

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA ORIENTADO AL NEURODESARROLLO  
DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE  
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL SELVA CENTRAL Y  
ENFERMEDADES TROPICALES "HUGO PESCE PESCKETTO"  
ESSALUD, LA MERCED - 2019**

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

**JUDITH ZUSSEL COLLACHAGUA HUANCAYA**

**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 YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 68-2020

**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

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	04
1. Descripción de la situación problemática.....	06
2. Marco teórico.....	10
2.1 Antecedentes del estudio	
2.2 Bases Teóricas	
2.3 Marco Conceptual	
3. Desarrollo de Actividades para el plan de mejoramiento en relación.....	30
a la situación problemática.	
Plan de cuidados de enfermería	
3.1 Valoración	
3.2 Diagnóstico de enfermería	
3.3 Planificación	
3.4 Ejecución y evaluación	
4. Conclusiones.....	47
5. Recomendaciones.....	48
6. Referencias.....	49
7. Anexos.....	52

## INTRODUCCION

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería orientado en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro en el servicio de neonatología Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales “Hugo Pesce Pescetto” Essalud- La Merced 2019 “, nace debido al incremento en la incidencia de recién nacidos pretérmino que se viene dando en el servicio de neonatología del hospital en estudio; en el 2018 nacieron 408 recién nacidos vivos de los cuales 14 fueron prematuros, de ellos fue referido 1 por complicaciones respiratorias, en el 2019 nacieron 41; 37 prematuros y se refirieron 6 por complicaciones respiratorias y de otra índole (según informe estadístico del hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales), asimismo cabe mencionar que los recién nacidos prematuros son propensos a secuelas neurológicas y es necesario conocer los principales signos de autorregulación y de estrés de sus subsistemas para responder ante ellos de manera adecuada, por ello es importante tratar sobre los cuidados de enfermería centrados en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro porque a través de ellos podemos desarrollar diversas intervenciones destinadas a controlar el macroambiente (el ruido y la luz), el microambiente (el dolor a través de la analgesia no farmacológica y el cuidado postural y a la manipulación), así como, fomentar la lactancia materna y el método canguro, estas estrategias protegen al RNPT de los efectos negativos, que el ambiente de los hospitales produce en su neurodesarrollo logrando un equilibrio entre el cuidado tecnológico y el aspecto humano.

El servicio de Neonatología del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales se encuentra ubicado en la provincia de Chanchamayo, distrito de La Merced, hospital de referencia de la Selva Central atiende a recién nacidos sanos, con diversas patológicas y cuya capacidad resolutive abarca la atención de recién nacidos prematuros a partir de 34 semanas de edad gestacional, los cuales requieren de una atención especial y humanizada que les permita la sobrevivencia en calidad de vida y esto se lograr cuando se asume la responsabilidad de manejar un cuidado humanizado orientado en el

neurodesarrollo, como enfermera asistencial en el servicio de neonatología dirijo mis intervenciones a cumplir con dicho cuidado y fomento su aplicación entre los demás colegas que laboran en el servicio, asimismo el presente trabajo sirvió como base para la elaboración de una guía sobre cuidados de enfermería orientados en el neurodesarrollo de recién nacidos prematuros basada en nuestra realidad.

Además, el presente trabajo académico es de tipo descriptivo y tiene como objetivo describir y mejorar los cuidados de enfermería centrados en el neurodesarrollo de los recién nacidos prematuros para prevenir complicaciones asociada, disminuir el número de referencias y fomentar la actualización de guías las cuales serán estandarizadas y socializadas con el equipo multidisciplinario mejorando así la calidad de atención en los recién nacidos de nuestra localidad.

Estructuralmente el presente trabajo académico esté conformado por siete capítulos descritos a continuación Capítulo I: Descripción de la situación problemática, El Capítulo I: Marco teórico incluye antecedentes del estudio: nacionales e internacionales, bases teóricas y marco conceptual. Capítulo III: Desarrollo de actividades para el plan de mejoramiento en relación a la situación problemática, que presenta el plan de cuidados de enfermería. El Capítulo IV: Resultados, El Capítulo V: Conclusiones, El Capítulo VI: Recomendaciones, El Capítulo VII: Referenciales y finalmente se presenta un apartado de Anexos.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como niño prematuro a todo aquel nacido antes de alcanzar las 37 semanas de gestación. Nacen niños prematuros en todo el mundo, en países de ingresos altos, medianos y bajos. Cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, es decir más de 1 de cada 10, además dicha organización señala a la prematuridad como la principal causa de mortalidad entre los recién nacidos y la sitúa como la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años en el mundo. (1)

“Los nacimientos prematuros representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos en el mundo” dice la Dra. Joy Lawn, coeditora del informe y Directora, Evidencia Global y Política para Save the Children. “Ahora, son la segunda causa de muerte en niños menores de 5, después de la neumonía.”(2)

"Todos los recién nacidos son vulnerables, pero los bebés prematuros son más aún", sostiene el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, quien escribió el prólogo del informe y considera que el esfuerzo para reducir los nacimientos prematuros y las muertes como una parte integral de su Estrategia Global para la Salud de la Mujer y los Niños. (3)

En América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile, 27.2 y 27.1 por ciento, respectivamente; Argentina, 26.0 por ciento; Venezuela, 24.6 por ciento; Honduras y Paraguay, 24 y 23.9 por ciento, respectivamente; Colombia, 23.1 por ciento; Brasil, 21.9 por ciento; Nicaragua, 20.6 por ciento; Ecuador y Perú, 19.7 y 19.6 por ciento respectivamente; México, 18.5 por ciento; Uruguay, 17.6 por ciento; El Salvador, 17.5 por ciento; Panamá, 15.9 por ciento; Bolivia, 15.3 por ciento; y Guatemala, 12.6 por ciento. (4)

“Unos 7.600 recién nacidos muere diariamente,” explica el Dr. Andrés de Francisco, de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (ASMRN), una coalición de más de 600 socios. “Tenemos una epidemia de muertes de prematuros y recién nacidos que representa uno de los mayores desafíos de salud del siglo 21. Dos tercios de estas muertes podrían evitarse sin cuidados intensivos.” (4)

A nivel nacional según el boletín epidemiológico del 2019, se notificaron 6128 defunciones fetales y neonatales, reduciéndose en un 8% con respecto al 2018 y 2017. El 60% de las defunciones notificadas en el 2019 proceden de 7 departamentos; Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca, Cusco, Loreto y Junín. La proporción de defunciones en RN prematuros viene en ascenso continuo para un 62.6% registrado en el año 2011 a 71% en el 2019; que se distribuye entre prematuros extremos (23%), muy prematuros (20%) y prematuros tardíos (27%). La principal causa de defunción neonatal es la relacionada a prematuridad – inmadurez 30% seguida por las infecciones 20%, malformaciones congénitas 15%, asfixia y causas relacionadas a la atención del parto 11% y otras causas 23%. (5)

En el departamento de Junín el riesgo de mortalidad neonatal continúa siendo mayor en la sierra y selva (14 y 12 por mil respectivamente), hasta la SE 52 se notificaron 156 defunciones neonatales, las provincias que notifican mayor proporción de muertes neonatales son: Huancayo con el 41 %, Satipo con el 29% y Chanchamayo con el 15%. En el 2018 el 46% de los neonatos fallecidos fueron RN a término y un 22% adicional corresponde a RN prematuros moderados a tardíos que podrían haber sobrevivido con técnicas menos costosas y de menor complejidad siempre que no tuvieran malformaciones congénitas mayores. El nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) es la principal causa de muerte neonatal y la segunda causa de muerte en los niños de 5 años, después de la neumonía. Cuando más extrema es la prematuridad mayor es la complejidad de la atención requerida y con ello se elevan los costos y la estadía intrahospitalaria, además de incrementarse el riesgo de muerte/discapacidad. La primera causa de defunción neonatal en general es la relacionada a prematuridad-inmadurez 39%, seguida por las asfixia y causas relacionadas a la atención del parto 29%, Infecciones 27%, malformaciones congénitas letales 18%, aspiración láctea y regurgitación de alimentos 2% y otras causas 37%. (6)

El servicio de Neonatología del hospital Selva Central y enfermedades Tropicales “Hugo Pesce Pescetto” Essalud que se encuentra ubicado en la ciudad de La Merced en la Provincia de Chanchamayo del departamento de Junín, se realiza atención Inmediata aproximadamente de 1 a 5 recién nacidos entre partos

eutócicos y cesáreas en 24 horas, brindando los primeros cuidados al recién nacido y supervisando su proceso de adaptación, en cuidados intermedios se atiende 3 neonatos en incubadora y 5 en cuna, el hospital recibe ingresos de recién nacidos de la localidad y también referidos de Satipo, Pichanaki, Oxapampa y Villa Rica con diferentes problemas de salud como son: depresión leve, moderada, síndrome de aspiración de líquido meconial, sepsis neonatal, malformaciones congénitas, macrosómicos, hipoglucemias, deshidratación, ictericia, taquipnea transitoria del recién nacido, labios leporinos con paladar hendido, neonatos potencialmente infectados, recién nacidos prematuros de 34 semanas de E.G, entre otros, con respecto a la incidencia de casos de recién nacidos prematuros fue de 8.9% en el 2019 y 3.4 % en el 2018; además debemos puntualizar que nuestro hospital no cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), sólo con una unidad de cuidados intermedios con una capacidad de 4 incubadoras, por lo tanto todo procuramos evitar que los recién nacidos prematuros tengan complicaciones que amerite extremos cuidados como para la UCIN, porque de lo contrario son referidos a hospitales de mayor complejidad para el tratamiento especializado.

Pese a los avances tecnológicos y terapéuticos erigidos en los últimos 30 años en el campo de la neonatología, que aseguran un aumento de la supervivencia de los prematuros, el número y la incidencia de las secuelas, fundamentalmente neurológicas, a mediano y largo plazo derivadas de este proceso continúan siendo elevadas. El recién nacido pretérmino (RNPT) realiza una transición brusca de un medio idóneo para su crecimiento como es el útero materno a un ambiente hostil como el servicio de hospitalización o la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con diversos estímulos ambientales (luz, ruido...) y en algunos casos nocivos (dolor, estrés...), que pueden afectar de forma negativa a su neurodesarrollo. (7)

Hasta los años 70 la atención neonatal de Enfermería se basaba en la tecnificación del tratamiento y los cuidados, ya que se consideraba al recién nacido inmaduro para percibir la atención humanizada. Sin embargo, a partir de este momento (años 70) se produjo un giro hacia la humanización de la atención prestada. Con este cambio apareció una nueva concepción de atención a los recién nacidos pretérmino, llamada "Cuidados Centrados en el Desarrollo y la

Familia (CCDyF)” cuyo objetivo es favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del neonato. Estos cuidados hacen, de nuevo, hincapié en la importancia del control de la luz y el ruido, de la manipulación del recién nacido pretérmino, del tratamiento del dolor y del vínculo con sus progenitores (8)

Actualmente en el Perú no existen programas orientados al neurodesarrollo, mas en el quehacer diario del profesional de enfermería se observa que se realizan algunos cuidados orientados al neurodesarrollo, como por ejemplo el colocar cobertores sobre las incubadoras ante la luz excesiva, procurar disminuir el ruido, preparar una especie de chupón durante procedimientos dolorosos, administrar sacarosa para reducir el dolor, agrupar actividades en una sola atención, realizar nidos y cambios posturales, sin embargo no todos los profesionales de enfermería realizan estos cuidados e inclusive el ambiente que rodea al recién nacido prematuro no reúne condiciones propicias que favorezcan un neurodesarrollo óptimo.

El cuidado de enfermería centrado en el neurodesarrollo es importante para la pronta recuperación del neonato y la prevención de posibles complicaciones, es así que el presente trabajo académico presenta una justificación teórica y práctica; teórica ya que al describir un plan de cuidados de enfermería orientado en el neurodesarrollo del recién nacido prematuro en el servicio de Neonatología del Hospital Selva Central y enfermedades Tropicales “Hugo Pesce Pescetto” Essalud – La Merced 2019, servirán como antecedente para futuras investigaciones y trabajos académicos, permitiendo tener un punto de referencia; justificación práctica debido a que servirá para la aplicación e implementación de una guía de intervención de enfermería para dicho caso, la cual evitará un inadecuado manejo de casos, promoverá la disminución de la prolongada estancia hospitalaria, disminuir reingresos por secuelas y/o complicaciones, evitando futuros desordenes en la personalidad, conducta y aprendizaje y a su vez fortalecerá conocimientos y habilidades en el profesional de enfermería, logrando así establecer medidas de mejora de procesos relacionados con el manejo del recién nacido prematuro.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes del Estudio

A nivel internacional:

**VINTIMILLA CORDERO, Ariana Marcela**, 2018, Ecuador “Conocimiento de los profesionales sobre el programa NIDCAP (cuidado individualizado y evaluación del desarrollo del recién nacido) Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital José Carrasco Arteaga -2018.”, cuyo objetivo fue medir el nivel de conocimiento de los profesionales del área de neonatología del “Hospital José Carrasco Arteaga” sobre el programa NIDCAP, en un estudio descriptivo de corte transversal, donde se encontró que el 10% respondió correctamente con el 80% de las preguntas dominando el tema, mientras que el 90% no cumplió con el 80% de respuestas correctas, al evaluar a los profesionales mediante el cuestionario sobre los cuidados centrados en el desarrollo, dentro del 90% de los profesionales que reprobó el cuestionario encontramos 8 profesionales conocen el 60%, 3 el 50% y 4 el 40%. Concluyeron en que es prioritario dar a conocer a todos los profesionales de salud la importancia de implementar los cuidados centrados en el desarrollo en la unidad de cuidados intensivos; puesto que, además de que cada profesional domine los procedimientos en su área de especialidad, es importante que conozca sobre nuevas tendencias del cuidado del desarrollo de los recién nacidos ingresados en dicha área, con miras a evitar problemas en el futuro, mejorar el pronóstico y brindar un servicio integral. (9)

**ALEGRE, Victor Luis Y Col**, 2017, Argentina, “Grado de conocimiento del profesional enfermero sobre el neonato y su neurodesarrollo durante la estancia hospitalaria en el servicio de neonatología”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento del profesional enfermero en favor del neonato y su neurodesarrollo en el servicio de neonatología del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, identificar tipos de conocimientos sobre los cuidados, que brindan los profesionales de enfermería en el neonato, analizar y relacionar cómo influyen los cuidados de enfermería en el neonato y su neurodesarrollo, identificar características de los sujetos de estudio, en un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, tuvieron como resultados que el personal de enfermería en el servicio de neonatología el 83% desconoce la definición de neurodesarrollo, solo el 42% maneja bajos decibeles de voz en su comunicación

continúa como acción para favorecer el neurodesarrollo, solo el 35% conoce a cerca de las situaciones que alteran la conducta y neurodesarrollo de los neonatos, solo el 48% conoce todos los signos de estrés que puede manifestar en su conducta el neonato, solo el 15% de los profesionales brinda educación a la familia en cuidados integrales, mientras que el porcentaje restante solo lo hace en algunos temas priorizando lactancia materna y apego o vínculo, y el 52% tienen menos de 3 cursos en neonatología, concluyeron así que gran parte de los profesionales del servicio de neonatología tiene pocos cursos realizados y bajos conocimientos en neurodesarrollo por ende falta de educación a la familia o madre de los neonatos, debido a que el conocimiento lleva a la educación.(10)

**MOSQUEDA PEÑA, Rocío**, 2016, España, “Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología”, de las cuatro publicaciones que componen esta tesis doctoral el objetivo fue explorar las percepciones de los profesionales sanitarios que trabajan en las UCINs sobre el NIDCAP durante su implementación y valorar la situación de los CCD en España y el impacto de un curso de formación sobre CCD, describir los requisitos necesarios y las barreras percibidas por los profesionales en estas dos unidades neonatales españolas durante el proceso de implementación del NIDCAP, describir el grado de implantación de los CCD en las unidades neonatales públicas españolas que atendieron a más de 50 recién nacidos con peso menor a 1500 gramos en el año 2012. Comparación con los datos previos publicados en 2006 y determinar si tras la impartición de un curso teórico-práctico sobre los CCD se consiguen mejorar los conocimientos de los profesionales tanto de manera global como por centros hospitalarios y niveles asistenciales y si existe una relación entre la satisfacción con el curso y la adquisición de conocimientos, estudio de tipo descriptivo, transversal, cuyos resultados fueron: Las percepciones de los profesionales sobre el NIDCAP fueron globalmente positivas, especialmente en los ítems relacionados con el bienestar del recién nacido y con el papel de los padres (puntuaciones medias mayores a 4 en una escala del 1 al 5), Todos los requisitos recogidos en el cuestionario fueron considerados por la mayoría de los encuestados como necesarios para implementar el NIDCAP, especialmente más tiempo, educación y personal. La necesidad de personal fue considerada por más enfermeras que

médicos (93% vs 74%;  $p < 0.01$ ). El principal obstáculo identificado fue la falta de coordinación entre los diferentes profesionales (77%), seguido por el nivel de ruido en la unidad (35%). Los médicos, en comparación con la enfermería, consideraron el nivel de ruido (61% vs 23%;  $p < 0.01$ ) y el personal de enfermería (56% vs 29%;  $p = 0.05$ ) como los obstáculos más relevantes para la implementación del NIDCAP. La mayoría de los encuestados (91%) expresó que el NIDCAP era una parte esencial del cuidado médico para los recién nacidos.

P3: Se envió la encuesta a 27 unidades. La tasa de respuesta del 2012 fue del 81% vs. el 96% en 2006. Respecto a medidas de control del ruido, en 2012 fue el 73% vs. el 11% en el 2006 ( $p < 0.01$ ). El uso de sacarosa fue el 50% en 2012 frente al 46% en 2006 ( $p = 0.6$ ). La entrada libre de padres en 2012 fue el 82% vs. el 11% en 2006 ( $p < 0.01$ ). El Método Canguro, en el 2012, se realizó sin limitaciones en un 82% frente al 31% en el 2006 ( $p < 0.01$ ) y concluyendo en que la valoración del NIDCAP por los profesionales sanitarios de las dos UCINs españolas analizadas es positiva, especialmente por parte de los neonatólogos. La actitud hacia el NIDCAP y la intención de ponerlo en práctica son también positivas, que el proceso de implementación del NIDCAP es percibido como laborioso, especialmente por los recursos que los profesionales consideran necesarios (más tiempo, educación, personal y materiales así como modificación del entorno físico) y la necesidad de superar obstáculos tales, asimismo que la implantación de los CCD en España ha mejorado, todavía hay un margen de mejora en áreas como el uso de sacarosa o el control del ruido, pero hay que resaltar el cambio tan positivo que se ha producido en relación con la entrada de padres y que el curso consigue mejorar la tasa de aciertos significativamente, aunque la satisfacción con el curso es alta, ésta no parece correlacionarse con el conocimiento adquirido.(11)

**VALLE DELGADO, Esperanza y Col**, 2016, México, “Cuidados centrados del desarrollo en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, una estrategia postergada”, tuvo como objetivo describir el grado de implementación de los CCD utilizados en las UCIN del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde (HCFAA)”, con el fin de identificar las deficiencias y proponer medidas que garanticen una mejor calidad en el neurodesarrollo de los pacientes. Tuvo una metodología de tipo descriptivo, transversal, observacional. Encontró que el 66% de enfermeros disminuyeron la

luz como protección ambiental, el 91% no empleo ningún medio de protección contra el ruido, el 54% reportó contar con personal asignado para evaluar el dolor, el 54% señaló que permiten entrar a los padres solo 1 hora al día, solo el 52% permite la técnica de “Mama Canguro”. Se concluyó que las unidades neonatales son deficientes para las normas establecidas por CCD, necesitando estrategias para corregir estas deficiencias, con el fin de lograr un mejor neurodesarrollo para los bebe. (12)

**GUTIÉRREZ PADILLA José Alfonso y Col.,** 2015, México, “Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México, 2015”, con objetivo de describir el grado de implementación de los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de cuidados intensivos neonatales de México, en un estudio transversal, observacional y descriptivo, por medios electrónicos se envió a personal que labora en unidades de cuidados intensivos neonatales, que atienden a más de 50 menores de 1500 g cada año, un cuestionario enfocado a los cuidados centrados en el desarrollo, obtuvo como resultados que de las 39 unidades de cuidados intensivos neonatales incluidas: 31% usó cobertores para proteger a las incubadoras de la luz, 10% recurrió a algún método de medición del ruido y 36% aplicó escalas del dolor, el tiempo de acceso de los padres a la unidad fue de 2-3 horas al día (56%), el 13% disponía de sala para padres dentro de la unidad, 36% permitían el método canguro y concluyeron que existe falta de estrategias para elevar la cobertura de cuidados centrados en el desarrollo en las UCIN, se deben mejorar la educación de los padres respecto a las medidas utilizadas en este programa y lograr que los cuidados centrados en el desarrollo sean aplicados en todas las regiones debido a su bajo costo y gran beneficio.(13)

A nivel nacional:

**LÓPEZ BACA, Cynthia, ZEGARRA TAPIA Paola,** 2018, Chimbote. “Nivel de conocimiento y práctica del cuidado de la enfermera en el neurodesarrollo del prematuro hospitales de la ciudad de Chimbote, 2018”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y práctica del cuidado de la enfermera en el neurodesarrollo del prematuro. Hospitales de la ciudad de Chimbote, 2018. El tipo de diseño de investigación utilizado fue el de correlacional, no experimenta, en la que obtuvo como resultados que el 50% de

las enfermeras tienen un nivel de conocimiento alto y el 50% de ellas poseen un nivel de conocimiento bajo en el neurodesarrollo del prematuro; así mismo 53.3% de las enfermeras tienen una práctica adecuada, mientras que el 46.7% muestra una práctica inadecuada frente al cuidado del neurodesarrollo en el prematuro, concluyeron en que existe una relación significativa entre el conocimiento y práctica del cuidado de la enfermera en el neurodesarrollo del prematuro ( $p = 0,028$ ); el tener un conocimiento bajo, se constituye en riesgo muy elevado para una práctica del cuidado inadecuado ( $OR=5.5$ ). (14)

**QUISPE GUTIERREZ, Ana Ysabel**, Trujillo, 2018 “Conocimiento y práctica de las enfermeras sobre cuidado centrado en el desarrollo del prematuro hospitalizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Marzo – Agosto 2018,”. Cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, los resultados reportaron que el 70.8% de las enfermeras presentó un nivel de conocimientos medio sobre el cuidado centrado en el desarrollo, el 16.5% nivel alto y el 12.5%, bajo nivel de conocimientos; respecto a las prácticas, el 58.3% de las enfermeras realizaron práctica inadecuadas y el 41.7% prácticas adecuadas. Se concluyó que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de las enfermeras sobre el cuidado centrado en el desarrollo del prematuro. (15)

**DÁVILA MORENO, Karem Brunella, SOLÍS PAREDES Xiomy Anshelit**, 2016, Chiclayo. “Cuidados enfermeros orientados al neurodesarrollo del recién nacido pretérmino hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital de Essalud. Chiclayo, 2016”. Estudio que tuvo por objetivo conocer cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería orientado al neurodesarrollo del recién nacido pre término hospitalizado en el servicio de neonatología de un hospital de EsSalud de Chiclayo, con un enfoque y perspectiva cualitativa estudio de caso, en el cual obtuvo como resultados que la profesional de enfermería dentro de los cuidados que brinda dirigidos al control de estímulos externos, evidencia un mayor énfasis a las intervenciones dirigidas

a la evitación de ruido excesivo, disminuyendo el ruido de las alarmas y colocando música suave, sin embargo, las intervenciones dirigidas a la disminución a la luz se ven limitadas por el propio ambiente de hospitalización que impiden el normal neurodesarrollo del recién nacido pretérmino.

La profesional de enfermería realiza intervenciones dirigidas a la estabilización fisiológica del RNPT por tanto favorecen su normal neurodesarrollo, demostrando tener los conocimientos suficientes para respaldar estos cuidados, evidenciando mayor énfasis en las intervenciones dirigidas al cuidado postural del recién nacido pre término que abarca principalmente la implantación de nidos y medidas de contención. Sin embargo, dentro de las intervenciones dirigidas a evitar el dolor como el amamantamiento y la aplicación de escalas de dolor durante un procedimiento doloroso, son las que aún hacen faltan adherir dentro del plan de cuidados individualizado al neonato prematuro hospitalizado. La enfermera reconoce la importancia de incluir a la familia mediante el Método Madre Canguro dentro de los cuidados del recién nacido prematuro, sin embargo, presentan limitaciones debido a las condiciones del servicio, el cual se caracteriza por presentar una inadecuada infraestructura, y falta de protocolos que permitan el ingreso de los padres a la UCI neonatal. En conclusión se viene desarrollando cuidados centrados al neurodesarrollo del recién nacido pretérmino, pero aún hay mucho por hacer. (16)

**BRONCANO VARGAS, Yrma Nilda**, 2016, Lima, “Cuidado humanizado al recién nacido prematuro y familia: Una perspectiva de enfermería, Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé 2015”, el cual tuvo como objetivo describir y caracterizar el cuidado humanizado que brinda la enfermera al neonato prematuro y la familia en la UCIN. Fue un estudio de naturaleza cualitativa, con método descriptivo exploratorio. Los resultados revelaron las siguientes categorías temáticas: Brindando cuidado integral, entregando cuidados de soporte a la familia del neonato prematuro, cuidado a pesar de factores intervinientes y sentimientos encontrados de la enfermera en el cuidado humanizado. La autora llegó a las conclusiones que el cuidado humanizado de enfermería tiene implicancia en la salud neonatal por ser un cuidado especializado e integral permitiendo prevención de secuelas y favoreciendo el

desarrollo del prematuro a través de la manipulación mínima, confort, control de luz y ruido, apego piel a piel, caricia o toque humano, voz suave y otros. Los cuidados de apoyo familiar fomentan la recuperación y estabilización de la familia contribuyendo a disponer de familias fortalecidas que satisfagan las necesidades y aporten cuidados adecuados a sus bebés prematuros favoreciendo una salud óptima. El cuidado es brindado por la enfermera a pesar de factores intervinientes, exponiéndose al riesgo de la calidad de la asistencia humanizada. (17)

**BUSTAMANTE MURO, Diana Patricia, y Col,** 2015, Lambayeque, “Conocimientos y prácticas de enfermeras sobre el cuidado del neurodesarrollo de neonatos del servicio de neonatología - Hospital Regional Lambayeque – 2015”; el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas; el estudio fue cuantitativo, descriptivo simple y de corte transversal, donde se obtuvo como resultado que el nivel de conocimientos sobre el cuidado del neurodesarrollo de neonatos fue alto en el 56% de enfermeras, medio en el 34% y bajo en el 10%. Respecto a las prácticas sobre el cuidado del neurodesarrollo de neonatos, en un 68% de las enfermeras son inadecuadas y en el 32% son adecuadas. En conclusión las enfermeras en su mayoría obtuvieron mejores resultados en las cinco fases de la dimensión cuidado enfermero, tanto en conocimientos como en práctica no así en el conocimiento y práctica del marco teórico –filosófico de enfermería. (18)

## **2.2 Bases Teóricas**

**Dra. Heidelise Als, La teoría “interactiva” o Teoría sinactiva del desarrollo** Significa “juntos en acción”. La teoría se basa en que el desarrollo se va produciendo a través de la interacción entre el recién nacido y su entorno, cuando este no es adecuado se rompe el equilibrio necesario y se produce un impacto negativo sobre el neurodesarrollo. La observación del funcionamiento de diferentes subsistemas conductuales nos permite entender el qué situación se encuentra el recién nacido.

Evalúa el grado de maduración del SNC de los prematuros, nos ayuda a comprender cómo se organizan las distintas capacidades neuronales y cómo se comportan el feto y el recién nacido cuando estas capacidades no están maduras y tienen que hacer frente al mundo extrauterino.

Proporciona un marco para comprender la conducta de los prematuros, según la cual las conductas del niño se interpretan de acuerdo a cinco sistemas de funcionamiento:

- Motor: Valora el tono muscular, movimientos, ansiedad y postura.
- Autonómico: Valora el color de la piel, frecuencia cardíaca y patrón respiratorio
- Autorregulación: valora el esfuerzo del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas.
- Estados: categoriza el sistema nervioso en cuanto a vigilia – sueño – despertar – llanto.
- Atención – interacción: Capacidad del niño para interactuar con el medio.

Categorías del comportamiento:

Comportamiento de regulación: respiraciones regulares, color sonrosado, funciones viscerales estables, movimientos suaves, tono modulado, mirada tranquila, posturas suavemente flexionadas con periodos de sueño continuo y estado de alerta.

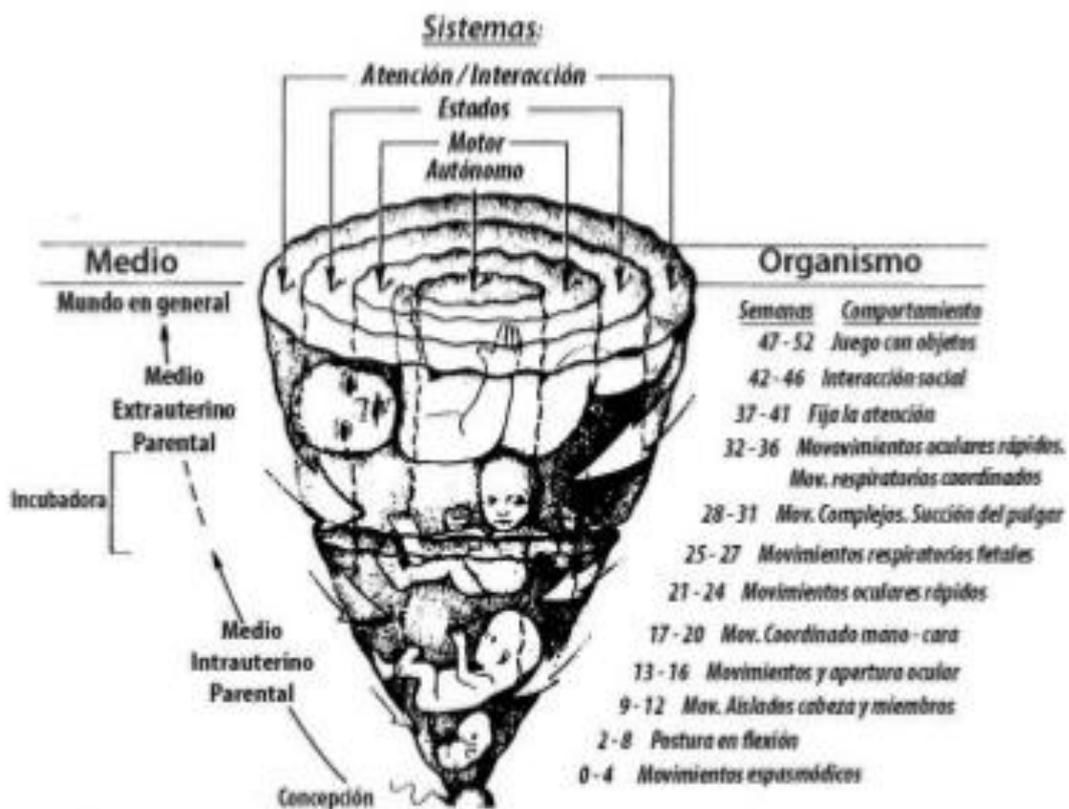
Comportamiento de estrés

Cambios de color (rosa – pálido), estiramiento de manos y pies, muecas faciales, fruncir el ceño, apretar fuertemente los labios. (19)

Muchos de los problemas respiratorios y cardio- circulatorios que ocurren en los recién nacidos prematuros podrían ser el resultado de intentos de adaptación del neonato al ambiente extrauterino y a la agresión que significa la estancia en una Unidad Neonata. En las últimas semanas de la gestación es cuando se produce una actividad más intensa en el desarrollo del cerebro del feto.

Las intervenciones del cuidado individualizado del desarrollo están dirigidas a mejorar los resultados físicos, y de conducta, reduciendo factores estresantes y reestructurando las actividades de cuidado en respuesta a las claves de conducta del niño, los recién nacidos prematuros tienen que desarrollarse en un entorno extrauterino en un periodo en el que su cerebro se encuentra en pleno proceso de organización y sinaptogénesis. Está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan, es decir integran su propio desarrollo, sin embargo, a menor edad gestacional, menor capacidad de defensa.

### Teoría de organización sináptica del desarrollo del comportamiento



### Florence Nightingale, Teoría del Entono:

Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Creía que los entornos

saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

El concepto de iluminación también era importante en su teoría.

La higiene como concepto es otro elemento esencial por ser fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo.

La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido.

- Enfermería: Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno.
- Persona: Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. Su convicción sobre la necesidad de

enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas.

- Salud: Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona
- Entorno: Según Fitzpatrick y Whall, describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación. (20)

Es así que utilizamos esta teoría para el cuidado de enfermería centrado en neurodesarrollo de los recién nacidos, pues es el profesional de enfermería el que permanece las 24 horas con el recién nacido y este al ser totalmente dependiente del cuidado, es el profesional quien velara porque todas las condiciones e influencias externas influyan significativamente en su cuidado.

## **2.3 Marco Conceptual**

### **2.3.1 Recién nacido pretérmino**

Se considera recién nacido prematuro aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación (259 días).

Pese a que cada recién nacido prematuro es único, se pueden reconocer características y problemas comunes en ellos. Su apariencia es poco atractiva, piel delgada, lisa, brillante, venas fácilmente visibles a través de la piel, presentan también una fina capa de vello en brazos, piernas y espalda, llamado lanugo. Los recién nacidos por su inmadurez funcional de sus sistemas presentan inmadurez funcional de los sistemas orgánicos lo cual los lleva a presentar problemas en la termorregulación, problemas respiratorios, desarrollo incompleto de los pulmones, apnea y un patrón de respiración irregular (rápida, taquipnea, baja o deficiente). También presentan problemas cardiovasculares como presión sanguínea demasiado baja o demasiado alta, frecuencia cardíaca baja (que

suele presentarse junto con la apnea), ductus arterioso permeable, problemas sanguíneos, metabólicos y función renal inmadura.

A nivel digestivo, muestran dificultades de alimentación, la mayoría de los recién nacidos no coordinan los reflejos de la succión y deglución antes de las 35 semanas de gestación, en algunos casos presentan mala digestión de grasas y enterocolitis necrotizante. A nivel cerebral pueden presentar hemorragia intraventricular, sangrado y leucomalacia periventricular, tonicidad muscular deficiente, convulsiones pueden ser consecuencia de hemorragias cerebrales. Mientras a nivel sensorial, los recién nacidos pueden desarrollar retinopatía del prematuro.

Nacer prematuramente conlleva que el cerebro se enfrentará a estímulos ambientales y este no se encuentra preparado, tales como la gravedad, la intensidad en el ruido y la luz, aumento en el movimiento y por ende mayor gasto de energía; esto difiere del ambiente en el vientre materno donde el recién nacido, recibe la estimulación adecuada para su desarrollo. La transmisión del dolor hacia la corteza cerebral en el recién nacido está bien desarrollada, los mecanismos de inhibición descendentes no han terminado de madurar, especialmente en los prematuros lo que implica a su vez un estado de hipersensibilidad frente al dolor

La formación de la corteza cerebral, esta comienza alrededor de la sexta semana de gestación, facultando la sensibilidad alrededor de la boca del feto, en todo su organismo. Alrededor de la séptima semana empiezan a surgir las primeras sinapsis o conexiones Inter-neuronales. La migración de las neuronas, ocurre desde octava y hasta las veinticuatro semanas de gestación y conlleva a la maduración y organización neuronal, al final del segundo trimestre aumenta el número de cisuras y circunvoluciones, cambiando el aspecto liso de los hemisferios cerebrales por uno más complejo y rugoso. Este cambio estructural se relaciona con un crecimiento acelerado del cerebro en términos de peso, cambio en el contorno de la cabeza y la formación de la corteza cerebral propiamente dicha. Finalmente las áreas cerebrales se organizan por funciones.

Entre las semanas veinticuatro a veintiocho semanas se da una generación masiva de células altamente vascularizadas, Si el nacimiento se da antes de las treinta y dos semanas, conlleva a la posibilidad de presentar hemorragias intracraneales. La poda neuronal, ocurre a partir de la semana 24 y se relaciona con la producción de diferencias funcionales en el cerebro, pues se establecen caminos diferentes en el desarrollo cortical especialmente en las conexiones pre frontales del cerebro.

La mielinización es la fabricación de mielina alrededor de los axones, destinado a acelerar la rapidez de conducción de los estímulos y facilita las conexiones Inter – neuronales, no se realiza simultáneamente en todas las estructuras cerebrales y es un proceso dinámico. El sistema subcortico-espinal y el cortico-espinal siguen un patrón de mielinización diferente, el sistema subcortico espinal se mieliniza entre las veinticuatro y las treintaicuatro semanas de edad gestacional.

### 2.3.1.1 Clasificación del RN según la edad gestacional al nacer OMS

Se considera según la OMS al prematuro 4 Prematuros extremos	Menor o igual a 27 semanas 6 días
Muy Prematuros	De 28 a 31 semanas 6 días.
Prematuros moderados	De 32 a 33 semanas 6 días
Prematuros tardíos	De 34 a 36 semanas 6 días

### 2.3.1.2 Causas de prematurez

- Intrínsecas: infecciones maternas: toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y VIH (TORCH), malformaciones congénitas, defectos cromosómicos, RCIU
- Extrínsecas: falta de control prenatal, desnutrición, anemia, analfabetismo, pobreza de la madre, antecedentes de muerte fetal, anomalías uterinas congénitas, tabaquismo, drogadicción, teratógenos químicos, edad materna menor de 15 años y mayor de 35 años, embarazo múltiple, preeclampsia, ITU, polihidramnios, DPP, infección ovular, RPM, trastornos hipertensivos gestacionales, gestas previas pretérminos, hemorragia del tercer trimestre, intervalo

intergenésico menos a dos años, infecciones del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, entre otras.

### **2.3.2 Neurodesarrollo del recién nacido**

El recién nacido es un ser sensible expuesto a estímulos externos intensos e invasivos, está sujeto a riesgo biológico y ambiental.

El neurodesarrollo es el conjunto de los mecanismos a través de los cuales se organiza el sistema nervioso como un sistema de relación. El sistema nervioso genera diferentes variables como: atención, intencionalidad, emoción, pensamiento, memoria, lenguaje, socialización y control motor para responder a las demandas del medio ambiente y siempre interactuando con este.

La exposición del niño a un medio hostil como es una UCIN dificulta la organización del cerebro en desarrollo. Las sensaciones y las emociones vividas durante las etapas más precoces tienen una gran importancia en el desarrollo futuro, experiencias inadecuadas y estresantes pueden dejar huella en el proceso de desarrollo y provocar consecuencias a medio y largo plazo.

Durante los primeros años de vida se constituyen los aspectos fundamentales del desarrollo, tanto biológicos como síquicos y sociales. Esto hace referencia a la maduración del sistema nervioso, neuromuscular, psicomotor; a las adquisiciones del lenguaje, la socialización, la construcción del pensamiento, los aprendizajes, y la constitución de la personalidad.

El RNPT, en cambio debe afrontar este crecimiento cerebral en el ambiente de la UCIN, Cuidados intermedios y hospitalización, completamente distinto del ambiente uterino, siendo la evidencia contundente de que el mismo provoca una sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo. Está demostrado que los periodos prolongados de estados de sueño difuso, la posición supina y la excesiva manipulación, así como la luz y el ruido ambiental, la falta de oportunidades de succión no nutritiva y de interacción social adecuada, tienen efectos adversos en el neurodesarrollo.

El control de los estímulos externos, como la luz y el ruido entre otros, puede reducir secuelas neurológicas en prematuros que no están completamente desarrollados, ayudando así a una correcta organización de su sistema nervioso, gracias a la reducción del estrés. La intensidad de la luz en las UCIN promueve un desequilibrio en el recién nacido pretérmino, afectando así a su desarrollo. La recomendación según la Asociación Americana de Pediatría (AAP) para la luminosidad en la mayoría de los cuidados es de 60 lúmenes.

Además del contraste que supone para el neonato, pasar de la oscuridad de la cavidad uterina, a un entorno de intensa iluminación como suelen ser las UCIN, hay que tener en cuenta el hecho de que la contracción del iris no se desarrolla hasta las 30-34 semanas de edad gestacional, por lo que de esto también deriva la cantidad de luz que llegue a la retina del prematuro.

Pallás Alonso refiere que: "...deben evitarse los ambientes excesivamente luminosos en los recién nacidos, más aun cuando el sentido de la vista está pobremente desarrollado en ellos". Los neonatos más maduros y estables son capaces de tolerar mayor estimulación visual a diferencia del pre término.

A diferencia de los recién nacidos a término, los prematuros no experimentan ciclos alternantes de día y noche, en el medio ambiente de su hogar, debido a que en la mayoría de las UCI las luces están encendidas las 24 horas del día.

Además, Fernández menciona que las iluminaciones excesivas del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos deletéreos, por ende en su aprendizaje también. Con esto queda demostrado que el medio ambiente que rodea a los prematuros en las UCIN puede interferir no solo en sus estados conductuales y en su capacidad de desarrollar respuestas adaptativas sino también en su crecimiento y desarrollo futuros esto, sumado a que altera los ritmos biológicos del recién nacido hospitalizado, tendrá por consiguiente efectos adversos en su neurodesarrollo.

Los ciclos de sueño-vigilia son interrumpidos durante las 24 horas del día en los prematuros. Es necesario establecer niveles de luz día-noche para promover un medio ambiente que favorezca el desarrollo de los prematuros, ya que ellos

podrían estresarse con los niveles de luz. No existe un método en la unidad para medir el nivel de luz necesario para apoyar y mejorar el ritmo biológico individual del neonato, es importante poder establecerlo y que con esto se permita además poder realizar los procedimientos inherentes al cuidado de cada paciente. Estudios acerca de la intensidad de la luz en la UCI han mostrado que el promedio del nivel de intensidad de la luz va en un rango de los 60 a 75 lúmenes. Otras investigaciones sugieren que la luz continua en las Unidades de Cuidados Intensivos es perjudicial e induce a estados de privación del sueño y a cambios en los ritmos diurnos del neonato. Serrano menciona que algo tan simple como la luz puede provocar lesiones irreversibles en el cerebro inmaduro del neonato, ya que sus reflejos aún se encuentran inmaduros. Entonces cuando haya que realizarle un procedimiento a un neonato prematuro tendrá aún más cuidado, protegiéndole los ojos para que no queden expuestos a la luz intensa, ya sea con un cubre ojos o con una manta. Así mismo Fernández Dillems señala que el utilizar cobertores sobre las incubadoras y protección visual en prematuros en fototerapia, así como iluminación individualizada, para la ejecución de los procedimientos terapéuticos, medir la intensidad lumínica son intervenciones dirigidas a disminuir la sobreexposición de luz en el neonato en las UCIs.

En las unidades de cuidados intensivos neonatales los prematuros están expuestos constantemente a ruido y luces ambientales que a menudo exceden los niveles recomendados. La Academia Americana de Pediatría (AAP) determinó que los niveles de sonido de seguridad en la UCIN deben estar por debajo de 40dB de día y 35dB de noche.

La exposición del recién nacido prematuro al ruido puede influir negativamente en el desarrollo de su sistema nervioso, que aún no está desarrollado completamente. Ruidos elevados producen estrés en el neonato, lo que puede afectar a corto y largo plazo a su desarrollo. Niños prematuros muestran en su evolución alteraciones del comportamiento y del aprendizaje, así como dificultades sociales y emocionales. Además del daño que puede causar el ruido en las estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial, pueden verse afectados los biorritmos del bebé.

Se muestra que al disminuir el ruido disminuye el ritmo cardíaco, la presión arterial, el ritmo respiratorio y también influye sobre los ciclos del sueño

alargando los periodos de sueño tranquilo, evitando un incremento de la presión intracraneal e hipoxemia en el neonato.

El uso del chupete o succión no nutritiva estimula una succión no nutritiva que tranquiliza al bebé y contribuye a reducir el malestar inducido por el dolor. El efecto máximo se consigue cuando se utiliza junto con la administración de sacarosa.

Jiuan J. en su estudio prospectivo compararon la eficacia de la succión no nutritiva y la de la atención tradicional en el prematuro respecto al comportamiento y las respuestas fisiológicas antes, durante y después de la prueba del talón. Demostraron que los prematuros que recibieron succión no nutritiva tuvieron menores puntuaciones de dolor y conductas relacionadas con el estrés, no presentaron ritmos cardíacos anormales ni disminución de la saturación de oxígeno frente a los que recibieron la atención habitual.

### **2.3.3 Cuidados de enfermería del recién nacido**

Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, trata de incrementar el bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. Entonces entendemos que cuidados del recién nacido es la acción de asistir al bebe para que no sufra algún percance y salva cuidar su bienestar. Enciclopedia paliativa (2007).

En la atención inmediata al recién nacido se deben garantizar aspectos importantes, pues es el momento propicio para evitar trastornos posteriores. Se deben tener creadas todas las condiciones materiales para su recibimiento óptimo, para garantizar una atención y evolución adecuada del neonato, con el objetivo de disminuir la vulnerabilidad del recién nacido durante el período de transición neonatal (Castro y Urbina 2007).

- Signos vitales: Deben ser tomados cada 4 horas, en las "horas de contacto" y otras horas tomar datos de los monitores.
- Termorregulación: El paciente debe ser manejado en incubadora; Manejar el ambiente térmico neutro. Se deben realizar todos los procedimientos a través de

las ventanas con "mangas", con el fin de disminuir las pérdidas de calor en recién nacidos menor de 30 semanas, se puede utilizar envolturas plástica, calor húmedo o incubadoras de doble pared.

- Control del peso: Una vez al día, en pacientes estables.

#### **2.3.4. Cuidados del recién nacido orientados al Neurodesarrollo**

El cerebro del recién nacido crece más rápidamente que en cualquier periodo de su vida, y esto lo debe afrontar en hospitalización. La evidencia demuestra que provoca sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo.

Una nueva filosofía del cuidado, que pone énfasis en la forma de gestionar y organizar el cuidado, donde el rol de enfermería juega un papel muy importante, aplicarla involucra realizar un cuidado humanizado e individual, que no tiene costo y que permitirá implementar las estrategias para disminuir el estrés que sufren los recién nacidos en su proceso de hospitalización, que al no llevarlas a cabo desencadenaría daños a nivel del sistema nervioso de recién nacido, teniendo como consecuencias desordenes en lo sensorial, motor, cognitivo, personalidad, conducta.

El comportamiento del recién nacido en lo referente a la función autonómica (respiración, color y función visceral), función motriz (tono, movimiento y postura), así como a la organización del estado (rango, robustez y estados de transición/modulación) constituye la forma de comunicación de la que el recién nacido dispone de manera continuada para comunicar a su cuidador la manera en la que percibe los cuidados que se le están prestando y el ambiente en el que se encuentra. El cuidador ha de adaptar el ambiente y los cuidados del recién nacido con el objetivo de reducir los comportamientos de estrés y promover los comportamientos de autorregulación.

- Evitar las manipulaciones bruscas e innecesarias.
- Proteger de luz intensa y reducir el nivel de ruidos.

- Disminuir punciones y otros procedimientos dolorosos planificando las extracciones de sangre que deben ser realizadas por personal con experiencia.
- Utilizar preferentemente, técnicas de monitorización no invasivas.
- Realizar aspiraciones endotraqueales sólo cuando esté indicado.
- Aplicar estímulos sensoriales positivos, táctiles o auditivos, que interfieran con los estímulos dolorosos, atenuando la percepción del dolor.
- Incorporar a los padres como soporte durante los procedimientos.
- Uso de chupete y contención.
- Solución de Sucrosa a dosis de 0,012 a 0,12 gr 1 a 2 minutos antes del procedimiento.
- Cuidar el ambiente de la UCN, disminución de ruidos y luces.
- Realizar el cuidado postural, contención y anidamiento.
- Prevenir el estrés y el dolor, realizando tratamiento no farmacológico y farmacológico del mismo.
- Lactancia, succión no nutritiva.
- Organizar y agrupar las intervenciones de enfermería, respetando los periodos de descanso.
- Agrupar los procedimientos, sobre todo aquellos que producen dolor. Brindar confort siempre.
- Trabajar en equipo.
- Realizar contacto piel a piel.
- Técnica madre canguro.
- Los beneficios del contacto piel a piel.
- Regulación térmica igual o mejor que en la incubadora.
- No hay incremento del consumo de oxígeno.
- Mejoría neuroconductual.
- No aumenta el riesgo de infecciones.
- Disminución de los costos hospitalarios.

#### **2.3.4.1 NIDCAP**

El NIDCAP se concentra en el cuidado, individualidad y respeto tanto del neonato como de su familia, incluye observaciones al RN antes, durante y después de los cuidados. Este programa, incursionado por Dra. Als en los años

80 y que continúa expandiéndose hoy en día, pretende que los profesionales sanitarios mantengan un control sobre los estímulos estresantes.

"El objetivo de NIDCAP es prevenir la sobrecarga y el dolor sensorial inesperado y aumentar la fuerza y la competencia" 16 Aunque en los años 60 se logró solucionar varias amenazas a la supervivencia de los neonatos prematuros, la atención no era adecuada pues derivaba consecuencias neurológicas en el desarrollo posterior. El desarrollo neuronal intrauterino sucede velozmente mientras que el desarrollo neuronal extrauterino es mucho más lento; por esto, es significativo conocer la edad gestacional del RN para definir el tipo de cuidados que se debe aplicar.

# **1. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

## **3.1 VALORACIÓN**

### **3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN**

Paciente: Eneque Cano RN

Sexo: Masculino

Edad: odias

Fecha de ingreso: 28/02/20

Diagnóstico de ingreso: RNPT

Peso al nacimiento: 2 100kg

Peso después de 3 días: 1760 Kg

### **3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA:**

RNPT de 34 ss x capurro producto de un parto prolongado, por cesárea, con líquido claro, en incubadora con apoyo ventilatorio CBN a 2 lts x min Sat o2. 96%, portador de SOG para alimentación, con CVP permeable pasando Dw 10% a 10cc /h.

### **3.1.3 ENFERMEDAD ACTUAL: RNPT**

#### **3.1.4 ANTECEDENTES**

##### **3.1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES**

- Nacimiento de parto por cesárea.
- RN Prematuro de 34ss.
- Expulsivo prolongado.
- Madre con hipoxia, agotamiento materno y preeclampsia.

##### **3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES**

- Madre multigesta de 34ss.

##### **3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES**

- Apgar al nacimiento 1": 7´ 5: 9"
- Circular simple de cordón.

### **3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES**

- Madre y padre de familia con escasos recursos económicos.
- N° de hijos: 03.
- Grado de instrucción: Superior técnico.

### **3.1.5 EXAMEN FÍSICO**

Piel y mucosas hidratadas con escasa grasa subcutánea.

- Cabeza: caput succedáneo.
- Fosas nasales: permeables, con ligero aleteo nasal.
- Boca: hidratada, con SOG para la alimentación.
- Cuello: cilíndrico, simétrico.
- AP. Cardiovascular: ACP MV pasa bien ACP
- Ap. Respiratorio: apoyo ventilatorio CBN a 2 Lts x min. X Sat O<sub>2</sub> a FiO<sub>2</sub> 21 % 84 %, leve tiraje subcostal, FR: 62 x min
- Abdomen: B/D, con muñón umbilical 2 arterias 1 vena, RHA +
- Genito urinario: Conservado.
- Extremidades superiores e inferiores: Frialdad de la piel, tono muscular disminuido, CVP en mano derecha pasando DW 10% a 10cc/h

### **3.1.6 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES**

#### **DOMINIOS Y CLASES**

**DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud.**

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad de funcionamiento.

Calse1: Toma de conciencia de la salud: No evaluable.

Clase 2: Gestión de la salud: No evaluable.

#### **DOMINIO II: Nutrición**

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión: LM y/o formula 10cc c/ 3 horas.

Clase 2: Digestión: Abd distendido, RHA +, Presencia de residuo gástrico 5cc post alimentación x SOG.

Clase 3: Absorción: No evaluable.

Clase 4: Metabolismo: HGT: 51 MG /DL

Clase 5: Hidratación: Piel hidratada.

### **DOMINIO III: Eliminación**

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Función urinaria: no se evidencia.

Clase 2: Función gastrointestinal: ruidos hidro aéreos +, alimentación x SOG.

Clase 3: Función tegumentaria: escasa grasa subcutánea

Clase 4: Función respiratoria. Silverman 2, taquipnea, aleteo nasal leve, leve tiraje subcostal

### **DOMINIO IV: Actividad y reposo**

Producción, conservación del gasto o equilibrio de los recursos o inactividad.

Clase 1: Reposo/sueño: Apgar 1´ 7 5" 9

Clase 2: Actividad/Ejercicio: Tono muscular disminuido

Clase 3: Equilibrio/Energía: Hipoactivo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/ pulmonar: ACP MV pasa bien ACP, apoyo ventilatorio CBN a 2 Lts xmin.

Clase 5: Autocuidado: Paciente completamente dependiente.

### **DOMINIO V: Percepción – cognición**

Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición, y comunicación.

Clase 1: Atención: No evaluable.

Clase 2: Orientación: No evaluable.

Clase 3: Sensación – percepción: No evaluable.

Clase 4: Cognición: No evaluable.

Clase 5: Comunicación: No evaluable.

## **DOMINIO VI: Auto percepción**

Conciencia del propio ser.

Clase 1: Autoconcepto: No evaluable

Clase 2: Autoestima: No evaluable

Clase 3: Imagen corporal: No evaluable

## **DOMINIO VII: Rol- relaciones**

Conexión y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1: Rol del cuidador: No evaluable

Clase 2: Relaciones familiares: recibe visita de madre para mamá canguro, del padre para papá canguro, ellos están pendientes, útiles de aseo completos.

Clase 3: Desempeño de rol: No evaluable.

## **DOMINIO VIII: Sexualidad**

Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Clase 1: Identidad sexual: No evaluable.

Clase 2: Función sexual: No evaluable.

Clase 3: Reproducción: No evaluable.

## **DOMINIO IX: Afrontamiento y tolerancia al estrés**

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1: Respuesta post traumática: No evaluable.

Clase 2: Respuesta de afrontamiento al estrés: Muecas, llanto, FC: 172 - 182 x min, Sat O2 95%.

Clase 3: Estrés neurocompartimental: No evaluable.

## **DOMINIO X: Principios vitales**

Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplando como verdades o poseedores de un valor intrínseco.

Clase 1: Valores: No evaluable.

Clase 2: Creencias: No evaluable.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores y creencias, evaluable.

### **DOMINIO XI: Seguridad y protección**

Ausencia de peligro. Lesión física o trastorno del sistema inmunitario. Evitación de pérdidas y preservación de la producción y seguridad.

Clase 1: Infección afebril, procedimientos invasivos: SNG, CVP.

Clase 2: Lesión física: herida por venopunción.

Clase 3: Violencia: No evaluable.

Clase 4: Peligros ambientales: aire acondicionado, incubadora.

Clase 5: Proceso defensivos: No evaluable.

Clase 6: Termoregulación: T° 35°C

### **DOMINIO XII: Confort**

Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico: fascie de dolor ante procedimientos.

Clase 2: Confort ambiental: aire acondicionado, T° de la incubadora adecuada.

### **DOMINIO XIII: Crecimiento y desarrollo**

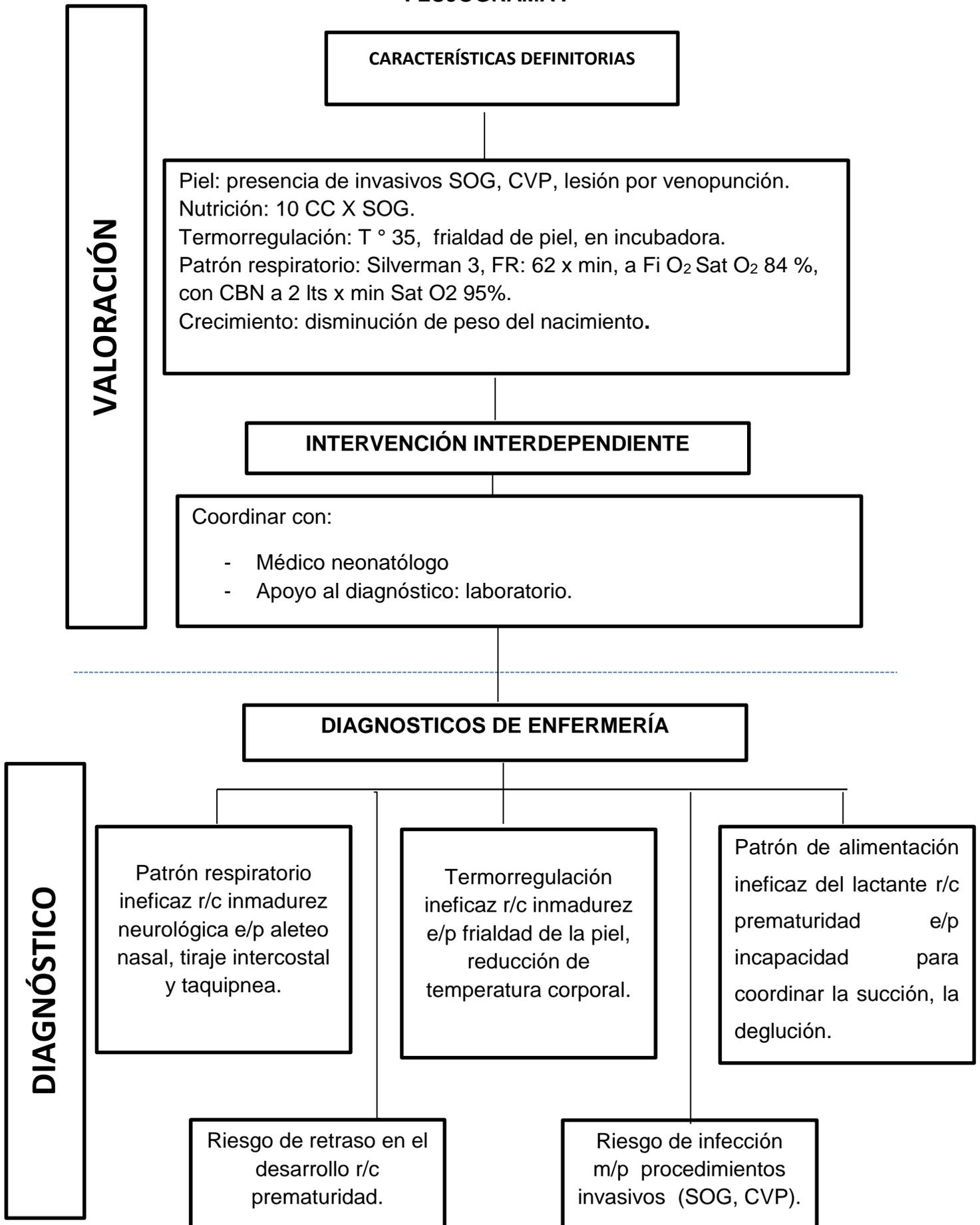
Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento: Disminución de peso del nacimiento.

Clase 2: Desarrollo: Tono muscular flácido.

### 3.1.7 ESQUEMA DE VALORACIÓN

#### FLUJOGRAMA I



## **3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

### **3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS**

- RN Prematuro de 34 ss.
- Apgar: 1" 7, 5' 9
- FR: 63 x min.
- Sat O2 95% con CBN a 2 lts x min.
- T° 35° C
- Frialdad de la piel.
- Silverman 2 (Aleteo nasal leve, tiraje subcostal leve).
- Apoyo ventilatorio con CBN a 2 lts x min.
- Recién nacido en incubadora.
- Disminución de peso del nacimiento.
- Residuo gástrico : 5cc
- Tono muscular disminuido, por prematurez.
- Frialdad de la piel.
- Completamente dependiente.
- Procedimientos invasivos: CVP, SOG.

### **3.2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS**

- Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez neurológica e/p aleteo nasal, tiraje intercostal y taquipnea.
- Termorregulación ineficaz r/c inmadurez e/p frialdad de la piel, reducción de temperatura corporal.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad e/p incapacidad para coordinar la succión, la deglución.
- Riesgo de retraso en el desarrollo r/c prematuridad.
- Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (SOG, CVP).

### 3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNÓSTICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente dependiente de oxígeno (CBN a 2 lts x min).</li> <li>- Sat O<sub>2</sub> a Fio<sub>2</sub> 21%: 84%</li> <li>- Silverman 2 (Aleteo nasal leve, tiraje intercostal leve).</li> <li>- FR: 63 x min.</li> </ul>	inmadurez neurológica	Aleteo nasal leve, tiraje intercostal leve, taquipnea. FR: 63 x min.	Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez neurológica e/p aleteo nasal, tiraje intercostal y taquipnea.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- RNPT con T° 35°</li> <li>- Frialidad de la piel.</li> </ul>	inmadurez	Frialidad de la piel, reducción de temperatura corporal.	Termorregulación ineficaz r/c inmadurez e/p frialidad de la piel, reducción de temperatura corporal.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Débil reflejo de succión y deglución.</li> </ul>	Prematuridad	.RNPT portador de SOG para alimentación.	Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad e/p incapacidad para coordinar la succión , la deglución.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso</li> </ul>	Prematuridad	No tiene evidencia por ser diagnóstico de riesgo	Riesgo de retraso en el desarrollo r/c prematuridad

- Riesgo de infección	Procedimientos invasivos (SOG, CVP)	No tiene evidencia por ser diagnóstico de riesgo.	Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (SOG, CVP).
-----------------------	-------------------------------------	---	--

### 3.3 PLANIFICACIÓN

#### 3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Dominio 4: actividad /reposo Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares Patrón 4: actividad /ejercicio Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez neurológica e/p aleteo nasal, tiraje	<b>Cardio pulmonar (0415) Estado respiratorio</b> 041501 Frecuencia respiratoria 041508 Saturación de O2. 041528 Aleteo nasal	<b>Monitorización respiratoria (3350)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>- Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de los músculos intercostales y supraclaviculares.</li> <li>- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</li> <li>- Monitorizar patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.</li> <li>- Monitorizar niveles de Sat O<sub>2</sub></li> <li>- Aplicar Sensores de oxígeno continuos no invasivos.</li> </ul>	RNPT con FR: 45 x min, Sat. O <sub>2</sub> 95 %, sin aleteo nasal con apoyo ventilatorio CBN a 2 lts x min.

intercostal y taquipnea.		<b>Oxigenoterapia (3320)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</li> <li>- Preparar el equipo de oxígeno.</li> <li>- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li> <li>- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno.</li> <li>- Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia.</li> </ul>	
Dominio 11 Seguridad /protección Clase 6: Termorregulación Patrón: Nutricional metabólico Termorregulación ineficaz r/c inmadurez e/p frialdad de la piel, reducción de temperatura corporal.	<b>Regulación metabólica: (0801)</b> <b>Termorregulación</b> 080116 Inestabilidad e la temperatura. 080118 Hipotermia. <b>Crecimiento y desarrollo</b>	<b>Regulación de la temperatura (3900)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.</li> <li>- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.</li> <li>- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura continua.</li> <li>- Observar el color, la temperatura de la piel.</li> <li>- Colocar al recién nacido en incubadora.</li> <li>- Mantener la humedad al 50% o más en la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.</li> <li>- Precalentar los objetos (mantas, cobertores).</li> </ul> <b>Manejo ambiental (6480)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar factores de peligro del ambiente.</li> <li>- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> </ul>	Paciente hemodinámicamente estable, con T° corporal de 36. 5°.

	<b>( 0117)</b> <b>Adaptación del</b> <b>prematuro</b> 011705 Termorregulación	Controlar la iluminación.	
Dominio 2: Nutrición Clase 1: ingestión Patrón 2: nutrición metabólico Patrón de alimentación ineficaz del lactante. r/c prematuridad e/p incapacidad para coordinar la succión , la deglución	<b>Digestión y nutrición</b> <b>Estado nutricional del lactante (1020)</b> 102004 Tolerancia alimentaria. <b>Crecimiento y desarrollo (0117)Adaptación del prematuro</b>	<b>Alimentación enteral por sonda (1056)</b> - Observar si la colocación de la sonda es correcta, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción de aire. - Observar si hay presencia de sonidos intestinales. - Elevar la cabecera de la cuna 30° a 45 °. - Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. - Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos. - Antes de cada alimentación comprobar la existencia de residuo gástrico.	RNPT con adecuada tolerancia alimentaria. RG: 0 cc, mejorando coordinación de respiración, succión y deglución.

	<b>011707</b> <b>Tolerancia alimentaria</b> <b>011722</b> <b>Coordinación de la respiración, succión y deglución.</b>		
Dominio 13: crecimiento/desarrollo Clase 2: desarrollo Patrón 4: actividad/ejercicio Riesgo de retraso en el desarrollo r/c prematuridad	<b>Crecimiento y desarrollo (0117)Adaptación del prematuro</b> 011716 Atento a estímulos.	<b>Cuidados del lactante: prematuro ( 6826)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar espacio para el progenitor en la unidad y a la cabecera de la cama del lactante.</li> <li>- Informar a los progenitores sobre aspectos del desarrollo en los lactantes prematuros.</li> <li>- Facilitar el vínculo /apego entre progenitores y el lactante.</li> <li>- Instruir a los progenitores para que identifiquen las señales y estados del lactante.</li> <li>- Evitar la hiperestimulación, estimulando un sentido cada vez.</li> <li>- Realizar cambios posturales frecuentes del lactante.</li> </ul>	RNPT con incremento en peso y adecuado desarrollo.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar los estímulos (p.ej. luz, ruido, manipulación, y procedimientos) en el entorno del lactante y reducirlos cuando sea posible.</li> <li>- Reducir la luz ambiental.</li> <li>- Usar movimientos lentos y suaves al manipular, alimentar, y cuidar al lactante.</li> </ul> <p><b>Cuidados de canguro (del niño prematuro) 6840</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar las ventajas e implicancias de proporcionar un contacto piel a piel al bebé.</li> <li>- Vigilar los factores que influyen en la participación de los padres en el cuidado (p.ej. disposición, salud, disponibilidad y presencia del sistema de apoyo).</li> <li>- Preparar un ambiente tranquilo, privado y cálido.</li> <li>- Proporcionar al progenitor un sillón, reclinable.</li> <li>- Girar la cabeza del bebé hacia un lado en una posición ligeramente extendida para facilitar el contacto ocular con el progenitor y mantener la vía aérea permeable.</li> <li>- Animar al progenitor a que acaricie suavemente al bebé en la posición erguida en prono.</li> <li>- Fomentar la estimulación auditiva del bebé.</li> </ul>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardiaca, apnea).</li> </ul> <p><b>Manejo ambiental (6480)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear un ambiente seguro para el paciente.</li> <li>- Eliminar factores de peligro del ambiente.</li> <li>- Disponer de medidas de seguridad mediante la formación de nidos acolchonados.</li> <li>- Proporcionar un colchón firme.</li> <li>- Proporcionar una cama y entorno limpio y cómodo.</li> <li>- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.</li> <li>- Controlar la iluminación.</li> </ul>	
Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (SOG, CVP).	Control del riesgo Control de riesgo (1902)	<p><b>Protección contra las infecciones (6550)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>- Vigilar el recuento de leucocitos.</li> <li>- Mantener la asepsia.</li> <li>- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la piel y a las mucosas.</li> </ul> <p><b>Control de infecciones (6540)</b></p>	Ausencia de infección del sistema nervioso central y de infecciones agregadas.

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.</li><li>- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.</li><li>- Limitar el número de visitas.</li><li>- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.</li><li>- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.</li><li>- Usar guantes estériles según corresponda.</li><li>- Cambiar los sitios de las vías i.v.</li><li>- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.</li></ul>	
--	--	---	--

### 3.4 EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

#### 3.4.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA: SOAPIE

**S:** No valorable.

**O:** RNPT de 34 ss de EG. Según capurro con 2 días de vida, en incubadora, AREG, AREH, con piel y mucosas hidratadas, fosas nasales permeable, leve aleteo nasal, leve tiraje subcostal, con apoyo ventilatorio CBN a 2 lts x min Sat O2 96 %, portador de SOG para alimentación, abdomen b/d RHA +, con micción y deposición con depósito en pañal, presenta frialdad de piel, T° 34 ° C, tono muscular disminuido, CVP permeable pasando DW10% a 10cc /h, con débil reflejo de succión y deglución.

**A:** - Patrón respiratorio ineficaz r/c inmadurez neurológica e/p aleteo nasal, tiraje intercostal y taquipnea.

- Termorregulación ineficaz r/c inmadurez e/p frialdad de la piel, reducción de temperatura corporal.
- Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad e/p incapacidad para coordinar la succión, la deglución.
- Riesgo de retraso en el desarrollo r/c prematuridad.
- Riesgo de infección m/p procedimientos invasivos (SOG, CVP).

**P:** -

- Estado respiratorio, frecuencia respiratoria, saturación de O2, aleteo nasal.
- Termorregulación, inestabilidad e la temperatura, hipotermia, adaptación del prematuro.
- Estado nutricional del lactante, adaptación del prematuro, tolerancia alimentaria, coordinación de la respiración, succión y deglución.
- Adaptación del prematuro, atento a estímulos.
- Control de riesgo.

**I:**

- Monitorización respiratoria, oxigenoterapia.
- Regulación de la temperatura, manejo ambiental,
- Alimentación enteral por sonda.
- Cuidados del lactante prematuro, cuidados de canguro, manejo del ambiente.

- Cuidados del sitio de incisión: control de infecciones.

**E:** RNPT hemodinámicamente estable, en incubadora.

- RNPT con FR: 45 x min, Sat. O<sub>2</sub> 95 %, sin aleteo nasal con apoyo ventilatorio CBN a 2 lts x min.
- Paciente hemodinámica-mente estable, con T° corporal de 36.5°.
- RNPT con adecuada tolerancia alimentaria, RG: 0 cc, mejorando coordinación de respiración, succión y deglución.
- RNPT con incremento en peso y adecuado desarrollo.
- Ausencia de infección del sistema nervioso central y de infecciones agregadas.

## CONCLUSIONES

- a) El cuidado de enfermería del recién nacido pretérmino orientado en el neurodesarrollo afirma a disminuir las posibles complicaciones, influirá preponderantemente en el evitar futuro de esa persona.
- b) La constante capacitación de la especialista en cuidados de enfermería orientados al neurodesarrollo hará que el personal de enfermería refuerce sus competencias y experiencia marcada en la atención del recién nacido prematuro.
- c) Mediante la sistematización de las acciones, unificamos criterios y procedimientos para prevenir complicaciones relacionadas con el adecuado manejo del recién nacido prematuro.
- d) El proceso de atención de enfermería afirma las intervenciones del profesional de enfermería para disminuir factores de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, logrando la pronta recuperación del recién nacido.

## RECOMENDACIONES

- a) Fomentar el cuidado de enfermería del recién nacidos prematuros orientado en el neurodesarrollo en el servicio de neonatología del Hospital Selva Central y Enfermedades Tropicales.
- b) Gestionar con la jefatura de enfermería y con la oficina de capacitación de la RAJ para la realización de capacitaciones y/o cursos sobre neurodesarrollo y la realización de pasantías en hospitales con servicios de neonatología donde se apliquen cuidados de enfermería orientados al neurodesarrollo.
- c) Realizar una guía sobre Cuidados de enfermería orientados en el neurodesarrollo de recién nacidos prematuros con el grupo multidisciplinario del servicio para luego la aprobación e implementación en el servicio.
- d) Brindar cuidados de enfermería basado en el proceso de atención de enfermería dirigirá las intervenciones del profesional de enfermería para disminuir factores de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, logrando la pronta recuperación del recién nacido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. Revista médica de Sanidad militar [Internet] 2018 Junio [citado 2019 noviembre 30]; 72 (1): 19 - 23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81204>.
2. Agüero S. Cuidado en el Neurodesarrollo, 7° Congreso Argentino de Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría, 6° Jornadas de Enfermería en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría, 5° Jornadas de Kinesiología en Emergencias y Cuidados Críticos en Pediatría; 2014; México; 2014. p. 9 – 22.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet].Perú: UNICEF; c2019. Estadística [citado 1 diciembre 2019]. [1 pantalla]. Disponible en: [www.unicef.org](http://www.unicef.org).
4. Dirección general de epidemiología [Internet].Perú: DGE; c2019. Estadística [citado 30 noviembre 2019]. [1 pantalla]. Disponible en: [www.dge.gob.pe](http://www.dge.gob.pe).
5. Diresa Junín [Internet].Perú: DJ; c2019. Estadística [citado 30 noviembre 2019]. [1 pantalla]. Disponible en: [ww.diresajunin.gob.pe](http://ww.diresajunin.gob.pe).
6. Jorrín C. Cuidados centrados en el desarrollo y la familia en el recién nacido prematuro [tesis licenciatura]. Cantabria – España: Universidad de Cantabria; 2018.
7. Xocuitz AC. Percepción y conocimiento sobre el cuidado del recién nacido con síndrome de aspiración de meconio en el personal de enfermería del "CEMEV" [tesis licenciatura]. Xalapa - México: Universidad Veracruzana; 2014.
8. Vintimilla A. Conocimiento de los profesionales sobre el programa NIDCAP (cuidado individualizado y evaluación del desarrollo del recién nacido) Unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital José Carrasco Arteaga – 2018 [tesis licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018.

9. Alegre, V. L. Y Col. Grado de conocimiento del profesional enfermero sobre el neonato y su neurodesarrollo durante la estancia hospitalaria en el servicio de neonatología [tesis licenciatura]. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 2016.
10. Mosqueda R. Conocimientos y percepciones de los profesionales sobre los cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología [tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid; 2016.
11. Valle E. y Col. Cuidados centrados del desarrollo en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, una estrategia postergada. Revista médica MD [Internet] 2015 Junio [citado 2019 octubre 30]; 6.7 (2): 77 - 82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63609/>.
12. Gutiérrez J. A. y Col. Cuidados centrados en el desarrollo en unidades de neonatología de México. Ginecología y Obstetricia de México [Internet] 2015 Junio [citado 2019 noviembre 30]; 85 (6): 355-363. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000600355](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000600355).
13. López C., Zegarra P. Nivel de conocimiento y práctica del cuidado de la enfermera en el neurodesarrollo del prematuro en hospitales de la ciudad de Chimbote 2018 [tesis especialidad]. Chimbote: Universidad privada Antenor Orrego; 2018.
14. Quispe A. Y. Conocimiento y práctica de las enfermeras sobre cuidado centrado en el desarrollo del prematuro hospitalizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Marzo – Agosto 2018 [tesis especialidad]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2018.
15. Dávila K. B., Solís X. A. Cuidados enfermeros orientados al neurodesarrollo del recién nacido pretérmino hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital de EsSalud. Chiclayo, 2016 [tesis licenciatura]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2016.
16. Broncano Y. N. Cuidado humanizado al recién nacido prematuro y familia: Una perspectiva de enfermería, Hospital Docente Madre Niño

San Bartolomé 2015 [tesis doctoral]. Lima: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2016.

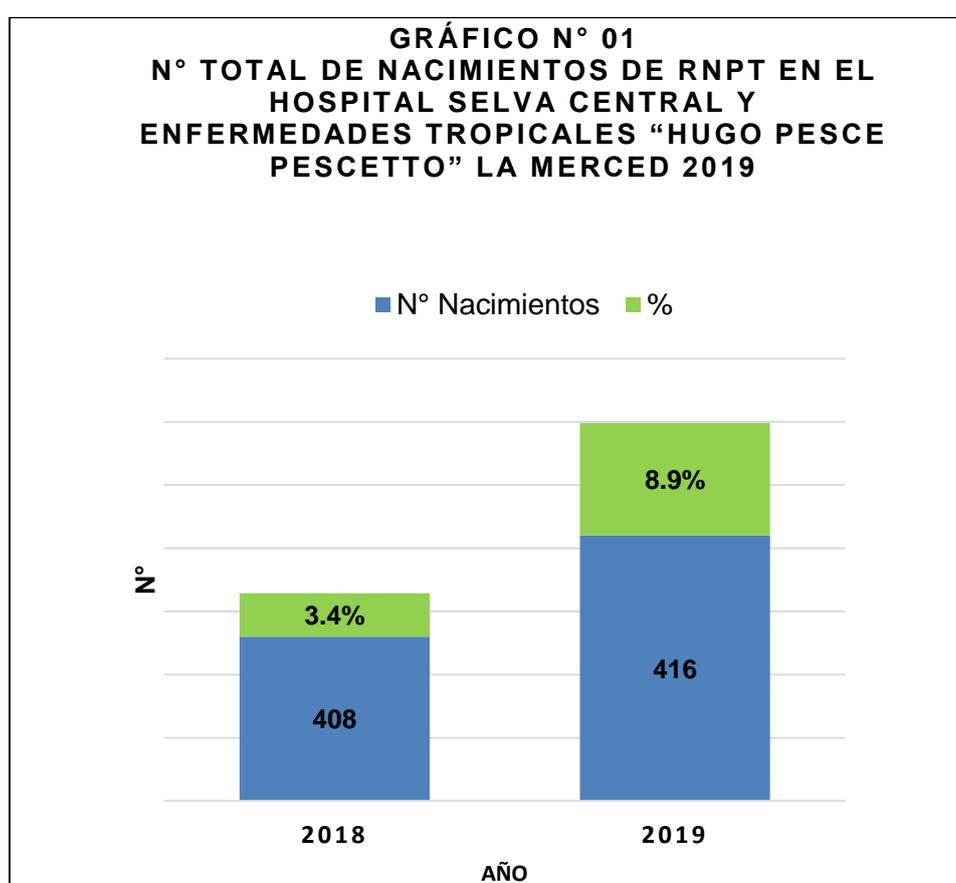
17. Bustamante D. P., y Col, Conocimientos y prácticas de enfermeras sobre el cuidado del neurodesarrollo de neonatos del servicio de neonatología - Hospital Regional Lambayeque – 2015 [tesis especialidad]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.
18. Blogger Araque M. [Internet]. México: Prezi; c2014. Teoría sináptica; [citado 30 noviembre 2019]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://prezi.com/ilngt0oha63d/teoria-sinaptiva/>.
19. Blogger Unknown [Internet]. España: Blogger Unknown; c2014. El cuidado: Florencia Nightingale; [citado 15 noviembre 2019]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/florence-nightingale.html>.

## **ANEXOS**

**TABLA N° 01**

**N° Total de nacimientos de RNPT en el Hospital Selva Central y Enfermedades TROPICALES “Hugo Pesce Pescetto” La Merced 2019**

<b>AÑO</b>	<b>N° Nacimientos</b>	<b>Prematuros</b>	<b>%</b>
<b>2018</b>	<b>408</b>	<b>14</b>	<b>3.4</b>
<b>2019</b>	<b>416</b>	<b>37</b>	<b>8.9</b>
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>68</b>	



En el gráfico N° 01 se muestra que el mayor porcentaje de recién nacidos prematuros fueron en el 2019 con 8.9% de casos y en menor porcentaje en el 2017 con 3.4 % de casos.

### IMAGEN N°01



Recién nacido prematuro en nido, con sensor en MII, SOG para alimentación.

### IMAGEN N°02



Recién nacido en incubadora con protección a la iluminación: manta cubre incubadora.

**IMAGEN N°03**



Cobertor o manta que cubre incubadora

**IMAGEN N°04**



Madre realizando mamá canguro a los 7 días de vida de RNPT.