

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE
OXIGENOTERAPIA EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO
PRIALE PRIALE ESSALUD, HUANCAYO - 2020**

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

FLOR DE JESÚS BUSTILLOS ORTÍZ

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAUQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 64-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Marzo 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.

ÍNDICE

INTRODUCCION	2
1. Descripción de la situación problemática	4
2. Marco Teórico	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Marco Conceptual	16
3. Desarrollo de actividades para plan de mejoramiento en relación a la situación problemática	27
Plan de cuidados de enfermería	27
3.1. Valoración	27
3.2. Diagnóstico de enfermería	32
3.3. Planificación	31
3.4. Ejecución y evaluación	37
4. Conclusiones	39
5. Recomendaciones	40
6. Referencias bibliográficas	41
7. Anexos	42

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico de Cuidados de Enfermería en la Administración de Oxigenoterapia en el Recién Nacido Prematuro del Servicio de Neonatología, se basa en la experiencia profesional del personal de enfermería, se toma este tema debido a que es la mayor causa de morbilidad en los recién nacidos prematuros por el grado de inmadurez al nacer y la administración inadecuada de oxígeno por lo que nos dan como consecuencia complicaciones que pueden ser irreparables por la mala praxis; me motiva el tema a tratar por ser una de las intervenciones de enfermería donde el cuidado en la administración de oxígeno en el recién nacido prematuro y el avance de la neonatología en la última década ha producido un incremento marcado en la supervivencia de Recién Nacidos Pre término (RNPT), especialmente aquellos con edad gestacional extremadamente baja y peso de nacimiento menor a 1500g.; es un procedimiento de vital importancia en neonatología originada no sólo en el mayor número y sobrevida de recién nacidos prematuros, sino también en asociación con los cuidados impropios relacionados con la administración de oxígeno y su monitoreo; y la misma trae asociados problemas neurológicos, auditivos y visuales, entre otros, siendo los de mayor incidencia los problemas respiratorios y cardíacos, trayendo aparejado a su vez un incremento de la morbilidad neonatal y sus secuelas. En el hospital regional Ramiro Prialé Prialé se encuentra el servicio de Neonatología que cuenta con áreas de La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales I, Unidad de Cuidados Intermedios II, Unidad de Alojamiento Conjunto y Atención Inmediata de Recién Nacido; son unidades en la que se administra oxigenoterapia en sus diferentes fases. El ingreso de recién nacidos o neonatos es en promedio de 300 recién nacidos al mes, de los cuales aproximadamente 30 son prematuros y de los cuales 20 recién nacidos requieren apoyo de oxígeno. Somos 26 enfermeras distribuidas en las diferentes unidades las cuales rotamos y/o realizamos turnos en la Unidad de Cuidados intensivos

Neonatales (UCIN). El nacimiento de un recién nacido prematuro implica un gran desafío para el equipo de salud y su familia; su supervivencia pone a prueba la eficiencia y capacidad de los servicios de neonatología con responsabilidad para el personal de enfermería por tal motivo se debe seguir un trabajo sistematizado y protocolizado, priorizando actividades y seguir estrictamente una guía establecida por el servicio de salud de acuerdo a realidades para homogenizar procedimientos.

Mi objetivo es mejorar y unificar criterios para la intervención de enfermería en la administración de oxigenoterapia en sus diferentes fases que se realiza; se debe destacar al profesional de enfermería por su conocimiento, habilidad, experiencia, proximidad con el recién nacido, su capacidad para interpretar la información fisiológica y el comportamiento al interpretar la respuesta del recién nacido al tratamiento y al ambiente. Otra función importante del personal de enfermería es la prevención y la disminución de riesgos asociados a la hipoxia neonatal, detectando oportunamente los factores de riesgo y el rol educador sobre los signos de alarma, que constituye uno de los principales pilares y fortalezas de la enfermería neonatal.

El servicio de neonatología del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" atiende recién nacidos pretérminos que nacen en la institución y recién nacidos prematuros derivados de otros servicios de salud de menor capacidad de resolutive, el ingreso de recién nacidos a este servicio en el mes es de aproximadamente 300 de los cuales el 10% son prematuros.

I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Al momento de transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, el sistema respiratorio es uno de los más afectados, pudiendo ocasionar insuficiencias respiratorias, dificultad respiratoria transitoria, displasia broncopulmonar neumonías, bronquiolitis, aspiración de secreciones respiratorias enfermedad de la membrana hialina, o llegando a casos extremos de una reanimación cardiopulmonar lo que requerirá su internamiento en UCIN (unidad de cuidados neonatales) y un tratamiento de oxigenoterapia. Las patologías comunes que se frecuentan tras el uso de oxigenoterapia son por lo general problemas neurológicos, auditivos y visuales, siendo los de mayor incidencia los problemas respiratorios y cardiacos, en los últimos años a mejorado la perspectiva de vida en los recién nacidos prematuros. El nacimiento de un recién nacido pretérmino implica un gran desafío para el equipo de salud y su familia; su supervivencia pone a prueba la eficiencia y capacidad de los servicios de neonatología; y la misma trae asociados problemas neurológicos, auditivos y visuales, entre otros, siendo los de mayor incidencia los problemas respiratorios y cardíacos. El avance de la neonatología en los últimos años ha llevado al aumento de la sobrevida de los recién nacidos pretérmino, especialmente aquellos de muy bajo peso al nacer (menor a 1500 gramos), trayendo aparejado a su vez un incremento de la morbilidad neonatal y sus secuelas.

Según la OMS (2012), se estima que cada año nacen en el mundo 15 millones de niños prematuros, es decir, más de uno de cada 10 nacimientos. Muchos de estos recién nacidos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos, lo cual supone un gran costo para sus familias y la sociedad. A nivel mundial se estima que 60,000 niños se quedan ciegos debido a este problema de salud, de estos 25,000 (42%) viven en América Latina,

constituyéndose en la primera causa de ceguera infantil y, con los avances de la neonatología que han permitido la sobrevivencia de niños cada vez más pequeños, se estima que estos problemas se incrementarán. En Estados Unidos hay unos 35,000 nacimientos pretermino por año de los cuales el 20% desarrollarán ROP, de ellos 6% sufrirán pérdida visual y el 1.5% llegarán la ceguera total (1).

El trabajo del enfermero en una Unidad de Cuidados Neonatales es una actividad compleja, y por lo tanto debe tener habilidades y capacidades para trabajar en ella con responsabilidad.

Los neonatos prematuros que reciben oxigenoterapia a altas concentraciones (más de 60% por más de 24 horas), administrado generalmente, con ventilación mecánica intubados, o con oxígeno por halo o bigotera, corren riesgo de sufrir las afecciones por toxicidad y restitución de la respiración.

La toxicidad del oxígeno se resume en tres grandes afecciones: displasia broncopulmonar (DBP), retinopatía del prematuro (ROP) y necrosis neuronal en el sistema nervioso central, aunque el daño tisular abarca eritrocitos, miocardio, hígado y riñón, todas éstas, relacionadas con la producción de radicales libres de oxígeno que pueden afectar los diferentes tejidos.

De allí surge la importancia de una adecuada preparación del dominio y la práctica del profesional de enfermería en el cuidado de los recién nacidos prematuros que requieren de oxigenoterapia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Graham y colaboradores en el 2017 realizaron un estudio titulado “Mejora de la oxigenoterapia para niños y neonatos en un hospital secundario de Nigeria: protocolo de estudio para un ensayo aleatorizado por grupos escalonados”. En este incluyeron 20 proyectos de oxigenoterapia mejorados (45 documentos) de 15 países. Estos proyectos utilizaban distintos enfoques para mejorar la oxigenoterapia e informaban de resultados clínicos, técnicos y de la calidad de la atención. Cuatro estudios de eficacia demostraron resultados clínicos positivos para la neumonía infantil, con una gran diferencia entre programas y hospitales. Se identificaron factores que contribuyen u obstaculizan el éxito, y se propuso un marco práctico que representaba los requisitos fundamentales para que los hospitales proporcionen una oxigenoterapia de forma eficaz a los niños. Para mejorar los resultados clínicos, los programas de mejora del oxígeno deben lograr un buen acceso al oxígeno y un buen uso del mismo, lo que debería verse facilitado por una amplia capacidad de mejora de la calidad, un apoyo de gestión y político sólido y trabajo en equipo multidisciplinario.

Los resultados pueden informar a los médicos y responsables políticos sobre cómo mejorar la oxigenoterapia en entornos con pocos recursos, y pueden ser relevantes para otras intervenciones que impliquen la introducción de tecnologías sanitarias (1).

Agüero S. y colaboradores desarrollaron el estudio: “El desempeño de enfermería en el manejo de oxigenoterapia en recién nacidos”; la forma en que se maneja la enfermera neonatóloga para la colocación de oxigenoterapia a un recién nacido es crucial para su recuperación, debiendo tener presente varios aspectos que se

requieren para esta práctica. Es por esto que es fundamental la capacitación continua del personal de salud a fin de minimizar efectos colaterales que produce este tratamiento. Se hace referencia a los cuidados que se debe tener para colocar oxígeno, los diferentes modos de administración y se detalla cada una de las enfermedades que pueden ser producto de un uso inadecuado del mismo. Objetivos: Identificar si el enfermero conoce requisitos de administración de oxígeno. Examinar errores comunes en el personal de enfermería durante el tiempo de administración de oxigenoterapia. Identificar conocimientos sobre los diferentes sistemas de administración. Caracterizar población de estudio. Método: Es un estudio con diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. Población y muestra de 58 enfermeros del servicio de neonatología del Hospital H. Notti. Se utiliza un cuestionario con preguntas cerradas. Resultados: Del total de la población de estudio, el 29% realiza una capacitación anual, y el 29% considera que ésta es muy importante. Con respecto al manejo propio del oxígeno en el recién nacido, el 63% tiene en cuenta que es muy importante mantener una vía aérea permeable, el 40% considera también que es importante la temperatura y la humidificación del oxígeno. IV Conclusión: Todos los enfermeros/as encuestados consideran que a la hora de administrar oxígeno a los RN, lo más importante es mantener las vías aéreas permeables, de menor importancia la del cambio de circuito (2).

Astudillo M., Proaño C. en su tesis “Prevalencia y factores de riesgo relacionados con la retinopatía del prematuro en la Unidad de Neonatología del Hospital Enrique Garcés, desde el año 2005 a 2016”, este estudio en consecuencia de la oxigenoterapia indica: la ROP, trastorno vascular proliferativo caracterizado por la detención del desarrollo vascular y neuronal de la retina en el recién nacido prematuro, progresa a estadios severos que requieren tratamiento,

otro grupo, con o sin tratamiento, puede progresar a ceguera. Es la principal causa de ceguera infantil, el diagnóstico se realiza mediante fondo de ojo en quienes presenten los factores de riesgo: prematuridad, bajo peso, administración de oxígeno y patologías asociadas a trastornos hematológicos y respiratorios. Objetivos: determinar la prevalencia de la ROP y sus factores asociados. Metodología: investigación de tipo descriptivo, retrospectiva, documentada en las historias médicas. Resultados: la prevalencia por año fue 6,7% en el periodo desde 2005 al 2016, predominio del género masculino con un 60 %, un 61 % no ameritó tratamiento, el Grado III el 37,3% y Grado III Plus el 30,5%, fueron los más frecuentes, Muy Prematuro fueron la mayoría con 62,7% de los casos, el oxígeno se les administró al 91,5% de los pacientes, con una mayoría del 49,2% de duración mayor a 28 días. Respecto a las patologías asociadas, se determinó: Apnea en el 33,9% de los casos; Síndrome de Membrana Hialina un 69,5%; Distrés Respiratorio el 50,8%; Sepsis el 55,9%; Anemia <30 el 39%; Hemorragia Intracraneana el 30,5% de los pacientes; el 49,2% requirió transfusión sanguínea. Conclusiones: Existe relación estadísticamente significativa entre ROP y las variables exanguineotransfusión, policitemia, especialmente con prematurez y uso de oxígeno (3).

Ordoñez M.; Sánchez S. En su tesis: “Rol del enfermero de neonatología en la administración de oxigenoterapia”. recuerda que los enfermeros que desarrollan numerosas intervenciones que les compete en cada aspecto y desarrollo del niño y su familia, en los diferentes niveles de atención y donde suele marcarse una diferencia pronostica en el proceso salud enfermedad. A pesar de todo lo mencionada anteriormente, acudimos a este trabajo que es una

propuesta de enfoque descriptivo analítico y de corte transversal, realizado en el campo de trabajo del servicio de Neonatología del Hospital Dr. H. Notti, en el mes de septiembre en la provincia de Mendoza del año 2013. A lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación, se detallará conocimientos básicos con respecto a la Oxigenoterapia en general y sobre el cuidado específico brindado a los Neonatos que requieren tratamiento con Oxigenoterapia. Por lo anteriormente mencionado, este trabajo de investigación está abocado a demostrar la idoneidad del personal de enfermería de dicho servicio; en la observación de la atención brindada a los neonatos internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Una vez completado el análisis, se sacarán conclusiones y se reflexionará sobre el quehacer diario del cuidado brindado por parte del personal de salud de dicha institución. CONCLUSIONES: en su mayor porcentaje del personal 40%, considera medianamente conveniente mantener una saturación de Oxígeno por encima del 96 %; este es un concepto erróneo. en su mayor porcentaje del personal de enfermería, considera la taquipnea como signo de alarma. gran porcentaje del personal de enfermería de dicho servicio considera de importancia realizar los controles cada 3 horas, si bien es esa la norma del servicio. la totalidad del personal de enfermería del servicio concuerda en administrar de Oxígeno humidificada y caliente. se observa que aproximadamente la totalidad del personal de enfermería del servicio de Neonatología concuerda, con la importancia de revisar y controlar los equipos de administración de oxígeno; ya sea antes y durante el tratamiento de la Oxigenoterapia (4).

Mientras que a nivel nacional **Mechán A.** en su tesis: Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre oxigenoterapia en neonatos prematuros. Servicio de neonatología de un Hospital Estatal de

Chiclayo - setiembre 2017. Menciona que la oxigenoterapia a recién nacidos prematuros es una intervención frecuente del profesional de enfermería, que se debe fundamentar en el conocimiento científico, por ello el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre oxigenoterapia en neonatos prematuros atendidos en el servicio de neonatología de un hospital estatal de Chiclayo en setiembre del 2017. Por ello, se realizó esta investigación cuantitativa, descriptiva correlacional, transversal. A la muestra constituido por 22 enfermeras del Servicio de Neonatología, se les aplicó un cuestionario, tipo alternativa múltiple, para identificar el nivel de conocimientos y para determinar el nivel de prácticas, se aplicó una lista de Cotejo. Se usaron estrategias para asegurar la ética y la cientificidad del estudio. Se concluye que solo el 13.6% de las enfermeras alcanzaron un nivel de conocimiento alto, la mayoría (81.8%) alcanzó un nivel medio. En cuanto a las prácticas, ninguna alcanzó el nivel de bueno, el 31.8% alcanzó el nivel de deficiente y el 68.2% regular. La prueba del coeficiente r de Spearman 0,046 ($p = 0.84$), permite afirmar que no existe correlación significativa entre las variables por lo que se rechaza la hipótesis. Los aspectos que requieren ser fortalecidos son los referidos a las fases de administración de oxigenoterapia, porque el nivel de conocimientos alcanzó el medio (77.3%) y bajo (13.6%) y la práctica en la mayoría es de regular a deficiente, referida a cambio de posición y verificación de los dispositivos de oxigenoterapia. (5)

Medina L.; Villasis R. en su tesis: Cuidado de enfermería en la Administración de Oxígeno Suplementario al Recién Nacido Pretérmino, Servicio de Neonatología Hospital Provincial Docente Belén - Lambayeque 2017. Refiere que el cuidado de enfermería exige competencias, por ello se investigó, el Cuidado de Enfermería

en la Administración de Oxígeno Suplementario al Recién Nacido Pre término Servicio de Neonatología cuyo objetivo fue comprender el cuidado de enfermería en la administración de oxígeno a neonatos prematuros del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2017. La investigación es cualitativa, con diseño de estudio de caso, la población estuvo conformada por enfermeras de neonatología, la muestra se saturó con 6 enfermeras, para la recolección de datos, se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada abierta a profundidad, los resultados fueron analizados temáticamente, en base a un referencial teórico de diversos autores, en dos momentos: cuidado de enfermería y administración de oxígeno, originando cuatro categorías: Evidenciando competencias en el cuidado de enfermería en la administración de oxígeno suplementario en el recién nacido pre término, con tres subcategorías. Asimismo, Evidenciando el cuidado enfermero con habilidad procedimental en la administración de oxigenoterapia del pre término, con dos subcategorías. Otra categoría; Lo que impide el cuidado de enfermería en la administración de oxígeno suplementario al recién nacido pre término, con tres subcategorías, por último, Evidenciando la ausencia de protocolos para la administración de oxigenoterapia al recién nacido pre término. Concluyendo que las enfermeras del servicio de neonatología, tienen años de experiencia en neonatología, lo que les brinda el conocimiento y seguridad en el cuidado de la administración de oxígeno al recién nacido, que además son personal profesional en constante capacitación, lo que permite la administración de oxígeno suplementario, sin causar daño. Sin embargo, la inadecuada dotación de recursos materiales, restringe la correcta administración de oxígeno suplementario. (6)

Díaz C. en su tesis: Nivel de conocimientos del profesional de enfermería en los cuidados de oxigenoterapia para la prevención de

Retinopatía del Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2017. La retinopatía del prematuro (ROP) está emergiendo como una causa importante de ceguera en la población infantil, diversos estudios han demostrado que la disminución del O₂ en las unidades de cuidados intensivos reduciría la incidencia de ceguera por ROP. Por tanto, sería necesario la monitorización constante de la saturación de O₂ por el profesional de enfermería. Este estudio tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería en los cuidados de oxigenoterapia para la prevención de Retinopatía del Prematuro en la UCIN del Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2017. Es de tipo descriptivo, diseño no experimental. La muestra estará conformada por 40 enfermeras utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento que se utilizara es de elaboración propia y fue validado mediante juicio de expertos, quienes proporcionaran sus observaciones y sugerencias. Por otro lado, para el análisis de la confiabilidad con la prueba KR-20 se realizó una prueba piloto a 40 enfermeras, en una población similar obteniendo un puntaje de 1. Los resultados aportarán conocimientos actualizados sobre oxigenoterapia y ROP, también permitirá al profesional de enfermería conocer su nivel de conocimientos entorno a los cuidados de la oxigenoterapia para prevenir la ROP.

(7)

Chinchay C. en su estudio realizado de Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién; nacido manifiesta: El análisis del caso puso en evidencia la eficacia de los cuidados técnicos neonatales que son brindados en la actualidad por el profesional de la salud especializado en Neonatología al recién nacido pretérmino de bajo peso con patología respiratoria. En un estudio reciente se demostró

el beneficio de la ventilación no invasiva por CPAP de burbuja en donde el 88,17% de los pacientes que recibieron el tratamiento evolucionaron favorablemente. También en otra investigación se analizó la práctica de la alimentación enteral en recién nacidos pretérmino y señaló que existe la tendencia de que al menos se inicie una alimentación enteral mínima por sonda entre los primeros dos días de vida posnatal, para así evitar que el bebé padezca una deficiencia nutricional que le impida alcanzar un crecimiento ideal. También el actuar de enfermería complementó los cuidados asistenciales con los afectivos. Se logró a través de una comunicación asertiva atenuar la ansiedad de la mamá ante la separación precoz con el recién nacido y se fomentó la participación activa de la mamá adaptando su rol durante el periodo de internación de su bebé. Asimismo, la estrategia de cuidado de acompañamiento materno facilitó el apego y fortaleció los lazos afectivos mejorando el vínculo entre la mamá y su hijo. Estos resultados se corroboran con investigaciones en donde se facilitó la estancia y participación de los familiares durante el periodo de internación de los pacientes pediátricos y neonatales. Con este acompañamiento se logró que los padres ejercieran un rol activo en el proceso de recuperación de sus hijos y disminuyera el estrés que produjo la separación. (8)

En el Hospital Nacional “Ramiro Prialé Prialé” se observa una alta incidencia de asistencia a recién nacidos prematuros que requieren de oxigenoterapia, sin embargo, no existe en proporción a las necesidades, de profesionales especializados que cubran dichos cuidados, además se observan moderadamente algunas complicaciones generadas por la presencia inadecuada de oxigenoterapia en el recién nacido prematuro, ya que muchas veces no hay equipamiento suficiente problema a nivel nacional como es de conocimiento público. Es por ello que, en el presente estudio, se

trata de evaluar los cuidados de enfermería en el manejo de oxigenoterapia relacionado con la adaptación respiratoria del recién nacidos prematuros.

2.2 Bases Teóricas

Teoría de enfermería en referencia a oxigenoterapia:

Teoría de enfermería. Faye Glenn Abdellah, Nació en New York en 1919, graduada en Cum Laude en 1942 en la escuela de enfermería de Filkin Memorial Hospital, Ha sido escritora de libros y trabajos de investigación.

La teoría "Veintiún Problemas de Enfermería" de Abdellah, causó un impacto trascendental en la profesión y en los propios diseños curriculares de enfermería. Abdellah, planteó que unas de las barreras que impedían que la enfermera adquiriera un rango profesional era la ausencia de un cuerpo único de conocimientos científicos para la enfermería. El método de solución de problemas es la base del modelo de Abdellah; es una tipología de problemas que se le presentan a la enfermera en su propia práctica profesional y que permite estructurar el cuerpo único de conocimientos y habilidades de la enfermería. A partir de este momento, comienza a consolidarse el pensamiento sobre la necesidad de una tipología de problemas propios de la profesión, que permita esclarecer las parcelas de actuación profesional. La aparición de este nuevo concepto provocó continuos debates y confusiones sobre el uso del término problemas y las connotaciones que implicaba en el diseño curricular; pero en la revisión se concretaron entrelazar los conocimientos, habilidades y valores para la formación de competencias. Su trabajo se basa en el método de resolución de problemas, que ha tenido un gran impacto en el desarrollo del plan de estudios de enfermería. La resolución de problemas es el

vehículo para la definición de los problemas de enfermería en el proceso de curación del paciente. Enfermería es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, los aspectos intelectuales y las habilidades técnicas de la enfermera en cuanto al deseo y la capacidad de ayudar a la gente, enferma o no, enfrentándose a sus necesidades de salud. (9).

Teoría del autocuidado

OREM, Dorothea Elizabeth; presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Su objetivo es : Fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado. Conclusiones: Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

Esta teoría del autocuidado aplicada al recién nacido, asegura que todos los individuos necesitan satisfacer requerimientos **para** mantener la vida, salud y bienestar. En el caso del neonato(agente) con capacidades limitadas para su autocuidado pasa a ser (receptor) y el enfermero pasa a ser agente de cuidado. (10).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. OXIGENOTERAPIA:

Se define como oxigenoterapia al uso del oxígeno con fines terapéuticos. El oxígeno para uso medicinal debe prescribirse fundamentado en una razón válida y administrarse en forma correcta y segura.

Hipoxemia: (hipoxia-hipóxica) se define como la disminución de la presión arterial de oxígeno ($PaO_2 < 60$ mmHg) y de la saturación de la Hemoglobina en sangre arterial ($< 93\%$). La hipoxia se define como la disminución de la disponibilidad de oxígeno en los tejidos. Puede existir hipoxia sin que necesariamente exista hipoxemia. Si bien el suministro de oxígeno suplementario tiene como objetivo prevenir hipoxemia (hipoxia hipóxica : $paO_2 < 60$ mmHg), así como tratar y prevenir los síntomas (incremento del trabajo cardiorespiratorio, irritabilidad y depresión del SNC, cianosis) y las complicaciones de la misma (hipoxia, acidosis metabólica, etc.), es necesario que la oxigenoterapia se complemente con estrategias adicionales, ya que una baja disponibilidad de oxígeno (DO_2) a los tejidos (hipoxia) puede tener distintas etiologías, ya que esta no depende únicamente del suministro suplementario de oxígeno, depende también de la ventilación, de la concentración y saturación de la hemoglobina y del gasto cardiaco. Asumir que el suministro de oxígeno suplementario es suficiente para corregir la hipoxemia sin considerar causas adicionales de hipoxia, frecuentemente implica riesgos para la vida del paciente. Además del oxígeno suplementario, otras intervenciones deben ser consideradas para tratar integralmente cualquiera de los cuatro tipos conocidos de hipoxia:

- 1) hipoxia hipóxica (baja paO_2 y baja Sat Hb%),
- 2) hipoxia anémica (baja concentración de hemoglobina).
- 3) hipoxia por estancamiento (bajo gasto cardiaco),
- 4) hipoxia disociativa (disminución de la capacidad de saturación de Hb, aumento de la afinidad de la Hb por el oxígeno).

Indicaciones.

Ante un paciente con sospecha de hipoxia, no se justifica esperar la determinación de gases arteriales para tomar la decisión de iniciar el suministro de oxígeno como primer estrategia de tratamiento. La cianosis central (labios lengua y mucosas) es un signo que se presenta cuando la PaO₂ es < 50 mmg y la saturación de hemoglobina es < 85%, aun cuando esta mejore o desaparezca como consecuencia de la oxigenoterapia, es deseable evaluar la respuesta de manera integral con la evolución global del paciente al tratamiento, así como con oximetría de pulso y gasometría, después de lo cual se determinarán la o las causas de hipoxia y se establecerán las estrategias más convenientes.

Administración.

Para administrar convenientemente el oxígeno es necesario conocer la concentración de oxígeno en la mezcla del gas suministrado y utilizar un dispositivo adecuado de administración. La fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) es la concentración o proporción de oxígeno en la mezcla del aire inspirado. Por ejemplo, si el volumen corriente de un paciente es de 500 ml y está compuesto por 250 ml de oxígeno, la FIO₂ es del 50%. Dispositivos de Administración. De acuerdo al volumen de gas proporcionado, los dispositivos de suministro de oxígeno suplementario se encuentran divididos en sistemas de alto y de bajo flujo.

Precauciones y posibles complicaciones

El oxígeno, como cualquier medicamento, debe ser administrado en la dosis y por el tiempo requerido, con base en la condición clínica del paciente y, en lo posible, fundamentado en la medición de los gases arteriales. La toxicidad por oxígeno se observa en individuos que

reciben oxígeno en altas concentraciones (mayores del 60% por más de 24 horas. Se deben tener en cuenta las siguientes precauciones:

1. Hemodinámicas:

1.1. Descenso del Gasto cardiaco, frecuencia cardiaca y presión arterial pulmonar, aumento de PVC.

1.2. En niños con malformación cardiaca dependiente de conducto arterioso, el incremento en la PaO₂ puede contribuir al cierre o constricción del conducto arterioso.

2. Ventilatorias:

2.1. Toxicidad por oxígeno. Dolor retro esternal secundario a inflación de la vía aérea baja, depresión de la función ciliar y leucocitaria, fibrosis y broncodisplasia pulmonar.

2.2. Depresión ventilatoria: Los pacientes con hipercapnia crónica (PaCO₂ mayor o igual a 44 mmHg a nivel del mar) pueden presentar depresión ventilatoria si reciben concentraciones altas de oxígeno, por lo tanto, en estos pacientes está indicada la administración de oxígeno a concentraciones bajas (no mayores de 30%). En pacientes hipercápnicos e hipoxémicos crónicos, el objetivo es corregir la hipoxemia (PaO₂ por encima de 60 mmHg y saturación mayor de 90%) sin aumentar de manera significativa la hipercapnia. 2.3. Atelectasias de absorción. Suelen presentarse con FiO₂ mayor o igual a 50%. El nitrógeno a nivel del gas alveolar como una férula al mantener estable y abierto al alveolo debido a que este no difunde desde el alveolo al capilar. Cuando el nitrógeno a nivel alveolar es sustituido por oxígeno que si difunde al capilar, la estabilidad alveolar se compromete y tiende a la atelectasia.

3. Retinopatía retrolenticular. En prematuros debe evitarse llegar a una PaO₂ de más 80 mmHg

4. Contaminación bacteriana e infecciones asociadas con ciertos sistemas de nebulización y humidificación.

5. Disminución de la hemoglobina

6. El oxígeno suplementario debe ser administrado con cuidado en intoxicación por paraquat y en pacientes que reciben bleomicina.
7. Durante broncoscopia con láser, se deben usar mínimos niveles de oxígeno suplementario por el riesgo de quemadura intratraqueal.
8. El peligro de un incendio aumenta en presencia de concentraciones altas de oxígeno, por lo que deben tenerse a mano extintores de fuego.

2.3.2. CUIDADO DE ENFERMERÍA:

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y cuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Características de cuidado de enfermería

El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería, para Watson el objetivo de enfermería consiste “en facilitar la consecución a la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto

a uno mismo, autocuración y auto cuidado al tiempo que alienta un aumento de la diversidad, protección y preservación de la dignidad humana”.

En nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psicosociales que el paciente trae cuando está enfermo; además es preciso reflexionar que, en nuestra actualidad, la ciencia y la tecnología están avanzando, y se están dejando de lado la actitud humanitaria en los profesionales de salud.

La necesidad de cuidados de enfermería tiene carácter universal legitimado por la sociedad, y como tal corresponde a los profesionales de enfermería velar porque este servicio sea brindado bajo unos criterios no sólo de excelencia científica sino con un gran sentido de humanitarismo y exigencia ética. La excelencia científica, combinación de ciencia y tecnología, no es un fin en sí misma, es sólo un medio, el componente físico, la expresión tangible del cuidado de enfermería. En tanto que la dimensión moral del ejercicio profesional es la que enaltece y favorece la autorrealización de la enfermera, de su proyecto de vida, de la ratificación de la coherencia que debería existir entre el Yo, individuo profesional, y la finalidad como ser profesional, la afirmación como sujeto profesional. Los códigos éticos establecen las reglas y principios que definen el sentido de una institución, organización, profesión, disciplina, etc., y por tanto, definen el marco normativo, el criterio de orientación para lo que es correcto o no lo es, para lo que los miembros de esa sociedad permiten o aceptan como correcto.

El cuidado de enfermería es una acción que comporta en sí una dimensión ética que se revela en la intención del cuidado. De entre las diferentes opciones de acción, el enfermero escogerá aquella que contribuirá al cuidado del enfermo sin producirle daño. La

elección del cuidado es el resultado de un proceso decisorio consciente y deliberado que presupone el reconocimiento de lo que se pretende hacer, de lo que se es capaz de hacer y de lo que se puede llegar a hacer. La libertad para escoger la acción impone al enfermero el deber de actuar según los principios y deberes que rigen la profesión; su poder para actuar se transforma en un poder del deber de cuidar. La enfermera(o) debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. Retomando lo que constituye el gran reto de la ética en el mundo de la salud, cabe recordar las palabras del profesor español Laín Entralgo quien decía: “que en la relación enfermero-paciente se genera una singular amistad, que requiere el ejercicio del respeto por la persona humana, actitudes de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivos, paciencia y comunicación adecuada durante la relación enfermera(o)-paciente”.

Cuidado enfermero al neonato

En el contenido de la definición del cuidado neonatal, el enfermero deberá ser responsable de tener una práctica basada en su calidad educación, la disponibilidad, la aplicación de pensamiento crítico, la experiencia y competencia adquirida.

Es de suma importancia reconocer cuales son derechos del recién nacido y por lo tanto la práctica deber ser responsable moral y ética. Se debe brindar un cuidado holístico, identificando los riesgos e implementando todas las estrategias que logren un cuidado seguro del recién nacido. Los enfermeros neonatales son responsables de iniciar y mantener una relación profesional con el neonato, la familia y otros empleados. “El desarrollo profesional como enfermero implica que se pueda evaluar el estado de salud de los recién nacidos,

Determinar el resultado de nuestras intervenciones de enfermería y registrarlas en forma apropiada. También comprende todas las actividades de educación hacia la familia, el poder de la toma de decisiones y la participación activamente en ellas, con respecto del cuidado de los pacientes que se tiene a cargo. Todos los enfermeros deben estar comprometidos en el desarrollo de la profesión, y en la administración de los recursos de forma eficiente y efectiva de manera tal que se alcancen las necesidades de salud del neonato. La búsqueda del perfil profesional es una construcción permanente, pero algunas habilidades son indispensables.

Entre ellas se encuentran: Tener un genuino y real interés por los recién nacidos y una excelente habilidad en las relaciones interpersonales, ya que se debe comprender empáticamente las necesidades de los padres y otros miembros de la familia. Por las características de los pacientes es fundamental conocer y perfeccionar las habilidades de valoración tanto fisiológicas como psicológicas del recién nacido y su familia, teniendo en cuenta el valor fundamental de nuestra observación hacia el neonato que es un paciente no verbal y que depende de todo el profesional para la identificación de sus necesidades, el rol del Enfermero se dirige a la atención del recién nacido y las familias.

2.3.3. RECIÉN NACIDO.

Un recién nacido (RN) cuyo estado neonatal es considerado normal es cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y 42 semanas, su peso es el adecuado para la edad gestacional, es decir, está comprendido entre los percentiles 10-90, carece de patología presente o probable y presenta una buena adaptación a la vida extrauterina. Aproximadamente entre un 80-85% de los RN se encuentran en esta situación, considerándose por tanto RN sanos, aunque no presenten ningún problema, requieren una serie de

cuidados y procedimientos más o menos rutinarios, así como una valoración esmerada de su estado general y la puesta en marcha de medidas adicionales que garanticen la correcta transición a la vida extrauterina en caso necesario. Para ello es preciso encontrar un equilibrio entre la observación cuidadosa de todo este proceso y la menor interferencia posible en el primer contacto del RN con el entorno familiar y la consiguiente puesta en marcha del proceso de vinculación.

Clasificación del Recién Nacido.

“Los factores en la sobrevida del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento” (Sola et al., 2005). En base a los parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

- RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 y 42 semanas de gestación.
- RNPT (Recién nacido pretérmino): Aquellos nacidos con de 38 semanas de gestación. Según la Academia Americana de Pediatría, dice que seguimos el criterio, ya que la Organización Mundial de la Salud considera pretérmino a los recién nacidos con menor que de 37 semanas.
- RNPT (Recién nacido postérmino): Nacidos con 42 semanas de gestación. Según si su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican:
- AEG: Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI), adecuados para su edad.
- PEG: Cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI, pequeños para la edad gestacional.

- GEG: Cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI, grandes para la edad gestacional.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (<1.500 g.) y de extremo bajo peso (<1.000 g.). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

Características del RN

DEFINICIÓN. Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El término pretermino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente. La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy pre términos”, cuya EG es inferior a 32 s. y especialmente a los “pre términos extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de EG.

ETIOLOGIA

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

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

SECUELAS Y SEGUIMIENTO

Dada la mayor frecuencia de alteraciones del desarrollo en la población de preterminos, se hace necesario establecer programas de seguimiento protocolizados en especial para los preterminos de menor peso. Resumimos a continuación los cuidados que deben seguirse. – Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento, disponiendo de estudios longitudinales y tablas de referencia. El objetivo nutricional inmediato es obtener crecimiento semejante al intrauterino, pocas veces conseguido. Alteraciones nutricionales específicas evolutivas incluyen raquitismo, osteopenia y anemia. – Atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje. El riesgo de parálisis cerebral en los preterminos de

muy bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave; Las alteraciones sensoriales incluyen el seguimiento oftalmológico y auditivo. Atención a los problemas del comportamiento y del aprendizaje cuya incidencia es mayor que en la población general. – Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parenterales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección. En el otro extremo aparecen conductas negligentes que incluyen el maltrato; en una serie propia encontramos una alta prevalencia de accidentes afectando a un 10% de los prematuros.

III. DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO CON RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1. Valoración

3.1.1. DATOS DE FILIACION

Paciente: CURIPACO MERCADO

Sexo: femenino

Edad: recién nacido

Fecha de nacimiento: 02-02 2020

Hora de nacimiento: 15:15 horas

Fecha de ingreso a la UCI: 02-02-2020

Hora de ingreso a la UCI: 15:30 horas

Diagnóstico de ingreso: SDR, EMH probable, Sepsis precoz probable, hipoglicemia, BPN, RNPT 30 semanas.

3.1.2. MOTIVO DE CONSULTA: RN procedente de sala de partos con dificultad respiratoria.

3.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL:

3.1.4. ANTECEDENTES

1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES:

Fecha de nacimiento: 02 – 02-2020

Hora de nacimiento: 15:15 horas

Peso de nacimiento: 1210 gr.

Talla: 37 cm.

Perímetro cefálico: 27 cm

Perímetro torácico: 23 cm

Parto: vaginal

Apgar: 8 al minuto – 8 a los cinco minutos

Líquido amniótico amarillento de olor fétido.

Micciona y elimina meconio en servocuna.

Silverman-Anderson: T=2; Q=1; AN=1; RX= 0; DTA= 0

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin trascendencia

1.4.5. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES:

EL RN tiene una composición familiar de cuatro integrantes, es el segundo bebe con un periodo intergenésicos de siete años, la madre es ama de casa y el padre trabaja en la mina, son de creencia religiosa católica.

3.1.5. EXAMEN FÍSICO

- Piel delgada, tibia, elástica con vermix.
- Cabeza: normocéfalo, fontanela anterior en + o – 2 cm normotensa.
- Nariz:
- Boca: tubo endotraqueal N°3 fijado en 7.5 cm.
- Torax: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
- Corazón: RCR, no soplos
- Abdomen globulosos, RHA (+), blando depresible.
- Neurológico: activo, reactivo al estímulo,
- Ano, permeable.
- Genitales realiza micción.
- Columna, sin alteraciones.

Antecedentes familiares: Sin trascendencia

Antecedentes socioeconómicos y culturales:

Indicaciones médicas:

- SS: Hgma, GyF, PCR (a las 24 hr de vida), AGA y electrolitos, hemocultivo I – II, Rx de torax y abdomen, colocación de cateter umbilical arterial-venoso.
- administración de surfactante por TET N° 3 fijado en 7.5 cm la dosis de 4.8 cc en una sola posición sin interurrencias y

se deja conectado a VM SIMV (FiO2 35%; VT 5.2; Ti 0.33; FR 60; PEEP 5; Pmax 18; saturando a 93%

- NPO
- Dextrosa 10% 2,4 cc EV en bolo
- Dextrosa 10% 89,2 cc EV A 3.7 cc/h (por cateter venoso)
- CIna 0.9% EV (por cateter arterial)
- Ampicilina 120 mg EV C/12 hr
- Gentamicina 5.4 mg EV c/ 48 hr
- Gluconato de calcio 1.2 mg EV c/8 hr
- Ciprofloxacino oftálmico AO 1 gt c/4 hr
- Citrato de cafeína 24 mg EV en 1 hora, luego 12 mr EV c/ 24 hr
- HGT c/hr hasta corregir hipoglicemia
- VM dinámica
- Colocación de PICC (04-02-2020)
- Fototerapia profiláctica (03-02-2020)
- Monitoreo UCIN

Exámenes auxiliares de laboratorio:

AGA:

Valores de gases en sangre

Ph 7.435

pO2 67.2

pCO2 22

Valores de oximetría

Hb 17.6

Hcto 53.9

SO2 96.7

pCO2 22

FMetHB 0.7

FHHb 3.2

FO2 Hb 94.3

Valores de electrolitos

cNa 135

cK 4.9

cCl 117Ca 1.06

Valores metabólicos

Glu 113

Lac 2.3

BIOQUIMICA:

HEMOGRAMA:

GRUPO Y FACTOR: O (+)

PERFIL DE COAGULACION:

PCR = 10.6 (a 24 hr de vida)

BALANCE HIDRICO:

02/02/2020 (en 15 hr)

Ingresos	78
----------	----

Egresos	154
---------	-----

Balance	-76 cc
---------	--------

03/02/2020 (en 12 hr)

Ingresos	63.6
----------	------

Egresos	87.3
---------	------

Balance	-23.7 cc
---------	----------

04/02/2020 (en 12 hr)

Ingresos	83.4
----------	------

Egresos	74
---------	----

Balance	+9.4 cc
---------	---------

3.1.6. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

Dominio II

CLASE 4: Metabolismo HGT 33 mg/dL (16:30 hr); 113 mg/dL(18:00hr)

Dominio III

CLASE 4 Función respiratoria, ventilación mecánica

Deterioro del intercambio de gases (00030)

Dominio IV

CLASE 4: GC no valorable, con infusión de inotrópicos. Patrón respiratorio ineficaz (00032)

Dominio XI

CLASE 1: Infección, afebril, Invasivos SOG, TET, CUV-A. Riesgo de infección (00004)

CLASE 2: Lesión física. Riesgo de muerte súbita del lactante (00156)

CLASE 6: Termorregulación: temperatura adecuada entre 36.5 y 37.5 °C, regula temperatura. Riesgo de termorregulación ineficaz (00274)

3.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

2.1. Lista de Hallazgos significativos:

S-A = 4 puntos

Presencia de invasivos

Ph=

Paciente en NPO=

HGT = 33 mg/ dL

Lactato = 2.3 (lactacidemia)

Balance hídrico positivo

Lesión por venopunción

2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIADO POR RESPIRACION ANORMAL (presencia de tiraje intercostal, subcostal, quejido, aleteo nasal)
2. PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C CON INMADUREZ PULMONAR E/P DISNEA, ALETEO NASAL, ALTERACIÓN EN LA PROFUNDIDAD RESPIRATORIA
3. RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.
4. RIESGO DE NIVEL DE GLICEMIA INESTABLE R/C PREMATURIDAD.

2.3. ESQUEMA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
HIPOXIA	Cambios en la membrana alveolo capilar	RN CON TEST DE SILVERMAN-ANDERSON con puntaje de 4	DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADO CON CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIADO POR RESPIRACIÓN ANORMAL (presencia de tiraje

			intercostal y subcostal, quejido y aleteo nasal)
RN dependiente de ventilador mecánico	Inmadurez pulmonar	Respiración irregular y con soporte	PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C CON INMADUREZ PULMONAR E/P DISNEA, ALETEO NASAL, ALTERACIÓN EN LA PROFUNDIDAD RESPIRATORIA
Presencia de secreciones orofaríngeas	Sedación	Presencia de TET	RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.
Hipoglicemia	Prematuridad	HGT 33 mg/dL	RIESGO DE NIVEL DE GLICEMIA INESTABLE R/C PREMATURIDAD.

3.3. PLANIFICACIÓN

3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICOS – NANDA	RESULTADOS ESPERADOS – NOC	INTERVENCIONES – NIC	EVALUACION - NOC
❖ DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO R/C CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIAO POR RESPITACION	Recién nacido mejorara intercambio gaseoso progresivamente • 402: Estado respiratorio intercambio gaseoso INDICADORES: 40206 cianosis (2) 40211 saturación de oxígeno (2)	•Monitoreo hemodinámico •Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria • Niveles de PaO2 y de PaCO2 altos fatiga muscular	• 402: Estado respiratorio intercambio gaseoso INDICADORES: 40206 cianosis....(4) 40211 saturación de oxígeno (4) • 415 estado respiratorio:

<p>ANORMAL (presencia de tiraje intercostal subcostal, quejido, aleteo nasa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 415 estado respiratorio: ventilación <p>INDICADORES:</p> <p>40301 frecuencia respiratoria 80 por min (2)</p> <p>40302 ritmo respiratorio.....(2)</p> <p>Utilización de músculos respiratorio(2)</p> <p>40311 retracción torácica ...(2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el patrón respiratorio • Aspiración de secreciones si lo requiera • Obtener muestra de AGA según orden medica 	<p>ventilación</p> <p>INDICADORES:</p> <p>40301 frecuencia respiratoria 80 por min(4)</p> <p>40302 ritmo respiratorio.....(4)</p> <p>Utilización de músculos respiratorio(4)</p> <p>40311 retracción torácica(4)</p>
<p>❖ PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C CON INMADUREZ PULMONAR E/P DISNEA, ALETEO NASAL, ALTERACIÓN EN LA PROFUNDIDAD RESPIRATORIA</p>	<p>❖ Recién nacido mejorara patrón respiratorio progresivamente 0415) Estado respiratorio. INDICADORES: (0402) estado respiratorio intercambio gaseoso Cianosis.....(2) Saturación de oxígeno.....(2) (403) estado respiratorio ventilación Frecuencia respiratoria.....(2) Ritmo respiratorio 80 x"(2) tiraje intercostal.....(2) quejido audible(2) desbalance toraco abdominal(2) aleteo nasal(2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos, medidas de bioseguridad •Control de funciones vitales PRN • Examen físico • Observar signos de alarma •Controlar periódicamente el estado respiratorio evaluando características • Evaluar presencia de quejido audible o auscultable •Valorar saturación colocando el saturómetro en el miembro superior derecho para ver la saturación pre ductal •Tener los cuidados en el sensor para evitar que el rayo infrarrojo pueda 	<p>0415) Estado respiratorio. INDICADORES: (0402) estado respiratorio intercambio gaseoso Cianosis(4) Saturación de oxígeno.....(4) (403) estado respiratorio ventilación Frecuencia respiratoria.....(4) Ritmo respiratorio 80x.....(4) tiraje intercostal..(4) quejido audible ...(4) desbalance toraco abdominal.....(4) aleteo nasal.....(4)</p>

		<p>dañar o quemar la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una vía a área permeable, • valorar si necesita la aspiración auscultando ambos campos pulmonares • vigilar si hay presencia de secreciones, si hay presencia ver la presión de aspiración de 80 a 100 • colocar al paciente tal que facilite la ventilo perfusión • auscultar identificando el mormullo vesicular evaluando si está o no asimétrico en ambos campos pulmonares • evaluar radiografía de tórax para ver si hay presencia de neumotórax, atelectasia etc. • Evaluar el examen de AGA • Colocar al paciente tal que facilite la ventilo perfusión (posición neutra ligera extensión) • Preparar el equipo de 	
--	--	---	--

		<p>oxígeno y administrar a través del principio de la administración de oxigenoterapia (oxígeno húmedo, tibio, fraccionado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia • Evaluar escala de Silverman (ver si paciente está mejorando empeorando) 	
RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.	❖ Vías aéreas permeables	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar aspiración de sistema cerrado, según esté indicado 	El RN mantendrá saturación dentro de los valores normales.
RIESGO DE NIVEL DE GLICEMIA INESTABLE R/C PREMATURIDAD. (00179)	<p>Dominio 2, Clase 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación mínima al prematuro • El RN mantendrá los niveles de glucosa dentro de los valores normales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar el estrés del RN utilizando procedimientos adecuados. • En los RN punzar la cara lateral del talón a una profundidad no superior de 2.4 mm. • Eliminar la primera gota con una gasa seca. 	Manipulación de acuerdo a protocolos. Nivel de glicemia.(4)

3.4. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN:

4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA, SOAPIE:

- S No evaluable
- O Recién nacido prematuro inmediato ingresa de sala de partos a la unidad de cuidados intensivos neonatales del del hospital regional Ramiro Prialé Prialé, ventilando con apoyo de oxígeno por cánula binasal a 28% de oxígeno, cubierto con bolsa de polietileno y gorra, se evidencia piel delgada, tibia con presencia de vermix, reactivo al estímulo, cordón umbilical de + o – 5 cm.,
- A
- DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO RELACIONADO CON CAMBIOS EN LA MEMBRANA ALVEOLO CAPILAR EVIDENCIADO POR RESPIRACIÓN ANORMAL (presencia de tiraje intercostal y subcostal, quejido y aleteo nasal).
 - PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C CON INMADUREZ PULMONAR E/P DISNEA, ALETEO NASAL, ALTERACIÓN EN LA PROFUNDIDAD RESPIRATORIA.
 - RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
 - RIESGO DE NIVEL DE GLICEMIA INESTABLE R/C PREMATURIDAD
- P El intercambio gaseoso se realizará de forma óptima, sin necesidad de esfuerzo respiratorio
- Se asistirá a médico para la aplicación de surfactante y mejorar el patrón respiratorio.
- Vigilancia y monitoreo ante la presencia de secreciones manteniendo las vías aéreas permeables
- Monitorizar la glucosa en sangre con control de hemoglucotest.

- I Vigilar y mantener los valores indicados durante la ventilación mecánica

 Vigilar y cuidar el TET a fin de evitar extubaciones.

 Mantener vías aéreas permeables.

 Controlar las glicemias de acuerdo a indicaciones médicas.

- E RN en observación de signos de alarma.

IV. CONCLUSIONES

- a) El entrenamiento y habilidades de la enfermera hacen de que los procedimientos de enfermería en oxigenoterapia sean los más adecuadas y correctos.
- b) El contar con equipos y materiales adecuados evitará la demora y un procedimiento eficaz.
- c) Aplicar las guías y protocolos en los procedimientos en el servicio garantiza la unificación de criterios.
- d) El personal a veces realiza intervenciones de forma mecánica y no se basa en metodologías científicas que son la base de nuestra profesión.

V. RECOMENDACIONES

- a) Fomentar la adecuada intervención de enfermería en la administración de oxigenoterapia.
- b) El servicio estará dotado de equipos y materiales para evitar la falta de materiales.
- c) Realizar coordinaciones con el comité de capacitación para que los entrenamientos y capacitaciones en el servicio sean continuas y multidisciplinarias.
- d) Los cuidados brindados se deben dar basados a una metodología como es el proceso de enfermería

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- (1) Graham H, et al. Mejora de la oxigenoterapia para niños y neonatos en un hospital secundario de Nigeria: protocolo de estudio para un ensayo aleatorizado por grupos escalonados. *Trials* [Internet]. 2017; 18(1): 502. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2241-8>
- (2) Agüero S, Cortés M, Funes A. Desempeño de enfermería en la administración de oxigenoterapia en recién nacidos. [Tesina en Internet]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2017. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/11799/agero-silvina.pdf
- (3) Astudillo M, Proaño C. Prevalencia y factores de riesgo relacionados con la retinopatía del prematuro en la unidad de neonatología del hospital Enrique Garcés, desde el año 2005 a 2016. [Tesina en Internet]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2018. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14746/Retinopatia%20del%20Prematuro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (4) Ordoñez M, Rios M, Sanchez S. Rol del enfermero de neonatología en la administración de oxigenoterapia. [Tesis en Internet]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2014. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6482/ordoez-mariana.pdf

- (5) Mechan A. Conocimientos y prácticas de las enfermeras sobre oxigenoterapia en neonatos prematuros. Servicio de neonatología de un Hospital Estatal de Chiclayo-setiembre 2017. [Tesis en Internet]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/2580/BC- TES-TMP-1455.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (6) Medina L, Villasis R. Cuidado de enfermería en la Administración de Oxígeno Suplementario al Recién Nacido Pretérmino, Servicio de Neonatología Hospital Provincial Docente Belén - Lambayeque 2017. [Tesis en Internet]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/4104>
- (7) Díaz C y otros. Nivel de conocimientos del profesional de enfermería en los cuidados de oxigenoterapia para la prevención de Retinopatía del Prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Hipólito Unánue, 2017. [Tesis en Internet]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/784/Maribel_Trabajo_Investigaci%C3%B3n_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (8) Chinchay C. Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién. Casus

[Internet]. 2016; 1(1). Disponible en:
<https://doi.org/10.35626/casus.1.2016.7>

(9) Laura A. Modelos y teorías en enfermería: Faye Glenn Abdellah.

Slideshare [Internet] 2020. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/alexandrasonialaurar/teoria-de-faye-abdellah>

(10) Prado L, Gonzáles M, Paz N, Romero K. Teoría del déficit del

autocuidado: Dorotea Orem punto de partida para la calidad de atención. Revista médica electrónica [Internet]. 2014; 36(6).

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004

VII. ANEXOS

ANEXO A: ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA EN SUS DIVERSAS FORMAS

Figura 1. Ventilación mecánica con tubo endotraqueal



Fuente: Fotografía propia – 2020/12/10

Figura 2. RNPT con ventilación mecánica con tubo endotraqueal



Fuente: Fotografía propia – 2019/08/10

Figura 3. RNPT con cánula de alto flujo



Fuente: Fotografía propia – 2019/08/27

Figura 4. RNPT con Oxihood



Fuente: Fotografía propia – 2019/09/15

Figura 5. RNPT con apoyo de oxígeno por CBN



Fuente: Fotografía propia – 2019/09/20

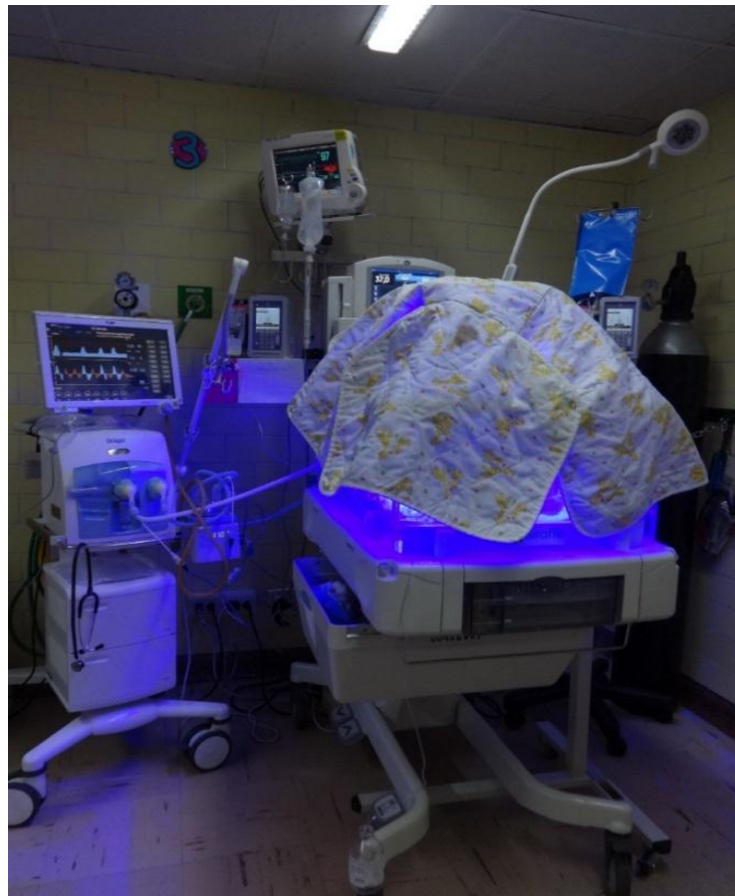
ANEXO B: EQUIPO Y UNIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXIGENOTERAPIA

Figura 6. Ventilador mecánico



Fuente: Fotografía propia – 2019/09/20

Figura 7. Unidad de RNPT en UCIN



Fuente: Fotografía propia – 2019/09/20