UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE NEONATOOGÍA DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA – ESSALUD. AYACUCHO. 2020

TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

ROSA GABRIELA HUAMANTINCO LIMACO

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA, ANA LUCY SICCHA MACASSI — PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA — SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES — VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 177-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 10 de Diciembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico con mucho amor este trabajo principalmente a DIOS, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis hijos por estar siempre conmigo sin importar lo que pase. A mis amigas María y Carmen por estar siempre juntas antes, durante y después del desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Mis agrdecimientos va dirijido al DIOS TODOPODEROSO ya que sin la bendición y su amor no hubiera podido realizar este trabajo, Tambien al Colegio de Enfermeros de Ayacucho por hacer posible los tramites de convenio y a la distinguida UNAC por permitir el Desarrollo y conclusión de mi anhelada especialidad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 6
CAPÍTULO I 8
1. Planteamiento del Problema 8
1.1 Descripción de la Situación Problemática 8
CAPÍTULO II 11
2. Marco Teórico 11
2.1 Antecedentes 11
2.1.1 Antecedentes Internacionales 11
2.1.2 A nivel nacional: 13
2.2 Base teórica: 15
2.3 Base conceptual: 21
CAPÍTULO III 36
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA 36
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA 36
I. Valoracion 36
1.1 Datos de filiación: 36
1.2 Motivo de consulta: 36
1.3 Enfermedad actual 36
1.4 Antecedentes 36
1.5 Examen físico 38
1.6 Exámenes auxiliares: 39
1.7 Valoración según modelo de Clasificación de Dominios y Clases 40
IV. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA 45
CONCLUSIONES 58
RECOMENDACIONES 59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60
ANEXO 64

INTRODUCCIÓN

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. (1)

El parto prematuro es el mayor desafió clínico actual de la Medicina Perinatal. La mayor parte de las muertes neonatales ocurren en recién nacidos prematuros, y la prematuridad es un factor de alto riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales. (2)

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. (2)

La experiencia nos 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.

El presente trabajo académico titulado: “Cuidados de Enfermería del recién nacido prematuro, Hospital EsSalud, Ayacucho 2019”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería del recién nacido prematuro, atendidos en el Servicio de Neonatología, empleando conocimientos científicos, técnicos y humanos, que estarán dirigidas a evitar la infección y proveer reanimación neonatal básica, a fin de obtener mejores resultados terapéuticos y mejorar la calidad de vida del neonato.

Se realizó como parte de la experiencia profesional como enfermera del servicio de Neonatología del Hospital EsSalud de la ciudad de Ayacucho, servicio que brinda atención a los recién nacidos y que permite valorar e identificar a un prematuro, patología que continúa siendo un problema de salud pública,

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la Situación Problemática

la prematurez es un problema de salud pública; constituye la principal causa de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y es una de las principales razones de mortalidad infantil. Es una condición en la que intervienen factores biológicos, ambientales y sociales. Gran parte de los nacidos de parto prematuro pasan largos períodos en internación, recuperación y seguimiento; y necesitan equipos humanos y servicios especializados que den respuesta a las distintas necesidades en las etapas de la vida que van atravesando (3).

Un bebé prematuro o pre-término, según la OMS, es aquel que nace antes de completar las 37 semanas de gestación. Estos recién nacidos, al no haber completado su desarrollo y maduración, suelen presentar múltiples problemas de salud, entre los más frecuentes suelen estar los problemas respiratorios, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, inestabilidad de la temperatura, infecciones y pobre alimentación (4).

Pueden presentar otras complicaciones como son conducto arterioso patente, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, retinopatía del prematuro y enterocolitis necrotizante. La morbilidad a largo plazo del recién nacido prematuro está relacionada con secuelas de neuro desarrollo como parálisis cerebral, retraso cognitivo, ceguera y

sordera, enfermedad crónica del pulmón, retraso en el desarrollo y dificultad en la alimentación entre otras (5).

La mortalidad neonatal representa 40 % de las defunciones en niños menores de cinco años. Menos de 2 % de las muertes se producen en países de altos ingresos, donde se han efectuado notables avances en obstetricia, perinatología y neonatología. A nivel nacional, de tres cuartas partes de la mortalidad perinatal, 24 % corresponde a los pacientes prematuros en la primera semana de vida, cifra que aumenta si se suma a los pacientes con bajo peso al nacer. En el año 2003 se reportó 53 % de las muertes neonatales en la primera semana de vida (6).

Actualmente la incidencia de los partos prematuros en el Perú va de 5 a 10%, y en casi de la mitad de las mujeres que tienen estas características, no se logra identificar la causa; sin embargo, se ha encontrado factores de riesgo como el antecedente de parto prematuro previo, la sobredistensión uterina que se ve cuando el feto es muy grande, en embarazos gemelares, la falta de controles prenatales, la desnutrición, y las infecciones vaginales no tratadas, entre otros (7).

El Ministerio de Salud del Perú (2019), a través del Boletín Epidemiológico, informa que la proporción de mortalidad por causas relacionadas a complicaciones del nacimiento prematuro es la primera causa de muerte, siendo de 25% en el 2011 y 28% en el 2018; asimismo, Pacheco (2007), reporta que los factores vinculados al nacimiento antes de tiempo son múltiples y en los estudios efectuados en nuestra institución y en la literatura revisada se considera entre los más frecuentes la edad materna, intervalo corto entre partos, estrés, infección urinaria, infección intrauterina, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, tabaquismo, embarazo gemelar y embarazo en la adolescente (8).

En el servicio de Neonatología del Hospital de EsSalud, el recién nacido prematuro tiene, muchas veces, una estancia hospitalaria prolongada debido a su inmadurez, por lo tanto, necesita un cuidado más delicado por parte de la enfermera, que le permita al neonato responder con éxito a la vida extrauterina ya que está más propenso a tener las complicaciones respecto a problemas respiratorio, termorregulación, nutrición, de infección entre otros. Es por ello que nosotras integramos en su cuidado: el conocimiento, la aplicación del conocimiento (práctica) y una actitud positiva para llevar a cabo intervenciones dirigidas a disminuir dichas complicaciones o secuelas en el recién nacido prematuro.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Tello Delgado M. en su trabajo de investigación titulado “Cuidado Integral Al Recién Nacido Pretermino Menor De 1500 Grs De Peso: Un Reto Para Enfermería”, España 2017, tuvo como objetivo el Homogenizar, sistematizar y optimizar el cuidado de enfermería al RNPT menor de 1,500 grs. y mayor de 28 21 semanas de gestación, con el fin de aumentar no sólo la tasa de sobre vivencia si no su calidad de vida. Es un estudio de tipo descriptivo-analítico-aplicativo. De esta investigación se obtuvo como conclusión que la propuesta de este plan de cuidados, dividido en ocho protocolos pretende la homogeneización, sistematización y optimización de los cuidados a los RNPT menores de 1,500 grs. en el servicio d neonatología del HRDLM., lo que simplificaría las tareas, mejorar la calidad del cuidado y mayor grado de satisfacción de las profesionales de enfermería. Dicho plan está recogido como protocolo de cuidados de enfermería, el que estará a disposición de todo el personal del servicio después de su aprobación. Además, se incluirá una hoja en cada historia que sirva como guía de actuación (9).

Avalos HL. Realizó un estudio en el Hospital General de México retrospectivo para el periodo de los años 2016 a 2017, en el que se registraron 57,431 recién nacidos de los cuales 2,400 fueron

prematuros (4.18%). De éstos, 1,621 ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales (67.5%), de los cuales fallecieron 758 (46.7%) y 863 egresaron por mejoría. La mayoría de los prematuros (56.2%) tenía al nacimiento entre 30 y 34 semanas de embarazo. (10)

Acosta, M. y Cabrera, N. realizó un estudio Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal de Colombia ; basado en una revisión documental de corte cualitativo y cuantitativo, las unidades de análisis fueron artículos científicos de diferentes nacionalidades publicados en los años 2015, precisó que conocer las vivencias de los padres durante la hospitalización de los neonatos es importante para identificar las necesidades y así facilitar un acercamiento con el personal de salud ; debido a las políticas hospitalarias de las Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), el ingreso de los padres, en la mayoría de las instituciones, es programado por horarios, haciendo que ellos y a la vez la familia, no participen de los cuidados del neonato, convirtiéndose en una experiencia traumática por la interrupción del vínculo afectivo madre e hijo. Del análisis emergieron tres temas: alteración emocional de los padres y la familia de niños prematuros hospitalizados en la UCIN, el entorno de la UCIN frustra el apego de los padres, y la fenomenología dentro del cuidado de enfermería, concluyendo que la hospitalización del recién nacido prematuro en la UCIN es una situación que causa estrés e inseguridad en los padres, debido al ambiente físico de la Unidad y los procedimientos invasivos, alterando el núcleo familiar e interfiriendo en el vínculo afectivo madre e hijo (11).

Díaz L. (2015), en Comahue (Argentina), planteó una investigación descriptiva, para explorar si el conocimiento está relacionado con las intervenciones proporcionadas en el cuidado de la piel, aplicó un cuestionario al personal de enfermería del nivel operativo del servicio

de Neonatología de un hospital de referencia provincial de la ciudad de Neuquén, realizó una valoración previa a las intervenciones y describió el grado de conocimiento teórico que tienen con respecto al cuidado de la piel del recién nacido prematuro. Concluyendo se pudo llegar a los objetivos planteados y responder a los interrogantes manifestados en la investigación (12).

Fonseca M. (2017), en el estudio "Asociación entre el conocimiento, práctica y actitud del cuidado de enfermería en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro" en Málaga (España), determina la asociación entre el nivel de conocimiento, la práctica y la actitud del personal de enfermería que trabaja en unidades de intensivos neonatales sobre el cuidado del recién nacido prematuro y su neurodesarrollo. Determinó que la mayoría de los profesionales alcanzan puntuaciones altas en el cuestionario respecto a conocimientos; la mayoría del personal no obtiene puntuaciones altas en cuanto a la práctica en el cuidado del prematuro por lo que es necesario la puesta en marcha de medidas que ayuden a mejorar la práctica en aspectos tan relevantes como el manejo del niño prematuro; también es necesario mejorar la actitud de los profesionales respecto a los horarios de visita y participación de los padres en el cuidado de sus hijos (13).

2.1.2 A nivel nacional:

Carbajal J. (2017), con el trabajo "Trabajo Académico sobre Cuidado de Enfermería en un Recién Nacido Prematuro" en Huaraz, aplicó el proceso de Atención de Enfermería basada en evidencias (PAE- EBE) de la Teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas, disminuyendo las complicaciones del recién nacido pre término, mejorando su expectativa y calidad de vida, además de su posterior integración a la dinámica familiar y asegurar

a la familia un individuo sano que aportará en beneficio de la sociedad (14).

Martínez S. (2017), en su investigación “Proceso de atención de enfermería en recién nacido prematuro con taquipnea transitoria” en Huacho, realizó una planificación de los cuidados de enfermería con diagnósticos de enfermería: cinco focalizado en el problema, tres de riesgo y tres de promoción de la salud. Se ejecutó el plan de cuidados durante los dos días de vida del recién nacido utilizando el modelo de valoración de los 13 dominios según aspectos positivos y negativos de la Taxonomía II de NANDA-I y el lenguaje estandarizado de los diagnósticos, intervenciones y resultados de la Taxonomía II. Concluyendo que logró mejorar los patrones de respiración y alimentación disminuyendo así las complicaciones en la salud del recién nacido prematuro y potenciando el rol materno (15).

Toralva A. (2017), con el trabajo “Cuidados de enfermería en la prematuridad del recién nacido de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, Huancavelica”, propone 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 (16).

Durán y Cols. (2018), en la investigación “Satisfacción de madres sobre cuidado enfermero a su recién nacido prematuro del Servicio de Neonatología Hospital Virgen de Fátima, Chachapoyas”, realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal, en 30 madres con RN prematuro a quienes aplicó un cuestionario tipo Likert; concluye que el nivel de satisfacción de las madres sobre el cuidado

enfermero a recién nacido prematuro, en su mayoría es buena en el servicio de neonatología hospital virgen de Fátima Chachapoyas (17).

De la Cruz R. (2019), en el estudio "Cuidados de enfermería en recién nacido prematuro del Hospital Regional II-2, Tumbes", aplica la metodología del proceso de atención de enfermería – PAE y proporcionó un cuidado especializado basado en la mejor evidencia, concluyendo 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 (18).

2.2 Base teórica:

El quehacer de la enfermería tiene como marco de referencia un amplio sistema de modelos y teorías. Las teoristas fundamentan sus modelos en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen cada una acorde a su perspectiva particular. Meleis sostiene que los modelos conceptuales evitan que el cuidado se base en preconcepciones, intuiciones y rutinas ya que fortalecen la identidad de las enfermeras como disciplina y profesión al crear un pensamiento y lenguaje compartido frente a la interpretación de las diferentes situaciones de cuidado, así como la unificación de criterios entre quienes la siguen al momento de aplicar el proceso de enfermería (19).

2.2.1 Teoría de Adopcion del Rol Materno (ARM):

A. Ámbito de aplicación:

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol maternal, propone la necesidad de que los profesionales de

enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado persona en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema (20).

Mercer se basa en la teoría de adopción maternal en los diferentes factores:

- ✓ **Adopción del rol maternal;** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprendiendo tareas nuevas del cuidado al mismo tiempo experimentando placer y gratificación al hacerlo.
- ✓ **Edad maternal;** Cronológica y de desarrollo.
- ✓ **Percepción de la experiencia del nacimiento;** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

- ✓ **Autoestima;** La percepción del individuo de como los otros lo ven y la auto aceptación de estas percepciones.
- ✓ **Auto concepto;** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, el auto aceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad ideal y la identidad.
- ✓ **Flexibilidad;** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo, las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- ✓ **Actitudes respeto a la crianza;** Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.
- ✓ **Estado de salud;** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.
- ✓ **Ansiedad;** Persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes.
- ✓ **Tensión debida al rol;** El conflicto y dificultad que una mujer siente cuando debe enfrentar su roll maternal.
- ✓ **Gratificación;** La satisfacción, la alegría, la recompensar o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo.
- ✓ **Unión;** Un elemento del rol parental y de la identidad.
- ✓ **Temperamento del niño;** Hay temperamentos fáciles y difíciles, directamente relacionados con la

dificultad del niño para comunicarse con la madre creando respuestas de rabia o frustración.

- ✓ **Estado de salud del niño;** Enfermedades que interfieren en el proceso de unión, ya que obligan a la madre a separarse del niño.
- ✓ **Características del niño;** Temperamento, apariencia, estado de salud.
- ✓ **Familia;** Sistema dividido en otros subsistemas como lo son; los individuos, la madre-padre, madre-niño, padre-niño. Etc.
- ✓ **Funcionamiento de la familia;** La visión individual y las actividades dentro del núcleo familiar.
- ✓ **Estrés;** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo.
- ✓ **Apoyo social;** La cantidad de ayuda que se recibe y la satisfacción que produce esta ayuda.

B. Metaparadigmas:

- ✓ **PERSONA;** Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:
    1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
    2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas
    3. El compañero del rol de la madre.
    4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo s u roll maternal.
    5. El compañero íntimo de la madre o el padre

6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.

- ✓ **CUIDADO O ENFERMERÍA**; Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además, define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.
- ✓ **SALUD**; Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del preparto y como se consigue la misma por el rol materno.
- ✓ **ENTORNO**; Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona/roll va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

2.2.2 Teoria de kathryn Barnad:

Teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil: Barnard, determina que el sistema padreslactante tiene influencia de las características de cada uno de los miembros, estas se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante la adaptación del comportamiento. La interacción entre el padre o madre (cuidador) y el niño según el modelo de Barnard se da mediante cinco señales y actividades: claridad del lactante en la emisión de señales, reactividad del lactante a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del lactante, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante yactividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres. Define estas modificaciones como conductas adaptativas. El modelo centrado en el entrenamiento a los padres, con énfasis en el desarrollo del niño y en los padres como terapeutas, es un modelo terapéutico, centrado en los padres y cuyo objetivo central es prestar apoyo y orientaciones a estos para que puedan hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo.

En la Teoría Establece lo Siguiente:

- ✓ **Niño:** Su estado físico, temperamento, patrón de nutrición y de sueño y autorregulación.
- ✓ **Cuidador:** Con características psicosociales, salud física y mental, cambios en la vida, experiencias y las preocupaciones acerca del niño y lo más importante el estilo del cuidador en ofrecer las habilidades de adaptación.
- ✓ **Entorno:** Se ven afectados tanto al niño como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros disponibles que puede satisfacer todas las necesidades básicas. La importancia de la interacción madre e hija que le permita ampliar vínculos afectivos que ayuden al crecimiento y desarrollo adecuado de su

hija. Requiere un proceso educativo para el refuerzo de conocimientos sobre el cuidado de la niña y los factores que influyen de manera directa o indirecta con la salud de la paciente como lo son: el entorno, la familia, la sociedad y el desempeño del rol maternal; orientar acciones que ayudan a mejorar el crecimiento físico, psicológico y motriz de la niña para su buen desarrollo. De esta forma la madre asimila que los procesos realizados en el cuidado de su hija dependen totalmente de ella y del vínculo establecido a lo largo de su vida (21).

2.3 Base conceptual:

2.3.1 Recién nacido prematuro (RNP)

Es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la O.M.S:

- Prematuros tardíos (34 a 36 semanas 6 días),
- Prematuros moderados (32 a 33 semanas 6 días),
- Muy prematuros (28 a 31 semanas 6 días)
- Prematuros extremos (menor o igual a 27 semanas 6 días). (22)

La prematuridad se asocia con alrededor de un tercio de todas las muertes infantiles, y representa aproximadamente el 45% de los RN con parálisis cerebral infantil (PCI), el 35% con discapacidad visual, y el 25% con discapacidad cognitiva o auditiva. Las complicaciones de la prematuridad son las razones subyacentes de la mayor tasa de mortalidad infantil y la morbilidad en los RN prematuros en comparación con los RN nacidos a término. El riesgo de complicaciones aumenta a menor edad gestacional. Por lo tanto, los RN que son extremadamente prematuros, nacidos en o antes de las 26 semanas de gestación, tienen la tasa de

mortalidad más alta (mayor al 50%) y, si sobreviven, están en mayor riesgo de deterioro grave. El RN prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días) no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar varias complicaciones, como la taquipnea transitoria del RN (TTR), síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hipertensión pulmonar persistente (HPP), insuficiencia respiratoria, inestabilidad de la temperatura, ictericia, dificultad para la alimentación y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). (23)

El RN prematuro precisa por su condición, de cuidados especializados que involucran procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.), que lo hacen más propenso a infecciones intrahospitalarias cuya gravedad depende principalmente del agente etiológico y de la edad gestacional del RN prematuro (a menor edad gestacional menor respuesta inmune).

Estudios de seguimiento del desarrollo de los RN prematuros han encontrado que las alteraciones del sistema nervioso central son las más frecuentes e incluyen alteraciones del lenguaje y del neurodesarrollo, por lo que en los últimos años la atención médica del RN prematuro se basa en mejorar su nutrición y estimular su neurodesarrollo.

Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto, tienen mayor riesgo de morbi – mortalidad. Por tanto, su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales. (24)

Los recién nacidos sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen, mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda (prolactina, leptina, noradrenalina, triyodotironina y cortisol).

La función pulmonar del prematuro, 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 alveolo capilar. (24)

El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los recién nacido prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo.

Los prematuros tienen cerebro más inmaduro, comparados con los recién nacidos a término; se estima que, a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros en presentar retraso en el desarrollo.

El dolor en el neonato es una respuesta conductual de estrés, la cual puede estar acompañada de una respuesta fisiológica. (25)

La calidad de atención al nacimiento y durante el primer mes de vida influye en toda la vida de los RN prematuros. (25)

2.3.2 Incidencia

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando.

Casi el 45% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal.

Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida.

En los países en desarrollo, casi la mitad de las madres y recién nacidos no reciben cuidados profesionales durante el parto y posparto.

Hasta dos tercios de fallecimientos de recién nacidos pueden evitarse si se aplican medidas sanitarias conocidas y eficaces en el parto y durante la primera semana de vida. (26)

2.3.3 Factores de riesgo

Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad. (27)

- ✓ **Antecedentes obstétricos**
  - Partos prematuros previos (factor de riesgo principal)
  - Embarazos múltiples previos
  - Múltiples abortos terapéuticos previos o abortos espontáneos
- ✓ **Factores relacionados con el embarazo actual**
  - Embarazo logrado mediante fertilización in vitro
  - Poca o ninguna atención prenatal
  - La mala nutrición durante la gestación (y tal vez antes)
  - Tabaquismo
  - Edad materna muy joven o mayor (p. ej., < 16, > 35)
  - Las infecciones no tratadas (p. ej., la vaginosis bacteriana, infección intraamniótica [antes corioamnionitis])
  - Embarazo múltiple (p. ej., mellizos, trillizos)
  - Insuficiencia cervical (antes incompetencia cervical)
  - Pre-eclampsia

- Desprendimiento prematuro de placenta
- El embarazo múltiple es un factor de riesgo importante; el 59% de los gemelos y > 98% de los múltiplos de orden superior nacen en forma prematura. Muchos de estos recién nacidos son muy prematuros; 10,7% de los gemelos, 37% de los trillizos y > 80% de los múltiplos de mayor orden nacen antes de las 32 semanas.

✓ **Factores socio-económicos**

- Bajo estado socio-económico
- Las madres con menos educación formal
- Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25% de los de pre-término. 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. (28)

2.3.4 Complicaciones

La incidencia y la gravedad de las complicaciones de la prematurez aumentan con la reducción de la edad gestacional y el peso al nacer. Algunas de las complicaciones (p. ej., enterocolitis necrosante, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular) son infrecuentes en los recién nacidos pretérmino tardíos.

La mayoría de las complicaciones se relacionan con disfunción de sistemas orgánicos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven completamente; en otros, hay disfunción orgánica residual.

a) Cardíaco, La incidencia global de cardiopatías congénitas estructurales entre los recién nacidos prematuros es baja. La complicación cardíaca más común es conducto arterioso permeable (CAP). En los recién nacidos prematuros, es más probable que el conducto arterioso no se cierre después del nacimiento. La incidencia de conducto arterioso persistente

(CAP) aumenta cuanto mayor es la prematurez; se observa CAP en casi 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) **SNC**. Las complicaciones del SNC incluyen:

- Pobres reflejos de succión y deglución
- Episodios apneicos
- Hemorragia intraventricular
- Retraso en el desarrollo o cognitivo

  Los recién nacidos de menos de 34 semanas de gestación presentan coordinación inadecuada de los reflejos de succión y deglución, y deben ser alimentados por vía intravenosa o por sonda nasogástrica.

  La inmadurez del centro respiratorio del tronco encefálico provoca episodios de apnea (apnea central). La apnea también puede deberse a obstrucción hipofaríngea sola (apnea obstructiva). Pueden estar presentes ambos tipos (apnea mixta).

  La matriz germinal periventricular (una masa altamente celular de células embrionarias localizada por encima 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 intraventricular). El infarto de la sustancia blanca periventricular (leucomalacia periventricular) también puede deberse a motivos no totalmente conocidos. La

hipotensión, la perfusión cerebral inadecuada o inestable y los picos de tensión arterial (p. ej., cuando se administra líquido o coloide IV en forma rápida) pueden contribuir al infarto o la hemorragia cerebral. La lesión de la sustancia blanca periventricular es un factor de riesgo importante de parálisis cerebral y retraso neuromadurativo.

Los recién nacidos prematuros, en particular aquellos con antecedentes de sepsis, enterocolitis necrosante, hipoxia y hemorragias intraventriculares y/o periventriculares, están expuestos a retrasos madurativos y cognitivos. Estos lactantes requieren un seguimiento cuidadoso durante el primer año de vida para detectar retrasos auditivos, visuales y neuromadurativos. Hay que prestar cuidadosa atención a las pautas de desarrollo, el tono muscular, las aptitudes de lenguaje y el crecimiento. Los lactantes con retrasos identificados de las aptitudes visuales deben ser derivados a un oftalmólogo infantil. Aquellos con retrasos auditivos y neuromadurativos (como mayor tono muscular y reflejos protectores anormales) deben ser derivados a programas de intervención temprana que suministran terapia física, ocupacional y del lenguaje. Los lactantes con problemas 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 retiniana no se completa hasta cerca del término. El parto pretérmino puede interferir con el proceso de vascularización normal, lo que determina un desarrollo vascular anormal y, en ocasiones, defectos de la visión que incluyen la ceguera (retiponatía 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 incidencia de miopía y estrabismo aumenta independientemente de la retinopatía del prematuro.

d) Tracto gastro-intestinal, Las complicaciones GI 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 para tolerar tanto la alimentación oral como por SNG y generan un riesgo de aspiración. La tolerancia a la alimentación aumenta con el tiempo, sobre todo cuando los niños son capaces de recibir cierta alimentación enteral.

Por lo general, la enterocolitis necrosante se manifiesta por deposiciones sanguinolentas, intolerancia alimentaria y abdomen distendido, doloroso a la palpación. Es la urgencia quirúrgica más frecuente en el recién nacido prematuro. 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 son alrededor de 4 veces más probables en el recién nacido prematuro y ocurren en alrededor del 25% de los lactantes de MBPN. La mayor

probabilidad se debe a catéteres intravasculares permanentes y tubos endotraqueales, zonas de solución de continuidad de la piel y concentraciones reducidas de inmunoglobulinas.

f) Riñones, Las complicaciones renales incluyen

- Acidosis metabólica
- Retraso del crecimiento

La función renal es limitada, de manera que hay disminución de la capacidad de concentración y dilución de la orina. La incapacidad de los riñones inmaduros de excretar ácidos fijos, que se acumulan cuando se administran fórmulas ricas en proteínas y como consecuencia del crecimiento óseo, puede causar acidosis metabólica tardía. Se pierde sodio y bicarbonato por la orina.

g) Pulmones, Las complicaciones pulmonares incluyen

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Insuficiencia respiratoria de la prematurez
- Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar)

A menudo, la producción de agente tensioactivo es inadecuada para prevenir el colapso alveolar y las atelectasias, que causan síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de la membrana hialina). Muchos otros factores pueden contribuir a la dificultad respiratoria en la primera semana de vida. Independientemente de la causa, muchos recién nacidos extremadamente prematuros y muy prematuros tienen dificultad respiratoria persistente y una necesidad continua de soporte respiratorio (denominado enfermedad de Wilson-Mikity, insuficiencia pulmonar crónica del prematuro o insuficiencia respiratoria del prematuro). Algunos lactantes se desconectan con éxito del soporte durante unas pocas semanas; otros desarrollan enfermedad pulmonar crónica

(displasia broncopulmonar) con necesidad de soporte respiratorio prolongado utilizando una cánula nasal de alto flujo, presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) u otra asistencia ventilatoria no invasiva, o ventilación mecánica. El soporte respiratorio se puede administrar con aire ambiente o con oxígeno suplementario. Si se requiere oxígeno suplementario, se debe utilizar la concentración de oxígeno más baja que pueda mantener niveles de saturación de oxígeno objetivo de 90 a 95%.

h) Problemas metabólicos, Las complicaciones metabólicas incluyen

- Hipoglucemia
- Hiperbilirrubinemia
- Enfermedad ósea metabólica (osteopenia de la prematurez)

La hiperbilirrubinemia es más frecuente en el prematuro que en el recién nacido de término, y puede producirse kernicterus (daño encefálico causado por la hiperbilirrubinemia) con concentraciones séricas de bilirrubina de tan solo 10 mg/dL (170 µmol/L) en recién nacidos prematuros pequeños y enfermos. Las concentraciones más altas de bilirrubina pueden deberse, en parte, al desarrollo inadecuado de los mecanismos de excreción hepática, como deficiencias de la captación de bilirrubina del suero, de su conjugación hepática a glucurónido de bilirrubina y de su excreción a la vía biliar. La disiminución de la motilidad intestinal posibilita mayor desconjugación del diglucurónido de bilirrubina dentro de la luz intestinal por la enzima luminal beta-glucuronidasa, lo que permite mayor reabsorción de bilirrubina no conjugada (circulación enterohepática de bilirrubina). Por el contrario, la alimentación temprana aumenta la motilidad intestinal y reduce la reabsorción de bilirrubina, lo que puede reducir de

manera significativa la incidencia y la intensidad de la ictericia fisiológica. En casos infrecuentes, la demora en el pinzamiento del cordón umbilical (que produce varios beneficios y en general se recomienda) puede aumentar el riesgo de hiperbilirrubinemia significativa al permitir la transfusión de eritrocitos, con el consiguiente incremento de su degradación y de la producción de bilirrubina.

La **enfermedad ósea metabólica** con osteopenia es común, particularmente en recién nacidos extremadamente prematuros. Es causada por la ingesta inadecuada de calcio, fósforo y vitamina D y se ve agravada por la administración de diuréticos y corticosteroides. La leche materna tampoco tiene suficiente calcio y fósforo y debe ser fortificada. La vitamina D complementaria es necesaria para optimizar la absorción intestinal de calcio y controlar la excreción urinaria.

i) **Regulación de la temperatura**, La complicación más frecuente de la regulación de la temperatura es

- Hipotermia

  Los recién nacidos prematuros tienen un cociente entre superficie y volumen corporal excepcionalmente grande. Por lo tanto, cuando están expuestos a temperatura inferiores al ambiente térmico neutro, pierden calor rápidamente y tienen dificultad para mantener la temperatura corporal. El ambiente térmico neutro es la temperatura ambiente en la cual las demandas metabólicas (y por lo tanto el gasto de calorías) para mantener la mínima temperatura corporal normal (rectal 36,5 a 37,5 ºC). (29)

2.3.5 Diagnóstico

- Antecedentes obstétricos y parámetros físicos posnatales
- Ecografía fetal

- Pruebas de cribado en busca de complicaciones

  Cuando los períodos son regulares y se registran contemporáneamente, los antecedentes menstruales son relativamente fiables para establecer la edad gestacional. Las mediciones ecográficas del feto en el primer trimestre brindan la estimación más precisa de la edad gestacional. Las estimaciones ecográficas son menos precisas más adelante en el embarazo; los resultados ecográficos del segundo y el tercer trimestre rara vez se deben utilizar para revisar los realizados durante el primer trimestre. Después del parto, los hallazgos del examen físico del recién nacido también permiten a los médicos estimar la edad gestacional, lo que puede confirmarse con la nueva Puntuación de Ballard. (22)

  Junto con los estudios complementarios apropiados para cualquier problema o trastorno identificado, las evaluaciones de rutina son oximetría de pulso, hemograma completo, electrolitos, concentración de bilirrubina, hemocultivo, calcio sérico, niveles de fosfatasa alcalina y fósforo en suero (para evaluar la osteopenia de la prematurez), evaluación auditiva, ecografía craneal (para investigar hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular) y detección sistemática de retinopatía del prematuro por un oftalmólogo. Deben registrarse el peso, la longitud y el perímetro cefálico en un gráfico de crecimiento adecuado a intervalos semanales.

  Al igual que con los recién nacidos mayores, las pruebas de cribado neonatal se hacen a las 24 a 48 h de vida. A diferencia de los recién nacidos a término, los prematuros, especialmente los extremadamente pretérmino, tienen una alta tasa de falsos positivos. A

menudo se observan elevaciones leves de varios aminoácidos y perfiles anormales de acilcarnitina y elevaciones leves de los niveles de 17-hidroxiprogesterona, así como niveles bajos de T_4 (generalmente con niveles normales de hormona tiroideoestimulante). Los recién nacidos extremadamente pretérmino y los muy pretérmino corren el riesgo de desarrollar hipotiroidismo congénito en forma tardía y deben ser examinados periódicamente. (22)

2.3.6 Tratamiento

Tratamiento de sostén

Lo mejor es que el tratamiento de sostén general del recién nacido prematuro se realice en una UCI neonatal o una sala de recién nacidos de cuidados especiales, y consiste en atención cuidadosa al ambiente térmico mediante incubadoras con servocontrol. Se cumple de manera estricta el lavado de las manos antes y después de todo contacto con el paciente. Se realiza monitorización continua de apneas, bradicardia e hipoxemia hasta las 34,5 o 35 semanas de gestación.

Debe alentarse a los padres a que visiten e interactúe lo más posible con el lactante, dentro de las limitaciones que impone su estado médico. 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 sostenidos mediante respiradores e infusiones. (30)

Alimentación

La alimentación debe ser por SNG hasta que se establezca la coordinación de la succión, la deglución y la respiración alrededor de las 34 semanas de gestación, momento en el que debe alentarse con firmeza la lactancia materna. La mayoría de

los recién nacidos prematuros toleran la leche materna, que aporta factores inmunitarios y nutricionales que no contienen las fórmulas derivadas de la leche de vaca. Sin embargo, 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), para los cuales debe mezclarse con un fortificador de leche materna. Alternativamente, es posible utilizar leches artificiales específicas para prematuros, las que contienen de 20 a 24 kcal/oz (2,8 a 3,3 joules/mL). (30)

En los primeros 1 o 2 días, si no pueden administrarse los líquidos y las calorías adecuadas por vía oral o SNG debido al estado del recién nacido, se suministra nutrición parenteral IV con proteínas, glucosa y grasas para prevenir la deshidratación y la desnutrición. La alimentación con leche materna o maternizada para prematuros a través de una SNG puede mantener de manera satisfactoria la ingesta calórica en recién nacidos prematuros, enfermos, en especial aquellos con dificultad respiratoria o episodios apneicos recurrentes. La alimentación se inicia con pequeños volúmenes (p. ej., 1-2 mL cada 3-6 h) para estimular el tubo digestivo. Cuando son tolerados, se aumentan lentamente el volumen y la concentración en 7 a 10 días. En recién nacidos muy pequeños o en estado crítico, puede ser necesaria durante un período prolongado la hiperalimentación parenteral total a través de un catéter IV periférico o central colocado por vía percutánea o quirúrgica hasta que pueda tolerarse la alimentación totalmente enteral. (30)

Alta hospitalaria

Los recién nacidos prematuros típicamente permanecen hospitalizados hasta que sus problemas médicos estén bajo control satisfactorio y son

- Ingesta de una cantidad adecuada de leche sin asistencia especial
- Ganancia constante de peso
- Capaz de mantener una temperatura corporal normal en una cuna

La mayoría de los recién nacidos prematuros están listos para el alta cuando tienen entre 35 y 37 semanas de edad gestacional y pesan de 2 a 2,5 kg. Sin embargo, existe una amplia variación. Algunos lactantes están listos para el alta antes y algunos requieren estancias más prolongadas en el hospital. El tiempo que el lactante permanece en el hospital no afecta el pronóstico a largo plazo.

Antes del alta hospitalaria, los recién nacidos pretérmino deben pasar al decúbito supino para dormir. Es preciso indicar a los padres que no coloquen materiales mullidos, como mantas, acolchados, almohadas y juguetes de peluche, que se han asociado con mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

La American Academy of Pediatrics recomienda que los asientos del automóvil se usen únicamente para el transporte de vehículos y no como un asiento para bebés o una cama en el hogar. (1)

2.3.7 Prevención

Aunque la atención prenatal temprana y apropiada es importante en general, no hay buena evidencia de que dicha atención o cualquier otra intervención disminuyan la incidencia de parto prematuro.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. Valoracion

1.1 Datos de filiación:

Nombre RN	: Miccail Quispe Robles
Sexo	: Masculino
Edad	: 10 horas
Historia Clínica	: 125678
Servicio	: Neonatología
Ambiente	: UCIN

1.2 Motivo de consulta:

Neonato de sexo masculino, prematuro de 32 semanas por Capurro, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), presentando dificultad respiratoria severa, con un puntaje de Silverman Anderson de 8 puntos, piel cianótica, motivando al personal de enfermería instalarlo en incubadora a temperatura neutra y se coloca CPAP artesanal nasal a 4 litros de oxígeno y 4 cm de presión de agua; hipoactivo, con piel fría y pálida, con abdomen blando y depresible, se le inicia infusión endovenosa y se coloca SOG a gravedad. Indicando el médico su hospitalización

1.3 Enfermedad actual

Recién nacido prematuro

1.4 Antecedentes

a) Antecedentes perinatales

Fecha de Nacimiento : 12/04/2019

Hora de Nacimiento : 00:18 horas

Fecha de Ingreso : 12/04/2019

Hora de ingreso : 00:30 horas

Nombre de la madre : Maria Landeo Quispe

Edad de la madre : 28

Edad gestacional : 32 semanas por Capurro- PEG

Control prenatal : 6

b) Antecedentes maternos

Madre : Paridad, de años

Embarazo : Gestación única de 32 semanas por Capurro

Control prenatal : 6

Parto : Cesarea

Fecha y hora de nacimiento:

Presentación del bebé : Podalico

APGAR : 3 al minuto y 7 a los 5 minutos

Estado Civil : Soltera

Grado de instrucción : Secundaria completa

Idioma : Castellano

Número de hijos :

Grupo sanguíneo :

Procedencia :

c) Antecedentes del neonato

Sexo : Masculino

Edad gestacional : 32 semanas por Capurro

Talla : 35cm

Peso al nacer : 1000gr

P.C . 24.5cm

P.T. : 21.7cm

T° : 36°C

Motivo de Hospitalización : RNPT con dificultad respiratoria

d) Antecedentes socio - económicos

No hay referencia

1.5 Examen físico

- **Signos vitales**: funciones vitales: Temperatura 36°C, FC…, FR:.,… saturación de oxígeno:
- **Examen físico**: recién nacido hipoactivo, con piel fría y pálida, con abdomen blando y depresible.
- Cabeza: Fontanelas Normotensas, suturas normales, ojos simétricos, nariz alineada, fosas nasales permeables, con presencia de conexiones de oxígeno, mucosas orales húmedas, con secreción en boca por efectos de la administración de Oxígeno por CPAP, lengua con movimientos normales, cuello corto, clavículas en buen estado, orejas no tan definidas.
- Ojos: Apertura espontánea, pupilas isocóricas, fotoreactivas.
- Reflejo nauseoso: normal.
- Fosas nasales: permeables.
- Paladar: sin alteraciones.
- Sistema Respiratorio: Neonato con dificultad respiratoria moderada, FR: 70 por minuto, puntaje SA=6 p, TSC (2) RX (2) DTA (2) AN (0) QE (0), con CPAP artesanal a 4 litros de Oxígeno y 3cm de Presión de agua.
- Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos y regulares, no soplos, no hay edema, pulso braquial presente, pulso femoral presente, pulso radial presente, pulso predial presente. FC: 151x'. Grupo: "A" RH (+)
- Sistema Gastrointestinal: Se encuentra en NPO, con SOG a gravedad, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando y depresible, ano permeable.
- Sistema Genito Urinario: Presentó orina después de 6 horas de vida, genitales inmaduros, y lisos.
- Sistema nervioso: Se muestra con actividad moderada, en respuesta a estímulos externos, tono muscular disminuido, fontanelas Normotensas, suturas normales, hay respuesta al

dolor y también a la luz (frunce el ceño), reflejos de RN disminuidos.

- Piel: Fina, tibia, turgente, presenta acrocianosis, lanugo, grasa parda disminuida, T° = 36.7 °C. (Stavis, 2017)

1.6 Exámenes auxiliares:

HEMOGRAMA:

Hemoglobina	: 13,50 g/dl
Hematocrito	: 41%
Glucosa	: 60mg/dl
Grupo Sanguíneo	: A
Factor	: Rh (+)
Plaquetas	: 220,000/mm3
Leucocitos	: 10,600
Abastonados	: 04
Monocitos	: 0
Segmentados	: 50
Eosinófilos	: 0
Bastones	: 0
Monocitos	: 12
Linfocitos	: 34
Normoblasto	: 25%

Tratamiento:

- Incubadora a temperatura neutra
- NPO + SOG a gravedad
- CPAP artesanal nasal: 4cm de Agua y 4Litros de Oxígeno.
- Dextrosa al 8.5% 98cc + Gluconato de Calcio 2cc, Volumen total: 70cc en 24 horas.
- Ranitidina 0,5 mg EV cada 12 horas
- Ampicilina 50 mg EV cada 12 horas
- Gentamicina 4,5 mg EV cada 36 horas
- Aminofilina 5 mg VEV Stat, luego 1,5 mg VEVcada 12 horas.
- HGT cada 8 horas
- Balance Hídrico Estricto

- Control de Funciones Vitales
- Control de saturación de Oxígeno.
- Hemograma completo, Hemoglobina y Hematocrito, Grupo sanguíneo y Rh, Recuento de Plaquetas, Glicemia, y Radiografía de Tórax.
- Evaluación por médico de Guardia si lo requiere.

1.7 Valoración según modelo de Clasificación de Dominios y Clases

DOMINIO 1: Promoción de la Salud:

- La madre adolescente refiere tener temor al ver a su hijo tan pequeño y frágil, que nunca pensó tener un bebé prematuro y no sabe cómo lo debe cuidar.
- Se dedica al comercio y ayuda a su esposo.
- Se observa con ropa sucia, uñas largas y sucias.
- Refiere “tener temor al sobreparto”

DOMINIO 2: Nutrición:

- RN con muy bajo peso al nacer.
- Peso actual: 960gr.
- Se encuentra en NPO, con Sonda Orogástrica a gravedad; presenta secreción gástrica clara en poca cantidad.
- Presenta abdomen blando y depresible.
- Piel delgada, y lisa, típico de un RN prematuro.

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio:

- Ano permeable.
- Presenta diuresis 16cc y meconio 8cc.

DOMINIO 4: Actividad y Reposo:

- Se encuentra en incubadora a temperatura neutra con manipulación mínima. T° del RN es de 36.7°C
- Grado de dependencia: IV
- Actividad moderada, en respuesta a estímulos externos con tendencia a la hipoactividad.

- Actividad Circulatoria: Frecuencia cardíaca de 160 por minuto, piel pálida.
- Actividad Respiratoria: Puntaje de Silverman Anderson igual a 6 puntos, Frecuencia Respiratoria de 64 a 76 x', respiración irregular y superficial, ventilando con apoyo de oxígeno por CPAP artesanal a 4 litros de Oxígeno y 3cm de presión de agua, con Saturación de Oxígeno mayor de 90%; el pasaje de aire disminuido en ambos campos pulmonares.
- Presencia de secreción transparente en poca cantidad por la boca, a consecuencia de la instalación de CPAP.

DOMINIO 5: Percepción – Cognición:

- Presenta llanto débil.
- Actividad moderada en respuesta a estímulos.
- Reflejos disminuidos.
- Le molesta el ruido y la luz. (frunce el ceño).
- Madre adolescente con pocos conocimientos de cómo cuidar a su hijo.

DOMINIO 6: Autopercepción:

- La madre se muestra temerosa frente a su hijo que ha nacido prematuro, pero se le observa afectuosa cuando lo mira y le habla.

DOMINIO 7: Rol y Relaciones:

- Recién nacido es el primer hijo de la pareja.
- Padres comerciantes.
- Convivientes.
- Padre y madre presentes en informes médicos.

DOMINIO 8: Sexualidad:

- Genitales masculinos definidos para su edad gestacional, no se observan malformaciones congénitas.

DOMINIO 9: Afrontamiento y tolerancia al Stress:

- RN bajo stress permanente, ruidos y manipulaciones necesarias para procedimientos invasivos y evaluaciones de control y tratamiento.
- Neonato separado de la madre. (En incubadora)
- Actividad moderada.

DOMINIO 10: Principios Vitales:

- Los padres profesan la religión católica y no refieren ninguna objeción en el tratamiento de su bebé.

DOMINIO 11: Seguridad y Protección:

- RNPT con piel tibia, sonrosada y conservada, T° 36.7°C
- Con ventilación apoyada por CPAP artesanal a 4 litros de oxígeno y 3 cm de presión de agua.
- Con infusión intravenosa de Dextrosa al 8.5%, Volumen total de 70 cc/ 24 horas, con un goteo de 2,9 micro gotas por minuto.
- Sonda Orogástrica.
- En incubadora a temperatura neutra.
- Con llanto débil en respuesta a estímulos.
- Madre adolescente inexperta en el cuidado de un RN prematuro.

DOMINIO 12: Confort:

- RN se encuentra en incubadora, “anidado”, en protocolo de manipulación mínima. RN sometido al dolor por procedimientos invasivos, tales como: Onfaloclisis, colocación de Oxígeno por CPAP nasal y Sonda orogástrica.
- Actividad moderada en respuesta a estímulos.
- Llanto débil.

DOMINIO 13: Crecimiento y desarrollo:

- RNPT de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional por Capurro. (PEG)
- Con bajo peso al nacer: 1000gr, Talla: 35 cm, Perímetro Cefálico: 24,5cm y Perímetro Torácico: 21,7 cm.
- Peso actual: 960 gr.

Valoración

Recién nacido pre término de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional de sexo masculino, de 10 horas de vida, que se encuentra en incubadora, con actividad moderada, con piel tibia, temperatura actual de 36.7°C, regulación de temperatura variable, mucosas húmedas, algo pálido y con acrocianosis, con dificultad respiratoria, FR: 64 a 76 por minuto; ventilando con aporte de oxígeno por CPAP artesanal a 4Lt de oxígeno y 3cm de presión de agua, con Saturación de oxígeno en 95% con oxígeno, sin oxígeno, saturación baja por debajo de 70%, presenta puntaje Silverman Anderson de 6 puntos.

Diagnóstico de Enfermería

- Patrón respiratorio ineficaz r/c incapacidad para mantener una adecuada expansión pulmonar e/p taquipnea FR: 76x' y tiraje subcostal. Saturación de Oxígeno: puntaje Silverman-Anderson de 6 puntos. (00032)
- Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del sistema termorregulador secundario a la prematuridad. (00008)
- Interrupción de la lactancia Materna r/c prematuridad e/p sonda orogástrica a gravedad, en NPO. (00105)
- Déficit de conocimiento de la madre r/c madre adolescente e/p madre refiere: "no sé cómo cuidar a mi niño, tengo miedo porque es muy pequeño (00126)
- Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c prematuridad e inmadurez metabólica
- Riesgo de infección r/c bajas defensas, estado inmunológico inmaduro, presencia de onfaloclisis, infección del tracto urinario y mal estado de higiene de la madre. (00004)

- Riesgo de ictericia neonatal r/c prematuridad y dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina. (00230)

IV. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
RN prematuro de 32 semanas FR: 76 x' Puntaje de Silverman de 6 puntos	DOMINIO 4 Actividad y reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares y respiratorias Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c incapacidad para mantener una	Objetivo Disminuir el distrés respiratorio en el recién nacido	Actividades: • Lavado de manos. • Mantener vía aérea permeable. • Limpiar fosas nasales y aspirar secreciones si es necesario. • Mantener medidas de asepsia al aspirar secreciones. • Mantener mucosa oral integra.	Neonato ventila sobre 90% y puntaje Silverman disminuye a 4 puntos. FR. 56x'

	adecuada expansión pulmonar, FR: 76x', tiraje subcostal, Disbalance tóraco abdominal, y retracción xifoidea		• Colocar al RN decúbito prono para facilitar la ventilación. • Mantener el oxígeno por CPAP según indicación, 4ltr de oxígeno y 4cm de presión de agua. • Verificar el correcto funcionamiento del CPAP. • Valorar patrón respiratorio con el test de Silverman en cada turno (M-T-N)	

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Prematuro de 32 semanas. Temperatura corporal inestable (36.6 -37.8°C) durante el turno.	DOMINIO 11: Seguridad y protección Clase 6: Termorregulación Código 00008 Termorregulación ineficaz r/c inmadurez del sistema termorregulador secundario a la prematuridad	Objetivo Evitar que el recién nacido presente hipotermia o hipertermia. Mantener la temperatura entre 36.5°C a 37.5°C	Actividades: • Colocar al paciente en incubadora a temperatura Neutra o en modo piel si se contara. • Monitorear cada 2 hs la temperatura del RN. • Observar continuamente el color y la temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia o hipertermia. • Calentar la ropa de la incubadora antes de cambiarla y al hacer los nidos.	Recién nacido presenta una temperatura de 36.7°C.

			• Entibiar las manos, el estetoscopio antes de ponerlos en contacto con el RN. • Administrar el oxígeno tibio. • Evitar que permanezca con pañales mojados por mucho tiempo. • Colocar al RN en flexión para disminuir la superficie corporal y pérdida de calor. • Cubrir al RN cada vez que sea necesario sacarlo de la incubadora.	

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Prematuridad Neonato en NPO y Sonda orogástrica a gravedad. Dextrosa al 8.5%,	DOMINIO 2: Nutrición Clase: Ingestión Código: 00105 Interrupción de la lactancia Materna r/c prematuridad y hospitalización del RN e/p sonda orogástrica a gravedad, en NPO.	Objetivo Orientar a los padres en lactancia materna. Fomentar el apego entre el RN y sus padres.	Actividades: • Informar a los padres los beneficios de la lactancia materna • Proporcionar materiales educativos necesarios. • Explicar la diferencia entre la nutrición nutritiva y no nutritiva. • Evaluar la capacidad del RN para lactar. • Enseñar a la madre la técnica y posición correcta que deben adoptar ambos. • Explicar a la madre como extraerse la leche manualmente	Los padres tienen conocimiento sobre lactancia materna Madre se extrae leche para la nutrición del RN

			• Ayudar con el inicio de la lactancia. • Enseñar a la madre sobre el método mamá canguro.	

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Prematuro de 32 semanas por Capurro Pérdida de peso. Al nacer: 1000gr A 10 horas: Pérdida del 4% del peso. (960gr)	DOMINIO 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo Código: 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c prematuridad y pérdida de peso	Objetivo Mantener los niveles de glucosa dentro de parámetros normales (de 47mg/dL a 125mg/dL)	Actividades: • Lavado de manos. • Mantener acceso intravenoso seguro. • Vigilar los niveles de glucosa en sangre. • Identificar signos y síntomas de hipoglicemia (tremores, hipoactividad o irritabilidad) • Administrar glucosa intravenosa si está indicado. • Enseñar a la madre los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglicemia.	Neonato presenta una glucosa de 125mg/dL al final del turno. Se cambia de concentración de glucosa.

			• Verificar sucesos anteriores de hipoglicemia o hiperglicemia.	

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Temor de la madre por no saber cuidar a su hijo por lo pequeño y por lo prematuro.	DOMINIO 5: Percepción y cognición Clase 4: Cognición Código: 00126 Déficit de conocimiento de la madre r/c ansiedad de la madre.	Objetivo Brindar información adecuada sobre los cuidados del neonato prematuro.	Actividades: • Informar a la madre sobre el estado de salud de su hijo • Orientar a la madre sobre las actividades rutinarias que se hace en el servicio. • Proporcionar seguridad y bienestar, animar a compartir preocupaciones y sentimientos. • Transmitir empatía y comprensión. • Corregir cualquier información o creencia errónea del neonato.	La madre está informada sobre el método mamá canguro y signos de alarma del recién nacido.

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Recién nacido prematuro	DOMINIO 2: Nutrición Clase: 4 Metabolismo Código: 00230 Riesgo de ictericia neonatal r/c prematuridad y dificultad para hacer la transición a la vida extrauterina.	Objetivos Evaluar si el recién nacido presenta ictericia. Determinar el nivel de la ictericia.	• Control de funciones vitales. • Valorar el estado neurológico del recién nacido: anemia, palidez, hepatomegalia, hemorragias cutáneas • Monitorizar niveles de bilirrubina cada 24 horas. • Evaluar nivel de ictericia. • Peso diario. • Manipulación mínima.	Recién nacido de 10 horas, con piel sonrosada

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
Madre con infección del tracto urinario	DOMINIO 11: Seguridad y protección Clase: 1 Infección Código: 00004 Riesgo de infección r/c defensas bajas, estado inmunológico inmaduro, madre con infección urinaria.	Objetivos Identificar signos y síntomas de infección Minimizar el contagio de gérmenes infecciosos.	●Lavado de manos. ●Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo de servicio ●Cambiar cánulas cada 3 días según protocolo ●Cambiar sonda orogástrica cada 2 días ●Cambiar los sitios de las vías según protocolo ●Usar guantes estériles si corresponde ●Observar signos y síntomas de infección ●Indicar a los padres lavarse las manos antes de	Recién nacido se halla libre de infección

			la visita, vestir mandiles estériles. • Administrar tratamiento antibiótico según indicación médica • Orientar a la madre para evitar infecciones.	

SOAPIE

S Neonato de sexo masculino, prematuro de 32 semanas por Capurro, ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), presentando dificultad respiratoria severa con un puntaje de Silverman Anderson de 8 puntos, piel cianótica, motivando al personal de enfermería instalarlo en incubadora

O Recién nacido pre término de 32 semanas, pequeño para la edad gestacional de sexo masculino, de 10 horas de vida, que se encuentra en incubadora, con actividad moderada, con piel tibia, temperatura actual de 36.7°C, regulación de temperatura variable, mucosas húmedas, algo pálido y con acrocianosis, con dificultad respiratoria, FR: 64 a 76 por minuto; ventilando con aporte de oxígeno por CPAP artesanal a 4Lt de oxígeno y 3cm de presión de agua, con Saturación de oxígeno en 95% con oxígeno, sin oxígeno, saturación baja por debajo de 70%, presenta puntaje Silverman Anderson de 6 puntos

A Patrón respiratorio ineficaz por inmadurez r/c incapacidad para mantener una adecuada expansión pulmonar e/p taquipnea FR: 76x' y tiraje subcostal. Saturación de Oxígeno: puntaje Silverman-Anderson de 6 puntos.

P Disminuir el distrés respiratorio en el recién nacido

I Limpiar fosas nasales y aspirar secreciones si es necesario.

Mantener medidas de asepsia al aspirar secreciones.

Mantener mucosa oral integra.

Colocar al RN decúbito prono para facilitar la ventilación.

Mantener el oxígeno por CPAP según indicación, 4ltr de oxígeno y 4cm de presión de agua.

E Neonato ventila sobre 90% y puntaje Silverman disminuye a 4 puntos.

FR. 56x'

CONCLUSIONES

1. Los recién nacidos prematuros no están preparados para la vida extrauterina, debido a que su organismo aún no ha alcanzado su madurez, por eso pueden presentar muchas alteraciones en su adaptación.
2. El síndrome de Dificultad Respiratoria requiere de cuidados de enfermería con alto nivel de conocimiento científico y mucha experiencia en los procedimientos.
3. La enfermera debe promover el contacto madre- neonato prematuro lo más tempranamente posible e involucrar a la familia en el proceso de tratamiento y recuperación del recién nacido.
4. La enfermera se debe adecuar a los medios con los que cuenta para ayudar en la recuperación del RN prematuro.

RECOMENDACIONES

1. Se debe considerar realizar exámenes de perfil biofísico fetal a las mujeres con antecedentes de parto prematuros con la finalidad de evitar que lleguen neonatos con bajo peso y asi evitar la desnutrición en estos niños.

2. Estar constantes en los cursos de actualización y entrenamiento al personal de enfermería del Servicio de Neonatología, pues, es necesario tener los conocimientos adecuados para el cuidado de los neonatos con diferentes patologías.

3. Orientar con bastante frecuencia a los padres de los recién nacidos prematuros en el cuidado de los mismos, fomentando el apego madre o padre – neonato, con la finalidad de aliviar el estrés de los mismos y poder participar activamente.

4. Es menester que todos los enfermeros que asisten al neonato, deberán monitorear y evaluar, mediante los cuidados de enfermería de forma permanente.

5. Promover la investigación en otros hospitales, con el fin de obtener nuevos resultados que permitan evidenciar y establecer comparaciones de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rellan S, García S, Paz M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf
2. Stavis R. Recién nacidos prematuros. Manual MSD. 2017. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros
3. UNICEF (2016). Derechos de los recién nacidos prematuros. Argentina. [En Línea]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_Dcho9.pdf. [Accesado el 21 de mayo de 2017].
4. https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros.
5. https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Lineamiento técnico-médico para la atención del recién nacido en hospitales con ginecobstetricia. México: IMSS, 2003
7. Análisis de Situación de Salud. (2016). Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. Apurímac, Perú. [En Línea]. Disponible en: http://hospitalabancaygdv.gob.pe/pdf/publicaciones/07Servicios-hospitalarios.pdf. [Accesado el 21 de mayo de 2017]
8. Ministerio de Salud. Conmemoración del Día Mundial de la Prematuridad. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf
9. Tello M. Cuidado Integral Al Recién Nacido Pretermino Menor De 1500 Grs De Peso: Un Reto Para Enfermería. España. [Fecha de acceso: 30 de agosto del 2015]. Disponible en: http://www.reeme.arizona.edu/materials/cuidado%20inegral%20rnpt%202.pdf
10. Avalos HL. Recién Nacido de Pretérmino [monografía en Internet]*. Capítulo No 9. Guadalajara Jal: [acceso 18 de diciembre de 2015]. Disponible en:

www.pediatriaenlinea.com/pdf/reciennacidopretermino.pdf

11. Acosta F, Cabrera BN. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Rev. UNIMAR [Internet] 2016 [citado 28 Jul 2017]; 34(1): 193-199. Disponible en: www.umariana.edu.co/ojseditorial/index.php/unimar/article/download/1144/pdf.
12. Díaz L. Valoración e intervención en el cuidado enfermero de la piel en el recién nacido prematuro. Tesis Enfermería. Univ Nac Comahue. 2015. Disponible en: file:///D:/Documents/Downloads/D%C3%ADaz%20Lorena%20tesis%20(1).pdf
13. Fonseca M. Asociación entre el conocimiento, práctica y actitud del cuidado de enfermería en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro. Tesis Doctoral. Univ Málaga. 2017. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=176787.
14. Carbajal J. Cuidado de enfermería en un recién nacido prematuro Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz. Informe Académico Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2017. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2407/SEG.ESPC._CARBAJAL%20VILLANUEVA%2c%20JACQUELINE%20SOLEDAD.pdf?sequence=2&isAllowed=y
15. Martínez S. Proceso de atención de enfermería en recién nacido prematuro con taquipnea transitoria. Trabajo Académico Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2017. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2598/SEG.ESPEC.SHEYLA%20KARINA%20MART%c3%8dNEZ%20TUYA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
16. Toralva A. Cuidados de enfermería en la prematuridad del recién nacido de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica. Trabajo

Académico de Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega, 2017. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2599/SEG.ESPEC.AYMEE%20TORALVA%20BENDEZU.pdf?sequence=2&isAllowed=y

17. Durán E, Marquina C. Satisfacción de madres sobre cuidado enfermero a su recién nacido prematuro del Servicio de Neonatología Hospital Virgen de Fátima Chachapoyas. Tesis Segunda Especialidad. Univ Nac Pedro Ruiz Gallo. 2018. Disponible en: http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/3427/BC-TES-TMP-2243.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. De la Cruz R. Cuidados de enfermería en recién nacido prematuro del Hospital Regional II-2 Tumbes. Trabajo académico segunda especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2019. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4187/TRABACADEMICO_DELACRUZ_RUTH.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005.
20. file:///C:/Users/YANE/Downloads/teoriasenelcuidadodelneonato-150628215715-lva1-app6892.pdf
21. Barnard E. Diccionario Mosby Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999. [En línea]. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/22975/Kathryn. [Consultado 11 de junio 2012].
22. Pacheco J. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda edición. Lima: REP SAC. 2007
23. Rellan S, García S, Paz M. El recién nacido prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

24. Mata M, Salazar M, Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2009; 17(1): 45 – 54. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Lineamiento técnico-médico para la atención del recién nacido en hospitales con ginecobstetricia. México: IMSS, 2013
26. Rivera V, Lara M, Herrera R, et al. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol (Mex) 2011; 10 (3)
27. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2745.pdf.
28. Ministerio de Salud. Conmemoración del Día Mundial de la Prematuridad. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/46.pdf
29. Sánchez F, Álvarez L. Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. Enferm Univer. 2018; 15(4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000400428
30. Ota A. Manejo neonatal del prematuro: Avances en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2018, 64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300015&lng=es&nrm=iso

ANEXO

Evaluación del RN Prematuro

Canalización de via periférica en el RN Prematuro

Administración de tratamiento al RN Prematuro según prescripción Médica