psicológicos de la madre durante su etapa de embarazo. La madre aprende las expectativas de su nuevo rol, fantasea con él, establece una relación con el feto y se inicia la adopción del rol.

Formal: Se inicia desde el nacimiento del niño e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Los nuevos comportamientos del rol se alinean por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

Informal: Se desarrolla cuando la madre crea sus propias maneras de realizar sus nuevos roles y que en muchas veces no son transmitidas por el sistema social, basándose en las experiencias pasadas y objetivos futuros la mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida.

Personal: Se produce cuando la mujer interioriza sus nuevos roles, la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo sus nuevos roles para alcanzar su rol maternal.

Es así como esta teoría avala el presente trabajo de investigación ya que es de vital importancia mencionar que el proceso del cuidado de enfermería binomio madre en el proceso de adaptación de ambos y fomentando la relación de apego para luego permitir el involucramiento del padre y todo el entorno familiar. La fundamentación y aplicación de la presente teoría en el área asistencial permite como marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre e hijo, es decir, de todo el proceso cuidado enfermero. Es fundamental mencionar que cuidados de enfermería son la forma más efectiva de elevar las interacciones entre madre – hijo y las competencias del rol materno sobre el cuidado infantil, lo que permite simplificar un proceso muy complejo de adaptación y la madre va a cumplir un papel importante en la sociedad que es la formación de una persona pandimensional y el neonato por el paso de la vida intrauterina al medio externo. Alvarado, L., Guarín, L. & Cañón-Montañez, W. (2011).

1.3. Estudios Relacionados

1.3.1. A nivel Internacional

Ruiz, G. (2015). Realizo una investigación titulada: “*Guía de manejo materno al recién nacido pre término en el servicio de neonatología en el Hospital IESS Ambato*”. Ecuador. El objetivo general de esta investigación es fue de implementar una guía, para determinar la deficiencia del manejo materno a los recién nacidos pre términos ingresados en Neonatología.

La muestra que utilizó fueron 50 madres, a quienes se aplicó las encuestas; encontrando que el grado de competencias del personal de enfermería juega un rol importante en la concientización hacia las madres sobre el conocimiento del manejo materno del recién nacido pre término en un 60%, además se encontró

que el 10% y el 20% de las madres no realizan el lavado de manos ya que es un medio de transmisión de las infecciones nosocomiales, además el grado de la no satisfacción de las madres a cerca de recibir información fue un 56% y de todas las madres encuestadas el 70% de los resultados obtenidos reflejan un déficit del manejo materno.

Gómez, E. (2014). En su trabajo de investigación titulado: *“Seguimiento del manejo del recién nacido prematuro atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Obstétrico Angela Loayza De Ollague del cantón Santa Rosa de enero a marzo del 2013”*. Ecuador. Tuvo como objetivo conocer el manejo del recién nacido prematuro. Utilizó 149 nacidos prematuros en el año 2013, como muestra. Encontrando los siguientes resultados: a nivel de conocimiento de los cuidados sobre el recién nacido pre término en el hogar el 87,92%, 54,36% bajo conocimiento del método canguro, el 41,67% con lactancia materna mixta, el 34,23% de las madres vigila su respiración, al 59,06% de los recién nacidos les realizan baños de esponja aún, el 51,01% utilizan vestimenta abrigada, en un 67,79% la madre y familiares no utilizan mascarilla al manipularlos, en un 58,39% si se lavan las manos la madre y los familiares antes de manipularlos, en un 58,39% no tiene la madre el apoyo de los familiares cercanos, al 54,36% si le realizan baños de sol en las mañanas, al 32,89% de los recién nacidos los mantienen en un ambiente agradable en el hogar.

Peña L. (2014), desarrolló un trabajo de investigación titulada: *“Evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro”* en México, estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Presentó como objetivo evaluar las intervenciones que desarrolla el profesional de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro. El estudio fue

cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 43 (12%) enfermeras adscritas a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, quienes brindaban cuidados a los recién nacidos prematuros en sus primeros siete días de vida. Los resultados manifestaron que el 65.1% del personal de enfermería tiene un cumplimiento bajo en las intervenciones de enfermería en la manipulación al recién nacido prematuro, y sólo 34.9% cumple de forma regular; llegando a la conclusión de que el 22 cumplimiento de los indicadores del programa de manipulación mínima se ubica por debajo de la media, por consiguiente, se hace necesario capacitaciones educativas dirigidas al personal de enfermería con la finalidad de mejorar la atención.

1.3.2. A nivel Nacional

Montes A, Mendoza J y Silva K. (2017). En su tesis titulada: "*Nivel procedimental del cuidado del enfermero en la "manipulación mínima del recién nacido prematuro" Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2016*". En la ciudad de Lima, Perú. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel procedimental del cuidado del enfermero en la manipulación mínima de recién nacidos prematuros en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo, no experimental, el muestreo fue de carácter no probabilístico con una muestra de 50 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales. Los resultados encontrados fueron: 40% de las enfermeras presentó un nivel procedimental del cuidado enfermero regular en torno a la "manipulación mínima" del recién nacido prematuro, el 32% un nivel bajo y solo el 28% un nivel alto. Por otro lado, al análisis de las dimensiones se encontró que la mayoría de las enfermeras evidenció un nivel procedimental de regular a malo. La conclusión

fue que la mayoría de las enfermeras presenta un nivel procedimental en la manipulación mínima del recién nacido prematuro de regular a malo.

Cabrera. R &Rodríguez. K., (2014) en su estudio denominado “*Relación entre los factores socioculturales y prácticas maternas sobre el cuidado prematuro en el hogar*” ésta tesis se realizó en el Hospital Belén de Trujillo, ha sido descriptivo, correlacional, de corte transversal, con una muestra de 93 madres, los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: En relación a los factores socioculturales de la madres de los recién nacidos prematuros, se encontró que referente a la edad la mayoría de madres (80.6%) son menores de 20 años; en cuanto al estado civil el mayor porcentaje son convivientes (48%); así mismo en el grado de instrucción el 52% terminó la secundaria; en cuanto al número de hijos el mayor porcentaje (36%) tienen dos hijos; referente a la ocupación, el 77% son amas de casa. El 80% de madres de recién nacidos prematuros realizan inadecuadas prácticas maternas y solo el 20% realiza prácticas adecuadas. Existe relación altamente significativa con el factor edad ($p < 0.031$) y el grado de instrucción ($p < 0.001$); mientras que no existe relación significativa con los factores estado civil ($p > 0.480$), paridad ($p > 0.105$) y ocupación ($p > 0.643$).

PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE RECIÉN NACIDO PREMATURO

PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

RECOLECCION DE DATOS:

DATOS NEONATALES:

Nombre y apellidos del RN: O. T.

Historia Clínica: 29404313

Sexo: Masculino

Grupo y factor: O positivo

Fecha de nacimiento: 05. 11. 2018

Fecha de ingreso: 05. 11. 2018

Edad gestacional: 33ss

Tiempo de vida: 5días

peso de ingreso: 1620 kg

Lugar de Nacimiento: Hospital Regional Jamo II-2- Tumbes.

Procedencia: SOP

TIPO DE PARTO:

Distócico

Prematuro

Líquido amniótico normal

DATOS DEL NACIMIENTO:

Peso al nacer: 1620 kg

Talla: 46cm

Pc: 32cm

Pt: 31.5 cm

DATOS OBJETIVOS:

Examen físico del RN:

Piel y mucosas: hidratadas

Fontanela: normotensa

Ojos: conjuntivas sonrosadas

Cara: simétrica

Nariz: vías aéreas sin lesiones

Boca: con sonda orogástrica

Orejas: implantación adecuada.

Cuello: cilíndrico

Tórax: simétrico, con tirajes subcostales e intercostales, con secreciones densas blanquecinas, a la auscultación roncantes.

Abdomen: globuloso, blando depresible y RHA (+)

Genitales: masculino

Ano: permeable.

Miembros superiores e inferiores: móviles, simetría de pliegues
catéter venoso periférico en M.S.I. para tratamiento médico.

VALORES DE LAS CONSTANTES VITALES Y PARAMETROS RESPIRATORIOS

Constantes vitales

Temperatura axilar: 36 |c

FC: 180 x 1m

FR: 70 x 1m

Saturación pre ductual: 80 %

Saturación post ductual: 81 %

Parámetros respiratorios

PEEP 5

FLUJO: 7

FIO₂: 30 %

Otros:

Perímetro abdominal: 28cm

Orina de 24hrs.: 215 cc

Deposición: 20gr

Flujo Urinario: 5.52cc / kg /h

BALANCE HIDRICO

INGRESOS	EGRESOS
V.O : NPO V. PARENTERAL: 120CC	PI : 37.26 CC ORINA : 215 CC DEP : 20 CC
	272. 26 CC

BH: 120 CC – 272. 26 CC

BH: -152.26 CC.

DATOS SECUNDARIOS:

Diagnóstico médico:

Recién nacido pre termino de 33ss

Hiperbilirrubinemia mas sepsis temprana

Tratamiento médico:

NPO + SOG

CFV + SIGNOS DE ALARMA

DEXTROSA AL 10% 100cc a 5cc/h EV

GLUCONATO DE CA 10% 2cc EV /8h

CPAP NASAL para SATO₂ mayor a 88 – 95 %

Situación problemática:

Recién nacido prematuro de 33 semanas de gestación producto de madre ecláptica, de cinco días de vida. Madre hospitalizada, quien recibió una dosis de Betametasona para la maduración pulmonar. En el historial se reporta que habido sufrimiento fetal (frecuencia cardiaca de 180 latidos por minutos); por lo que el embarazo fue interrumpido. Recién nacido pesó 1620 g, con 8/9 de Apgar y Silverman-Anderson de 2, con temperatura de 36°C, con 80% de saturación de oxígeno y frecuencia respiratoria irregular con tiraje intercostal y subcostal,

roncantes en ambos campos alveolares. Se realizaron maniobras de reanimación, debido que presentó apnea secundaria. Se aplicó ventilación con presión positiva con mascarilla y bolsa, continuó flácido por lo que se colocó CPAP nasal 5*5 y a pesar de esto su patrón respiratorio no mejoró, por lo cual se decidió colocar tubo endotraqueal (TET), con administración de surfactante. TET 2.5, O₂ a una fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) 30%, flujo de 7 litros con presión espiratoria (PEEP) de 5; recuperando tono muscular, mejoró su coloración; siendo extubado a las 48 horas de vida extrauterina, continuando con oxígeno a flujo mínimo por cánula binasal (CBN). Tenía la piel fría, icterica en la cara y tórax, por lo que es colocado bajo fototerapia doble continua. Su diagnóstico médico fue de RNPT 33ss + hiperbilirrubinemia por incompatibilidad + sepsis temprana.

Madre refiere “estoy preocupada por mi bebe, me encuentro sola, soy madre soltera y no tengo recursos económicos”.

Evolución a la hora

RNPT con distress respiratorio marcado, piel pálida, desaturando 80% .Se coloca catéter percutáneo, es intubado, se administra surfactante vía endotraqueal recibe tratamiento médico:

Rp:

NPO + SOG

C.F.V + Observar signos de alarma

Dextrosa al 10% 100cc5cc/h

Gluconato de calcio al 10% 2cc C/8h Ev

Ranitidina 2mg Ev c/12

Fentanil 1,7mg Ev 0.3cc/hora

Midazolam 0.34mg Ev 0.2 cc/hora

Permanece en monitoreo constante bajo los efectos de sedoanalgesia.

Reevaluación a las 6 horas:

RN continua con distress respiratorio, retracción xifoidea, tiraje intercostal y subcostal con S.A: 4p. Con apoyo ventilatorio conectado a V.M en modo S.I.M.V (ventilación mandatoria intermitente sincronizada).

Con un Flujo: 7 litros/ minuto

Presión: 5cm. H₂O

FIO₂:30%

A la evaluación médica prescribe:

NPO +SOG ABIERTA

Dextrosa 10% 100ml 5cc/hora

Gluconato de calcio 10% 2ml /8h

Ampicilina 100mg Ev c/12horas

Gentamicina 5mg Ev c/24horas

Fentanil 1.7mg Ev a 0.3cc/hora

Midazolam 0.34mg Ev 0.2cc/hora

Resultados de Laboratorio

Hemoglobina: 14 gr/ dl

Hematocrito: 42%

Leucocitos 13,400/mm³

Plaquetas: 158,000/mm³

PH=7.2

PaO₂=81,4mmHg

PaCo₂=39mmHg

Hto=45%

HB=15gr/dl

SatO₂=92% con apoyo ventilatorio

Reevaluación a las 48 horas:

RN con FIO₂ 30%, tono muscular conservado, piel sonrosada, paciente estable se procede a extubar, quedando con oxígeno a flujo libre.

Resultados de laboratorio:

Ph=7,2

Pao₂=60mmHg

PaCo₂=55mm/Hg

Sat O₂=95% a flujo mínimo 0.5 lt x min

Hto=45%

Leucocitos =12,000/mm³

Abastionados=04%

Hemoglobina =15gr/dl

Hemocultivo = Positivo

Bilirrubinas

BT=12,98mg/dl

BD=0,95mg/dl

BI=12,03mg/dl

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS:**Datos Generales: RN O.T**

H.C.I: 29404313

Etapa de vida: Neonato

Edad: 5 días.

Lugar de Nacimiento: Hospital Regional jamo 2-II Tumbes

Fecha de Nacimiento: 05/11/18

Procedencia: admisión () emergencia (X) otro: Neonatología.

Forma de llegada: ambulatorio () cuna () incubadora (x)

Peso: 1620gr Estatura 46cm T°: 36°C F.C: 180 latidos por minuto

F.R: 70 respiraciones por minuto.

Fuente de Información: paciente () familiar () madre () historia clínica (x)

Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas:

Prematuridad

Cirugías SI () NO(x) alergias y otras reacciones: fármacos (NO)

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD (TOMA CONCIENCIA DE LA SALUD Y MANEJO DE LA SALUD)

Madre de familia:

¿Conoce usted la enfermedad de su RN?

“Si licenciada el médico tratante me ha explicado lo que tiene mi bebe”.

¿Qué necesita saber sobre su bebe?

Si va a permanecer hospitalizado y cuánto tiempo me voy a quedar en el servicio.

Cumple con indicaciones del médico: Si

Consumo de medicamentos indicaciones medicas

- NPO+SOG
- DEXTROSA 10% - 10cc a 4.5 cc/h EV
- Gluconato de calcio 10% (1.7cc) EV C/8h
- Oxigeno terapia: VM para SATO₂>88 – 95%

Higiene corporal: Si

Comunidad: Si

Estilo de alimentación: NPO

Vivienda: Si

DOMINIO 2: NUTRICION (ingestión, digestión, absorción, metabolismo, hidratación y cierre)

Vía de ingesta oral: No

SNG: Si

Dificultad para deglutir: SOG

Vómitos: No

Abdomen: Globuloso RHA presentes

Drenaje: No

Hidratación: piel y mucosas hidratadas

Edema: No

DOMINIO 3: ELIMINACION (Sistema urinario, gastrointestinal y pulmonar)

Hábitos intestinales: numero deposiciones: variables (poca cantidad)

Características: Normal Si con sangre No con moco No sin color No

Vómitos: No

Hábitos vesicales: micción espontanea.

Drenajes: No

Aleteo Nasal No

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO (REPOSO/SUEÑO, ACTIVIDAD EJERCICIO, EQUILIBRIO DE LA ENERGIA Y RESPUESTA CARDIOVASCULARES/RESPIRATORIAS)

Sueño – descanso

Horas de sueño: variable, sueño interrumpido

Capacidad de auto cuidado

0= independiente

2= ayuda del personal

1= ayuda de otros

3= dependiente incapaz

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

Fuerza Muscular: conservada regularmente

Fatiga: No

Actividad Circulatoria

Pulso: regular, 180 latidos por minuto

Riesgo Periférico

Extremidad superior: normal

Extremidad inferior: normal

Actividad respiratoria:

Regular, 70 ciclos de respiración por minuto

Ayuda respiratoria: Ventilación mecánica.

DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNITIVO (ATENCIÓN, ORIENTACION, SENSACION/PERCEPCION, COGNICION Y COMUNICACIÓN)

- Nivel de conciencia (escala de Glasgow Pediátrico)

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

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 RELACION (ROLES DE CUIDADOR, RELACIONES FAMILIARES, DESEMPEÑO DEL ROL)

Madre responde situación de su bebe.

Relación familiar entorno al paciente es adecuado (Si)

Con quien vive: con sus padres

Fuentes de apoyo: dependiente de la pareja.

Cuál es su responsabilidad en su hogar: quehaceres del hogar.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD (IDENTIDAD SEXUAL, FUNCION SEXUAL, REPRODUCCION)

Paciente de sexo masculino.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS (Respuesta postraumática, respuesta de afrontamiento y estrés neurocomportamental)

Conducta irritable: Neonato con llanto vigoroso

Violencia sexual: No.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES (valores creencias y congruencias de las acciones c/valores creencia)

Religión: católica.

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION (INFECCION, LESION FISICA, VIOLENCIA, PELIGROS AMBIENTALES, PROCESOS DEFENSIVOS Y TERMOREGULACION)

Estado de enfermedad: controlada: Si(x)

Estado de piel y mucosas: Hidratada.

Integridad dérmica: Si

Catéter invasivo periférico: Si

Fecha de inserción: 30/09/17

Nº de días de permanencia: 3

Factores de riesgo: desnutrición:

Violencia Familiar: física: no(x)

Dentición: Neonato (no tiene)

Vías aéreas permeables: Si

Termorregulación: T=36°C

DOMINIO 12: CONFORT (CONFORT FISICO, CONFORT AMBIENTAL, CONFORT SOCIAL)

Nauseas: No

Fobias: No

Recibe visitas de familiares: Si

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRECIMIENTO Y DESARROLLO)

Pérdida de peso no intencionada: Si

Diagnostico nutricional: Prematuro

Factores de riesgo: Nutricional

Desarrollo: Signos de incapacidad para mantener su desarrollo

Diagnóstico de Enfermería

DOMINIO ALTERADO	DIAGNOSTICO
Dominio 3: Eliminación Función respiratoria	Deterioro del intercambio de gases R/C, variaciones de la membrana alveolo capilar y prematuridad.
Dominio 4: Actividad/ reposo Respuestas cardiovasculares	Perfusión tisular periférica ineficaz R/C deterioro del transporte de O ₂ a través de la membrana capilar o alveolar. E/P piel pálida fría y SO ₂ al 80%
Dominio 2: Nutrición Metabólico	Patrón de alimentación inefectivo del lactante R/C prematuridad E/P incapacidad para coordinar la succión deglución y la respiración.
Dominio 11: Seguridad/protección termorregulación	Termorregulación ineficaz R/C a prematuridad, alteración de la tasa metabólica E/P piel fría, pálida y temperatura corporal de 36 °C.
Dominio 2: Nutrición Metabólico	Ictericia neonatal R/C pérdida de peso por dificultad en la alimentación. E/P inmadurez hepática y disminución de la motilidad intestinal.
Dominio 11 Seguridad y protección	Riesgo de infección R/C hospitalización vías invasivas.
Dominio 11 Seguridad/protección termorregulación	Riesgo de disminución de la integridad cutánea R/C hipotermia.
Dominio 11 Seguridad/protección termorregulación	Riesgo de sangrado R/C factores de riesgo.
Dominio 7 Rol /Relaciones Rol del cuidador	Proceso de maternidad ineficaz Factor de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Conocimientos deficientes del cuidado del RN. Falta de modelos adecuados de maternidad/ paternidad.

PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS

- Perfusión tisular periférica ineficaz R/C deterioro de transporte de oxígeno a través de la membrana capilar o alveolar E/P piel pálida y fría temperatura 36 C° y SO₂ 80%
- Patrón respiratorio ineficaz R/A inmadurez neurológica, fatiga de los músculos respiratorios E/P disnea, tiraje y frecuencia respiratoria 70x min.
- Deterioro de intercambio de gases R/C insuficiencia respiratoria e inmadurez pulmonar M/P cianosis distal signos y síntomas de dificultad respiratoria.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/A prematuridad E/P incapacidad para coordinar la succión deglución y la respiración.
- Alteración del metabolismo de las bilirrubinas R/C recambio y destrucción de las células sanguíneas E/P inmadurez hepática y disminución de la motilidad intestinal.
- Alto riesgo de infección intrahospitalaria R/C pobre respuesta a la invasión microbiana E/P inmadurez del sistema inmunológico, procedimientos invasivos y tiempo prolongado de internamiento
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C hipotermia E/P piel fría, pálida, llenado capilar menor a dos segundos.

2.1. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: AGA: Ph=7.4 PO2=81.4mm/hg HCO3=26,7mEq/L PCO2=49mmHg Sat.O2=80% Llenado capilar mayor igual a 2” FC 170 X MIN</p> <p>Datos Subjetivos: Paciente con piel pálida y cianosis distal. Disminución del estado de alerta.</p>	<p>Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar y periférica R/C Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con insuficiencia respiratoria e inmadurez pulmonar manifestado por cianosis distal signos y síntomas de dificultad respiratoria. E/P piel pálida y fría so2 80% FC 170 XMIN</p>	<p>• GENERAL : Perfusión tisular cardiaca</p> <p>• ESPECÍFICOS : 040515 Frecuencia cardiaca apical. 040517 Presión sanguínea sistólica 040518 Presión sanguínea diastólica 040521 Taquicardia 040505 Diaforesis profusa Estabilizar y mantener la función respiratoria del neonato al recibir aire enriquecido con oxígeno lo que facilitara su oxigenación tisular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la vía aérea permeable. - Colocar en posición semifowler. - Administración de O₂. - Monitorear funciones vitales. - Establecer la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitos o ronquidos en las vías aéreas. - Observar signos de insuficiencia respiratoria. - Vigilar la frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Tener coche para paro equipado, para intubación, preparar V.M. - Participación en la intubación endotraqueal. - Administración de fármacos de acuerdo a indicación (bronco dilatadores-inhaladores), que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas e intercambio de gases. 	<p>El paciente hemodinamicamente compensado con buena entrada de aire en ambos campos pulmonares. Mejora en el intercambio gaseoso. F.R. dentro del límites normales quedando con Sat O₂ = 96% F.C.=140latidos/minutos F.R= 48 latidos/minutos</p> <p>AGA: Ph=7.33 Po2=60mmHg PaCo2=40mmHg HCO3=22mEq/l</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: Piel fría pálida. Letargia acrocianosis. F.C 180 latidos cardiacos Sat O2 = 80% sin O2 T° =36°C Llenado Capilar>2” P.A =39/20mmHg Datos Subjetivos: Según reporte presentan al RNPT con FC irregular por encima del valor normal. FR, por debajo de los parámetros aceptables.</p>	<p>Perfusión tisular periférica ineficaz. R/C deterioro del transporte de O2 a través de la membrana capilar o alveolar.</p>	<p>• GENERAL : Mejorar la aportación de O₂ que mejore la capacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.</p> <p>• ESPECIFICOS El paciente lograra Mantener una adecuada perfusión a través de la Membrana capilar y Alveolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear funciones vitales. - Monitorización neurológica. - Monitorear los pulsos periféricos, el llenado capilar, la T°C y el color de las extremidades. - Valorar el estado de hidratación: - Se hidrata con líquidos tibios. - Dext.10% 1000cc-10ml/h. - Se administra glucosa al 10% en bolo si es necesario se coloca mantas en incubadora x T°36°C. - Registrar la presencia de signos y síntomas de alguna alteración de los signos vitales. - Realizar BALANCE HIDRICO Estricto - Comunicar al médico algún cambio en el estado de salud del paciente. - Placas de tórax de control. 	<p>Queda en incubadora con apoyo de O2 a flujo libre, llenado capilar >2” Sat O2 = 90% sin O2 FC=140 latidos cardiacos PA=50/35mmHg T°C=36.5°C Piel tibia.</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Datos objetivos:</p> <p>Patrón respiratorio irregular.</p> <p>Tiraje intercostal</p> <p>Tiraje subcostal</p> <p>Apoyo ventilatorio CPAP, luego ventilación mecánica modo: SIMV FIO₂: 30% FLUJO: 7 PEEP: 5 FR: 70 X MIN. Irregular</p> <p>DATOS SUBJETIVOS: Según reporte RN pre termino CPAP. Luego VM</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz R/C</p> <p>inmadurez neurológica, fatiga de los músculos respiratorios. Uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la frecuencia espiratoria: FC 180 x min, ritmo cardiaco acelerado: FR 70 x min con falta de energía quejido respiratorio, retracción xifoidea, SO₂ 80% sin oxígeno, cianosis, periodos de apnea, gasometría arterias anormal</p>	<p>• GENERAL :</p> <p>Proporcionar ventilación adecuada.</p> <p>• ESPECÍFICOS :</p> <p>El paciente logrará mantener la ventilación espontanea.</p>	<p>Ayudar a la ventilación</p> <p>Destete de la ventilación mecánica</p> <p>Manejo de la vía aérea</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Fisioterapia respiratoria</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado ya que se encuentra en una etapa de adaptación al medio ambiente, disminuyendo el trabajo de los músculos intercostales.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso Corporal al nacer 1620gr. • Peso actual=1500gr • Con S.O.G x pobre succión y deglución. <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Según reporte refiere RNPT alimentado x S.O.G c/3h. R.G = 2 cm en cada toma.</p>	<p>Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C prematuridad. E/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración.</p>	<p>• GENERAL :</p> <p>Mejorar la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión ,deglución, mejorando la ingesta alimentaria adecuada para las necesidades metabólicas</p> <p>• ESPECÍFICOS :</p> <p>El paciente lograra mejorar el estado nutricional logrando que ingiera nutrientes suficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se verificar residuo gástrico(características) - Se prueba tolerancia oral e ir estimulando el reflejo de succión mediante ejercicios. Uso de jeringa P.O. - Administración de leche materna 10ml c/3hrs.Previa medición R.G. - Cuidado de la sonda, cambio cada 3 días. - Solicitar I/C terapia física y rehabilitación para estimular reflejos de succión - Estimular succión no nutritiva: manejo de peso y/o control de peso diario. - Medir perímetro abdominal. - Educación y consejería en LM a la madre. 	<p>R.N sin signos de alarma con peso 1520gr reflejo de succión lento perezoso, buena tolerancia enteral. R.G = 0</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BT =12,98mg/dl • B.D=0.95mg/dl • B.I=12,03mg/dl <p>Datos Subjetivos: Piel icterica pérdida de peso. Patrón de alimentación mal establecido.</p>	<p>Alteración del metabolismo de las bilirrubinas R/C recambio y destrucción de la células sanguíneas E/P Inmadurez hepática y disminución de la motilidad intestinal.</p>	<p>• GENERAL : Manejar el riesgo de coloración amarillo anaranjada de la piel y las membranas mucosas del neonato que aparece después de las 24 horas de vida como resultado de la presencia de bilirrubina no conjugada en sangre</p> <p>• ESPECÍFICOS: Disminuir los niveles de bilirrubina. Evitar la disminución de la función hepática que pueda comprometer la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales. - Conservar una hidratación apropiada, ya sea aumentando, estimulando la alimentación oral y/o canalizando una vía que permita la administración de fluidos. - Luminoterapia y sus cuidados: - Colocar al paciente a una distancia de 40 cm de la luminoterapia. - Mantener protección ocular y de genitales. - Exponer la mayor superficie corporal a la luz. - Evaluar el estado neurológico. - Observar signos de deshidratación. - Alimentación c/ 3hrs, 8 veces al día. - Valorar zona de ictericia. - Balance hídrico estricto. - Control de bilirrubinas 	<p>Los niveles de bilirrubina del neonato se mantiene en cifras estables, paciente mejora la ictericia y su control de bilirrubina fue:</p> <p>B.T=8mg/dl B.I=7.1mg/dl B.D=0,9mg/dl</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN / OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos: piel pálida y fría, temperatura corporal de 36 °C.</p> <p>DATOS SUBJETIVOS :</p> <p>En el reporte de enfermería refieren que se brinda abrigo al neonato.</p>	<p>Termorregulación ineficaz R/C alteración de la tasa metabólica. E/P piel fría, pálida y temperatura corporal 36 °C.</p>	<p>• GENERAL :</p> <p>Mantener la temperatura corporal dentro del límite normal</p> <p>• ESPECÍFICOS:</p> <p>El paciente lograra mantener temperatura corporal dentro de los parámetros y/o rango normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la temperatura corporal dentro del límite normal, controlar la temperatura c/3h - Vigilar la temperatura del RN. hasta que se estabilice. - Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. - Colocar al RN. en incubadora. 	<p>Neonato se encuentra en evolución favorable, presentando piel tibia y una temperatura axilar de 36.5 °C</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN/ OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: R.G=2cm en cada toma. Aumento del volumen residual.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la succión deglución. 	<p>Riesgo de aspiración.</p>	<p>• GENERAL : Evitar que ingrese en el árbol traqueo bronquial las secreciones orofaríngeas.</p> <p>• ESPECÍFICOS : Evitar el riesgo de asfixia accidental por aspiración de secreciones sólidas o líquidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de las vías aéreas. - Permuta de la posición. - Manejo de las vías aéreas. - Manejo del vómito. - Monitorización respiratoria. - Administración de alimentación de acuerdo a su capacidad gástrica y/o tolerancia - LM y/o 20cc c/3h x SOG y/o succión directa. 	<p>El neonato permanece en buena posición libre de secreciones.</p> <p>R.G=0</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN/ OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: Hemograma: Leucocitos >10000 Llenado capilar >2 PCR =10</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con 12 días de hospitalización sometido a ventilación mecánica, catéter endovenoso. 	<p>Alto riesgo de infección intra hospitalaria R/C pobre respuesta a la invasión microbiana E/p inmadurez de sistema inmunológico, procedimientos invasivos y tiempo prolongados de hospitalización.</p>	<p>• GENERAL : Lograr mantener al neonato libre de complicación (Infecciones).</p> <p>• ESPECÍFICOS : Evitar que el neonato este expuesto a contaminación que pueda comprometer su salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Control de signos vitales. - Higiene de manos, aplicando los 5 momentos. - Bioseguridad. - Cuidados del RN prematuro. - Cuidado del catéter umbilical. - Manejo nutricional. - Extremar medidas de asepsia. - Reducir el tiempo de permanencia, que sea lo necesario. - Uso de guantes estériles cada vez que sea necesario. - Cuidar la conexión y la llave de tres vías con gasa estéril. - Evitar el reflujo de sangre a través del catéter, en caso de refluir sangre lavar con solución salina o dextrosa al 5%. - Evitar que la entrada de catéteres hagan contacto con áreas no estériles. 	<p>El paciente queda con hemograma dentro de los límites normales. Hemograma de control: Leucocitos 6400 PCR = 1 Negativo. T°= 37°C</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN/ OBJETIVOS	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: Monitoreo con sensores para el control de temperatura y signos vitales.</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el terson de la piel. • Deterioro del estado metabólico. 	<p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. R/C hipotermia.</p>	<p>• GENERAL : Evitar alteraciones cutáneas adversas.</p> <p>• ESPECÍFICOS : El paciente mantendrá su integridad cutánea durante su hospitalización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de agua tibia estéril en todos los baños y con jabón suave. - Cambios de posición cada 3 horas. - Cambios de sensores cada 3 horas. - Uso de ropa de suave libre de presiones de acuerdo a la estación. - Precaución de úlceras por presión. - Vigilancia de la piel. - Cambio de pañales cada 3 horas más higiene con pañitos húmedos, 	<p>El neonato mantiene piel integra libre de lesiones dérmicas.</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN/ OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN
<p>Datos Objetivos: Palidez</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo constante en incubadora. 	<p>Alto riesgo de hemorragia intracranial R/c prematuridad.</p> <p>E/P desarrollo incompleto de la matriz germinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GENERAL : Prevenir la hemorragia intracranial. • ESPECÍFICOS : Evitar alteración en el volumen de sangre que pueda comprometer la salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr realizar a una misma hora, alimentación, cambio de pañales etc. - Control mediante ecografías lo más pronto posible (a la semana). - Manipulación mínima. - Evitar ruidos, luz. - Disminuir el estrés térmico y la sobre estimulación. - Conservar al recién nacido lo más relajado posible. - Incrementar periodos de descanso. 	<p>El paciente presenta informe de ecografías cerebrales, negativo a sangrado RNPT dormido</p>

EVALUACION DE LOS RESULTADOS

DIAGNOSTICO REAL N° 01

Objetivo alcanzado, RNPT se encuentra en una escala de 4, debido que mejoro rápidamente fue extubado a las 48 horas al tratamiento.

DIAGNOSTICO REAL N°02

Objetivo alcanzado, RNPT se encuentra en una escala de 3, debido que mejoro rápidamente y fue extubado a las 48 horas y respondió al tratamiento.

DIAGNOSTICO REAL N°03

Objetivo alcanzado, RNPT se encuentra en una escala de 4, debido que mejoro rápidamente fue extubado a las 48 horas y luego con CBN a un 0.5 litro de oxígeno por minuto con un FIO₂ de 25%

DIAGNOSTICO REAL N° 4

Objetivo alcanzado, RNPT se encuentra en una escala de 4, debido que presento una ganancia ponderal en 10%

DIAGNOSTICO REAL N° 05

Objetivo alcanzado, RNPT se encuentra en una escala de 5, presento una temperatura axilar de 36.8°C

CONCLUSIONES

- En el trabajo desarrollado se ha aplicado el proceso de atención de enfermería en un RNPT que ingresa a la UCIN con diagnóstico médico de RNPT 33 semanas más hiperbilirrubinemia.
- El trabajo estuvo orientado a la recolección de datos luego establecer la situación problemática, buscar información bibliográfica para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería.
- Orienta al cuidado con soporte científico a través del lenguaje estandarizado que se instaura y se comunica mediante el PAE.
- Enfermería tiene un papel protagonista tanto en la atención del paciente así como en el seguimiento, control, educación y detección precoz de signos y síntomas de posibles complicaciones.
- Este ejercicio académico permitió la integración de los componentes teóricos, de la exploración física y de las situaciones clínicas en los RNPT; lo cual constituye un punto de partida para dar continuidad a todos los neonatos en condiciones similares con respeto al proceso y la interrelación NANDA – NIC- NOC.
- Es importante el rol que juega la enfermera especialista en la atención de este tipo de pacientes prematuros que requieren una atención específica y oportuna para disminuir los riesgos inmediatos de morbi mortalidad, logro que requiere de un gran equipo de trabajo, personal experto y que exista coordinación de todos para brindar atención especializada de manera humanista que espera todo ser humano.
- Del presente caso clínico se concluye que el recién nacido objeto de estudio evolucionó satisfactoriamente gracias a las intervenciones eficaces.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las enfermeras que laboran en la UCIN (intermedios neonatales) del Hospital Regional de Tumbes contar con una guía de atención, la cual servirá de modelo, en dicho servicio, una vez que la unidad de gestión de calidad de su validación y la jefatura del departamento de enfermería la socialice.
- A todo el personal que labora en la unidad de cuidados intermedios, es de suma importancia brindar atención en bloque, es decir en un solo horario, alimentación, cambios de pañales y procedimientos para disminuir el tiempo de manipulación, procurando que no exceda de 30 minutos y toda la manipulación necesaria se realizan a través de las entradas de la incubadora previo lavado de manos estricto.
- A la Jefe del Servicio elaborar un programa de capacitación para personal de enfermeras, sobre temas de actualización y manejo del cuidado a prematuros.
- A los padres: preparación para el alta, enseñar a reconocer los signos de alarma (fiebre, flacidez, llanto débil, coloración de la piel, pobre succión), que si se presenta en el prematuro acudir a un centro de salud.
- A las enfermeras docentes trabajar en la implementación del modelo del rol maternal de Ramona T. Mercer, especialmente en la formación de enfermeras.
- A las enfermeras especialistas en neonatología, brindar educación a las madres en cuanto a estimulación precoz, alimentación complementaria y la reducción de agentes estresantes (calor, luz, ruido, manipulación).

En el hogar en cuanto al cuidado se obtendrán beneficios físicos emocionales y psicológicos que repercutirán en la vida futura del niño.

- A la Jefe de Enfermeras, brinde las recomendaciones a las enfermeras asistenciales para que eduquen a la madre sobre la estimulación que brinda la madre al recién nacido sea adecuada, basada en la relación de afectividad, para estimular su buen desarrollo y bienestar.
- A la Jefe del Servicio considerar dentro del Plan de trabajo para las enfermeras del área de neonatología realizar el seguimiento a los neonatos y su madre para evaluar y educar para prevenir posibles complicaciones.

ANEXOS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, C., & María, J. (2003). *Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos*. España.
- Alvarado, L., Guarín, L., & Cañón-Montañez, W. (2011). *Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil*. Colombia: Universidad de Santander - UDES
- Bara, M. (2010). *Mortalidad Perinatal: Magnitud del Problema con compendio Niños Asociación Benéfica Prisma*. Perú.
- Bowlby, J. (2003). *El Vínculo Afectivo*. Barcelona, España.
- Broodribb, V. (2005). *Enfermería Pediátrica*. México.
- Cabrera, R., & Rodríguez, K. (2014). *Relación entre los factores socioculturales y prácticas maternas sobre el cuidado prematuro en el hogar*. Trujillo: Hospital Belén de Trujillo.
- Choque, C., Chíncha E., & Condori, N. (2016). *Conocimiento de madres adolescentes con respecto a los cuidados del Recién Nacido*. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.
- Cloherly J., & Stark A. (2004). *Manual de Cuidados Neonatales*. España.
- Cusminsky, M., & Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2009). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Guatemala: Universidad Francisco de Marroquín.
- Díaz, V., & Silva, P. (2012). *Factores socioculturales y conocimientos de madres adolescentes en el cuidado del recién nacido a término*. Trujillo.
- Dickason, E. (2005). *Enfermería Materna Infantil*. España.
- Dirección Regional de Salud. (2016). *Estadística de Salud*. Tumbes: Oficina de Estadística de la Dirección Regional de Salud de Tumbes.
- Gomella., C. (2009). *Manuales Clínicos de Neonatología*. Madrid.
- Gómez, E. (2014). *Seguimiento del manejo del recién nacido prematuro atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Obstétrico*

- Angela Loayza De Ollague del cantón Santa Rosa de enero a marzo del 2013.* Ecuador: Universidad Técnica de Machala.
- Huaccha, C., & Lescano, L. (2014). *Influencia de algunos Factores socioculturales en el nivel de Información sobre Prácticas Maternas en el Hogar del recién nacido prematuro.* Colombia: Clínica Carlos Ardila Lulle Foscal Colombia.
- Kennell, J. & Klaus, M. (2009). *La relación madre hijo.* Buenos Aires.
- Kendig et al. (2018). *Recién nacido prematuro.* USA.
- Kibush, I. (1998). *Un punto de Vista Feminista sobre la Auto asistencia.* Washington: Foro Mundial de la Salud.
- Ladewing, P. (2006), *Enfermería maternal y del recién nacido.* España.
- Lenninger, M. (2007). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing.* New York.
- Liboreiro, D., (2015). *Recién nacido prematuro.* Perú.
- Mamani, Y. (2012). *Factores Socioculturales y su relación con el nivel de conocimientos del cuidado del recién nacido en madres primíparas Tacna,* Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre.
- Mata, M. (2007). *Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro.* Tamaulipas, México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Marriner, A & Alligood., M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería.* . España.
- Marriner, A & Alligood., M. (2011). *Adopción del rol materno- convertirse en madre de Ramona T. Mercer.* España.
- Mendoza., G. (2014). *Factores socioculturales maternos y práctica de cuidados en el recién nacido.* Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Ministerio de Salud. (2016). *Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2016.* Perú: Oficina General de Tecnologías de la Información.
- Ministerio de Salud. (2016). *Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud.* Perú: Oficina General de Estadística e Informática.
- Ministerio de Salud. (2008). *Guías para la Atención del Recién Nacido Pre término.* Perú.
- Molina, R., Sandoval & Luengo X. (2008). *Salud sexual y reproductiva del adolescente Obstetricia y Perinatología.* Asunción, Paraguay.

- Montes, A., Mendoza, J., & Silva, K. (2017). *Manipulación mínima del recién nacido prematuro*. Perú: Hospital Nacional Guillermo Almenara.
- Moreira, E. (2012). *El Significado de la Interacción de las profesionales de Enfermería*. México.
- Newman, N. (2008). *Desarrollo del Niño*. México.
- Novoa, P., Milad, A., Vivanco, G., Fabres, B., & Ramírez, F. (2009). *Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología*. Chile: Revista chilena de pediatría.
- Organización Mundial de la Salud -OMS. (2012). *Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros: 15 millones de bebés nacen demasiado pronto*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Nacimientos Prematuros*. Geneva
- Organismo Mundial de la Salud. (2018). *Recién nacido*. Geneva
- Pachón, A., & Malaver, R. (2002). *Programa de Cuidado en el Hogar para los Prematuros que pertenecen al Programa de Madre Canguro*. Bogotá: Hospital Militar Central de Bogotá.
- Papalia, D. (2002). *Psicología del Desarrollo*. Colombia.
- Paris, E., & Sánchez, I. (2007). *Tratado de Pediatría*. México.
- Peña, L. (2014). *Evaluación de las intervenciones de enfermería en la manipulación mínima al recién nacido prematuro*. México.
- Pirez, G. (2008). *Enciclopedia de la Madres y el Niño: Cuidado del Niño*. Barcelona, España.
- Reeder, S. (2005). *Enfermería Materno Infantil*. México.
- Ruiz, G. (2015). *Guía de manejo materno al recién nacido pre término en el servicio de neonatología en el Hospital IESS Ambato*. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes.
- Saliou, P., & Ajjan, N. (2006). *Vacunas en el recién nacido pre término*. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en investigación científica*. Perú.
- Whaley & Wong, D. (2005). *Enfermería Pediátrica*. Madrid, España.
- Zarate, R. (2004). *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. México.