



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADO DE RECIÉN NACIDO PREMATURO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

SOFIA MONZERRAT VELAZQUEZ VAZQUEZ

ASESORA DE TESIS:
LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Enero 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

A Dios, creador de todo lo que nos rodea ya que con su aliento de vida y bendición logre culminar esta noble carrera para poder ayudar a otras personas en especial la base de este plan de cuidado que son los prematuros.

A mis padres que, con su apoyo incondicional a lo largo de la carrera, ser mi sostén en los momentos tristes y compartir mi alegría en el cumplimiento de mi meta.

A mis abuelos que desde el cielo me cuidan y fueron mi inspiración para elegir mi profesión.

Dedicatoria

A mis padres, les dedico este trabajo como parte del esfuerzo que realizaron para que yo culminara mi carrera, sin ellos, no lo hubiera podido lograr.

A mis abuelos, una dedicatoria hasta el cielo, por seguir siendo mi motivación para ser una mejor enfermera.

Índice

<i>Introducción</i>	1
Planteamiento del Problema	1
Marco Teórico	4
<i>Plan de Cuidado</i>	8
Caso Clínico	8
Razonamiento Diagnóstico	10
NANDA y NOC	11
NIC	12
<i>Evolución</i>	13
<i>Conclusión</i>	14
<i>Referencia Bibliográfica</i>	15

Introducción

Planteamiento del Problema

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) un niño es prematuro cuando nace antes que se hayan completado las 37 semanas de gestación cuando lo normal son 40 semanas. El nacimiento de niños prematuros no depende de si el país es de ingreso alto, medio o bajo, cada año nacen 15 millones de niños prematuros, es decir, 1 de cada 10 es prematuro, concentrándose un 60% en África Subsahariana y en Asia Meridional. ⁽¹⁾

Cada año llegan a morir cerca de 1 millón de niños prematuros en todo el mundo, se estima que tres cuartas partes de estos niños podrían llegar a sobrevivir si tuvieran acceso a mejores cuidados, aunque de igual forma en los países más desarrollados nacen niños prematuros estos cuentan con mejores oportunidades en cuanto a salud lo que significa que sobreviven 9 de cada 10 niños prematuros, mientras que en los países con bajo desarrollo llegan a sobrevivir 1 de cada 10 niños prematuros. ⁽¹⁾

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que en el 2013 de las 6.6 millones de muertes en niños menores de cinco años que estimaron, las complicaciones derivadas de nacimientos de niños prematuros representaron casi 1.1 millones de muertes. De manera específica 965,000 mil muertes en los primeros 28 días de vida, adicionando 125,000 mil muertes entre lo que va el primer mes y los cinco años. La Dra. Joy Law de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres dice “Esto marca un cambio de rumbo, una transición de condiciones relacionadas a infecciones neonatales, especialmente aquellas relacionadas con los nacimientos prematuros, que requerirá enfoques médicos y de salud pública totalmente diferentes”.⁽²⁾

Desde el 2000, la tasa a nivel mundial de la mortalidad infantil en menores de años ha disminuido drásticamente de 76 a 46 muertes por cada 1000 nacidos vivos, esto es una tasa de reducción anual del 3.9 por ciento. Esto en contraste con la tasa de mortalidad de recién nacidos prematuros que se ha reducido en un solo 2.0 por ciento anual basada en la tasa global de mortalidad para nacimientos prematuros de la OMS en 2000 y 2013.

Los países con el mayor número de muertes anuales de recién nacidos por complicaciones derivadas a prematuridad son: India con 361,000 mil, Nigeria 98,300 mil, Pakistan 75,000 mil, República Democrática del Congo 40,600 mil, China 37,200 mil, Bangladesh 26,100 mil, Indonesia 25,800 mil, Etiopía 24,400 mil, Angola 15,900 mil y Kenia 13,300 mil. ⁽²⁾

La OMS agrega que los niños nacidos prematuros necesitan más cuidados ya que no se encuentran preparados para la vida extrauterina, se enfrían con mayor facilidad, así como necesitan más ayuda para alimentarse, de igual forma pueden tener dificultad para respirar y mayor riesgo de infección. ⁽¹⁾

De igual forma la UNICEF menciona que en países con ingresos altos el aumento de nacimientos de niños prematuros se vincula con el número de mujeres mayores teniendo bebés, así como un aumento de drogas relacionadas a la fertilidad que da como resultado embarazos múltiples. En algunos países desarrollados el aumento se debe a los partos medicamente inducidos y las cesarías innecesarias, mientras que en los países pobres estos nacimientos se vinculan a infecciones, malaria, VIH y altas tasas de embarazo adolescente. ⁽²⁾

En México nacen más de 120 mil prematuros moderados al año siendo esta causa de mortalidad neonatal en un 28.8%; de igual forma se reportan otras causas con menor incidencia como son defectos de nacimiento con un 21.1%, infecciones en un 19.5% así como hipoxia y asfixia en un 11%. En el 2013, según los datos estadísticos del Instituto Nacional de Perinatología, describe como principales factores de riesgo para un parto pretermino el tabaquismo materno, enfermedades infecciosas y la salud mental de la madre. ⁽³⁾

En el año 2015, se consideró una tasa de mortalidad de 12.58% por cada 1000 nacimientos, la mayor mortalidad es en recién nacidos ya que prácticamente la mitad de las defunciones ocurrieron durante el primer mes de vida y hasta un 75% ocurrió durante la primera semana, las causas más frecuentes son el nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, infecciones, asfixia y traumatismo durante el parto. ⁽⁴⁾

Así mismo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) menciona que la salud de la futura mamá es un factor importante para llegar a un embarazo a término y de los 414 mil bebés que nacen cada año dentro de la institución 40 mil 411 son prematuros. La Dra. Aida Patricia Martínez de Gante explicó que la prematurez puede ser ocasionada por diversas condiciones de la salud de la madre, como padecer diabetes, hipertensión, problemas renales, infecciones en vías urinarias u obesidad, de igual forma agregó que un grupo de estos pacientes pueden tener algún tipo de malformación congénita, generalmente del tubo digestivo, del sistema nervioso central o cardiopatías. ⁽⁵⁾

Marco Teórico

Para iniciar la NOM-007-SSA2-2016 dirigida a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida define el embarazo como a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina en el nacimiento. ⁽⁶⁾ De igual manera el Manual de Atención del Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros y Recién Nacido Sano lo define como el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del niño. ⁽⁷⁾

El mantenimiento del feto dentro del útero le proporciona un medio favorable, así como el apropiado aporte de nutrientes y oxígeno para su desarrollo, requiere una serie de cambios adaptativos maternos. Estos cambios fisiológicos adaptativos son secundarios a eventos mecánicos y eventos hormonales, aparte de crear un ambiente favorable también son responsables de los síntomas frecuentes y propios del embarazo. ⁽⁸⁾

Dentro de los signos y síntomas de sospecha tenemos la amenorrea secundaria, náuseas, vómito, alteraciones en el gusto y el olfato, el aumento de la masa corporal, pigmentación de la areola mamaria y aumento de la misma, los métodos comprobatorios son la prueba inmunológica del embarazo, presencia de células naviculares, falta de cristalización del moco fetal, así como sombra fetal por ultrasonografía. ⁽⁷⁾

Así mismo procedemos a definir en base a la NOM-007-SSA2-2016 que recién nacido se refiere al producto de la concepción hasta los 28 días de edad. De igual forma en base a nuestro tema central define que el recién nacido pretermino es aquel cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 37 semanas, cuando no se llegue a conocer la edad gestacional, se considera aquel nacido con un peso menos a 2500 gramos, o las escalas de Capurro y Ballard. ⁽⁶⁾

La mayor incidencia de recién nacidos prematuros ocurre tras presentar la embarazada un parto pretermino espontaneo o nacido tras amniorraxis prematura, de igual forma otros factores asociados son el haber tenido partos prematuros, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno. Así mismo la

gestación múltiple espontánea o inducida aumenta la tasa de prematuridad y esto representa una cuarta parte, la incidencia de embarazos múltiples y lo demostrado en la práctica son recién nacidos prematuros. ⁽⁹⁾

Si se llega a comparar el aspecto de un recién nacido a término con el de un prematuro veremos a simple vista que en cuanto más prematuro y más pequeño tendrá mayor superficie corporal en su cabeza, existe también una diferente en relación al peso de los órganos, así como otras singularidades como lo es la inmadurez del sistema renal, poco desarrollo de la piel y la distribución del líquido corporal. ⁽¹⁰⁾

Los recién nacidos prematuros tienden a requerir más tiempo en el área de cuidados intensivos neonatales, hasta que la madurez de sus órganos sea la óptima y puedan regular su temperatura, mantener sus niveles de glucosa, así como alimentarse bien y llegar a un peso óptimo. Dentro de las características físicas que podemos encontrar es la poca grasa debajo de la piel, pocas arrugas en la planta del pie, poco cartílago en las orejas, venas visibles, de igual forma observaremos periodos de apnea, dificultad para realizar el reflejo de succión, así como la actividad motriz disminuida. ⁽¹¹⁾

Dentro de las características fisiológicas, destaca una muy importante que es la función pulmonar, sabemos que esta función se basa en el intercambio gaseoso, la vía aérea superior se compone de conductos cartilaginosos, su función consiste en filtrar, conducir, humidificar y atemperar el aire que entra al cuerpo, esta vía termina hasta los bronquios que son de pequeño calibre, la vía respiratoria membranosa y los bronquios terminales. La vía aérea inferior conduce el aire a los bronquios terminales para realizar el intercambio de gases, el músculo liso juega un papel importante desde temprana edad ya que permite la inervación excitatoria e inhibitoria. De igual forma las costillas en su mayor parte son de cartílago y la caja torácica tiende a ser circular, el ángulo del diafragma es horizontal en vez de oblicuo con relación al adulto. ⁽¹⁰⁾

En el recién nacido prematuro la función pulmonar se ve comprometida, esto es por diversos factores como lo es la inmadurez neurológica central y debilidad de los músculos respiratorios, asociado a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de la síntesis de surfactante y un aumento de la membrana alveolo capilar, así como la vascularización pulmonar no se encuentra desarrollada de manera completa y disminuye

el número de capilares alveolares. Por lo anterior vemos que la patología respiratoria es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad y esto se representa por el distres respiratorio por déficit del factor surfactante o enfermedad de Membrana Hialina y displasia broncopulmonar. ⁽⁹⁾

De igual forma el Sistema Nervioso Central (SNC) es afectado por la inmadurez al nacer, ya que este cuenta con una capacidad disminuida de la adaptación postnatal, se caracteriza por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris, así mismo la permeabilidad aumentada de la barrera hematoencefálica puede producir kernicterus. En la parte oftalmológica tenemos que el poco desarrollo de la vascularización de la retina puede llegar a producir Retinopatía del Pretermino, los recién nacidos prematuros son una población de riesgo por el gran potencial para adquirir enfermedades visuales centrales. ⁽⁹⁾

Otra parte importante es la cardiovascular, esta sufre cambios al momento de nacer ya que se pasa de un intercambio gaseoso placentario a uno pulmonar, el flujo se eleva de manera rápida, desaparece el flujo sanguíneo umbilical-placentario y se comienzan a cerrar los ductus fetales que son el arterioso y el oval, el primero se cierra en dos estadios en uno funcional y otro anatómico. En el recién nacido prematuro se observa un retardo en el cierre de estas estructuras que conlleva a patologías como la hemorragia intra-periventricular, displasia broncopulmonar, entre otras. ⁽⁹⁾

La maduración gastrointestinal se ve afecta en la disminución del reflejo de succión y de la coordinación de la deglución ya que estos se desarrollan en su totalidad posterior a la semana 34, la motilidad intestinal es pobre y con frecuencia presenta retraso de la evacuación y meteorismo, así como es un factor importante para la Enterocolitis Necrosante. En otro apartado tenemos el sistema inmunológico donde la inmunidad inespecífica o general es ineficaz, a esto le sumamos la débil barrera cutánea, mucosa e intestinal, así como la disminución de la respuesta inflamatoria e incompleta fagocitosis, de igual forma el recién nacido prematuro no puede limitar la infección por lo que puede complicarse y desarrollar sepsis. ⁽⁹⁾

En la parte metabólica, en el recién nacido prematuro el mayor gasto se centra en mantener la termorregulación y la respiración, esto se realiza a expensas de la glucosa que se almacena en el último trimestre fetal como glucógeno en el hígado, músculo cardíaco y esquelético, en caso de consumirse los depósitos de glucógeno se puede utilizar el tejido graso como combustible, sin embargo, en el prematuro este solo representa un 7% a las 32 semanas comparado con el 16% de los nacidos a término. Cabe resaltar que los depósitos de glucógeno son escasos y tiene poca capacidad para dar respuesta las sobrecargas proteicas, hipoglucemia y acidemia. ⁽¹⁰⁾

El recién nacido prematuro presenta en su mayoría dificultades que son relacionadas a la insuficiencia placentaria crónica o aguda y pueden nacer asfixiados, aspirar meconio, poliglobulia o desarrollar alteraciones metabólicas, dentro de los cuidados al prematuro tenemos el mantener la temperatura corporal y disminuir el riesgo de daño cerebral. ⁽¹⁰⁾

Durante un periodo de tiempo los prematuros permanecerán en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que sus problemas médicos estén bajo control y estos incluyen la ganancia constante de peso, madurez de sus órganos, ingesta adecuada de leche materna, capaz de mantener su temperatura corporal, aparte se suma la recuperación sobre la patología agregada. Gran parte de los prematuros al cumplir las 35 y 37 semanas de edad gestacional y tener un peso entre 2 a 2.5 kg el médico puede considerar un alta hospitalaria. ⁽¹¹⁾

En base a lo anterior expuesto, tenemos que tomar en cuenta que el personal de Enfermería deberá realizar diversos cuidados debido a la alta morbilidad y mortalidad. Dentro de estos cuidados encontramos el monitoreo de la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, tensión arterial, así como utilizar oxigenoterapia y mantener la temperatura. Con lo que respecta a la alimentación se debe realizar por vía enteral, parenteral y de ser posible lactancia materna, así como al realizar diversos procedimientos invasivos debemos evitar el dolor y mantener la mayor esterilidad e higiene posible del entorno. El personal de Enfermería de igual forma debe protegerlo de la luz, ruidos, mantenerlo en posición fisiológica haciendo un nido con las sabanas y favorecer el contacto piel con piel con los padres. ⁽¹²⁾

Plan de Cuidado

Caso Clínico

Se trata de paciente masculino de 10 días de vida el cual han enviado a TAC de cráneo, al cual pasa y se solicita O2 por presentar apneas y cianosis.

Padre 37 años, Madre 32 años, con control prenatal, sin ninguna complicación. Producto de gesta 6, con embarazo normo evolutivo, obtenido por parto, con Apgar 8-9 en los tiempos convencionales. Refiere el padre que destaca movimientos anormales, así como desviación de la mirada, por lo que al parecer se impregna con DFH, y solicitan TAC de cráneo a descartar MAV, Hemorragia intracraneal

A su ingreso en malas condiciones generales, hipoactivo, reactivo con cianosis generalizadas y periodos de apnea por lo que se indica IOT y ventilación mecánica asistida.

Con microcefalia, cabello bien implantado, las pupilas isocóricas isorraflaxicas, implantación baja de pabellones auriculares, puente nasal achó, mucosas orales hidratadas, con micrognatia, tórax con buena ampliación, buena entrada y salida de aire, al área cardiaca adecuada y sin soplos, el abdomen semiblando, peristalsis disminuida, extremidades con hiporreflexia, con manos empuñadas con llenado capilar distal de 3 segundos.

En fase III de ventilación, con bradicardia de 84 respiraciones por minuto, sin automatismo respiratorio, leve reactividad a estímulos nociceptivos, a la auscultación ambos hemotórax con hipoventilación basal, abdomen con hepatomegalia a 3-4-4 cm PDRC, hipoperistalsis, miembros inferiores hiporreflexicos con temblores al estimular, llenado capilar de 2 segundos aun sin poder transfundir plasma fresco por ser incompatible, curva térmica con tendencia a hipotermia, sin cambios , sus condiciones son críticas, importante muestra insuficiente para perfil de TORCH, muy grave con pronóstico reservado a evolución.

RN de 12 días de vida y manejo de sepsis temprana, falla múltiple, muy difícil evolución pues no hay respuesta al manejo medico intensivo, depende de ventilación mecánica con saturación de 80m promedio, persiste bradicardia, hipotermia, hipoglicemia, la Uresis en limites, observa ictericia general, discreto edema, aun movimientos tónicos, no hay automatismo respiratorio, FA puntiforme, pupila miosis, mucosas húmedas, la entrada de aire regular ausculto disparo-entrada de aire apicales, en precordio bradico tono bajo, no hay soplo, el abdomen globoso sin alarma peritoneal con hígado y bazo ¾ cm de drc, sin peristalsis edema + llenado capilar 1-2”.

Indicaciones:

Ayuno, cuna, ventilador dinámico, monitor permanente, cge-svt, eutermia, cuidados tubo ET, sol ara 8 hrs, g5% 70 ml, sol salina 17.5ml, kcl 2meq,cefotsaxima 130 mg iv, amikacina 40 mg iv c/ 24 hrs, omeprazol 3mg c/24 hrs iv, vitamina k 1m c/24 hrs, dfh 8mg iv c/8 hrs, furosemide 1.5mg iv c/12 horas.

Razonamiento Diagnóstico

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<p>FC:77 x'</p> <p>FR:25x'</p> <p>T:37°c</p> <p>Dificultad Respiratoria</p> <p>Sibilancias</p> <p>Estertores</p> <p>Bajo Peso</p> <p>Palidez de tegumentos</p> <p>Saturación de oxígeno baja</p>	<p>Signos:</p> <p>T/A: 115/60</p> <p>FC: 77x'</p> <p>FR:25x'</p> <p>T:37°c</p>	Real	Deterioro del intercambio de gases (00030)	<p>Dominio: 3</p> <p>Eliminación e intercambio</p> <p>Clase :4</p> <p>Función Respiratoria</p>	<p>Cambios en la membrana alveolo capilar</p> <p>Desequilibrio de la ventilación y perfusión.</p>	<p>-Gasometría arterial anormal</p> <p>-Disnea</p> <p>-Taquicardia</p> <p>-Aleteo Nasal</p> <p>-Agitación</p>	<p>Deterioro del intercambio de gases (00030)</p> <p>m/p: Gasometría arterial anormal, Disnea, Taquicardia, Aleteo Nasal, Agitación</p> <p>r/c: Cambios en la membrana alveolo capilar</p> <p>Desequilibrio de la ventilación y perfusión.</p>

NANDA y NOC

PLACE DE:						
NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
2	Hospitalización	MI	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 3	CLASE:4	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO:3	CLASE:4	0414 Estado cardiopulmonar	1.- Desviacion grave del rango normal 2.- Desviación sustancial 3.- Desviacion moderada 4.- Desviacion leve 5.- Sin Desviacion del rango normal	-Logrado: 2 Sustancialmente comprometido -En vías de lograrse: 3 Moderadamente comprometido -No logrado: 4 Ligeramente comprometido
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Deterioro del intercambio de gases(00030)		Dominio:2	Salud fisiológica	0415 Estado Respiratorio		
FACTORES RELACIONADOS: Cambios en la membrana alveolo capilar		Clase :E Cardiopulmonar	0402 Intercambio Gaseoso	0410 Permeabilidad de las vías respiratorias		
Desequilibrio de la ventilación y perfusión.				0408 Perfusion Tisular pulmonar		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Gasometría arterial anormal Disnea Taquicardia Aleteo Nasal Agitación						

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO:2 Fisiologico Complejo	CLASE:2
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:
<p>ACTIVIDADES: Mantener vías aéreas permeables, mediante posición y aspiración de secreciones. Monitorizar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. Observar el movimiento torácico, simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales. Auscultar campos pulmonares para detectar presencia o ausencia de ventilación y sonidos anormales. Observar presencia de taquipnea, hipoventilación, bradipnea, respiraciones superficiales periódicas o apneas y valorar el grado de riesgo de alteración de la perfusión cardiovascular y respiratoria. Colocar al neonato en posición: ventral, prono, decúbito lateral derecho o izquierdo para favorecer la ventilación</p>	<p>Evaluar la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso y de los resultados de gasometría de sangre arterial. Observar signos de hipoventilación inducida por el oxígeno, toxicidad o atelectasia por absorción, como: baja distensibilidad pulmonar, resistencias pulmonares aumentadas, incremento en el gasto respiratorio, etc. Actuar acorde a Normas y procedimientos institucionales. Monitorizar la respuesta del neonato a la oxigenoterapia. Vigilar datos de insuficiencia respiratoria monitoreando los resultados del ventilador (PaO2 bajo y PaCO2 Alto) Tomar muestras para análisis gasométrico.</p>
<p>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier. Madrid España 2010 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2008 3.- McCloskeyD.j, Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2007</p>	

Evolución

El paciente tiene un pronóstico reservado para la vida, sus múltiples afecciones dan paso a un deterioro orgánico o múltiple, en estos casos, las intervenciones de Enfermería aplicadas al paciente mediante el uso del Proceso de Atención de Enfermería en conjunto con la taxonomía NANDA, NOC y NIC, permiten brindar una atención de calidad y cuidados basados en la evidencia científica existente.

Durante el turno, al paciente se le logra mantener en un estado estable con las intervenciones independientes, sin embargo, existen intervenciones interdisciplinarias en las cuales se esperan indicaciones prescritas y en conjunto con otros profesionales del equipo de salud.

Conclusión

Enfermería es una profesión humanística y holística, donde no solo se limita la atención a un grupo de edad en específico, en este caso que se vio es a un nacido prematuro. La importancia de los cuidados dirigidos al patrón respiratorio, al ser un patrón considerado vital para la vida, debe de atenderse con la mayor prontitud y calidad en cuanto a los cuidados proporcionados. Así mismo el personal de Enfermería debe conocer el manejo de los equipos electro médicos, que ayudan a nuestras intervenciones mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Referencia Bibliográfica

- 1.- Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]: Date Unknow; Noviembre 2015, [Noviembre 2015; Marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/
- 2.- UNICEF. Día Mundial del Nacimiento Prematuro [Internet]: Date Unknow; 052 de Mayo del 2012, [Mayo 2012; Marzo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
- 3.- López-García Berenice, Ávalos Antonio Nilvia, Díaz Gómez Noé Belmar. Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. Rev. sanid. mil. [revista en la Internet]. 2018 Feb [citado 2021 Abr 18]; 72(1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es.
- 4.- Montañó-Pérez CM, Cázares-Ortiz M, Juárez Astorga A, Ramírez Moreno MA. Morbilidad y Mortalidad en recién nacidos menores de 1000 gramos en una institución pública de tercer nivel en México. Rev Mex Pediatr [Internet] 2019 [20 de Abril 2021]; 86 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2019/sp193d.pdf>
- 5.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Gobierno de México [Internet]. México: IMSS; 17 Julio 2018 [Consultado: 20 de abril 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201807/179#:~:text=De%20los%20425%20mil%20516,las%2037%20semanas%20de%20gestaci%C3%B3n>.
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 17 Febrero 2016 [Consultado: 20 de abril 2021]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- 7.- Secretaria de Salud. Manual de Atención: Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros y Recién Nacido Sano [Internet]. México; 29 de mayo del 2011 [Consultado: 21 de abril del 2021]. Disponible en:

https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=576-manual-de-atencion-embarazo-saludable-parto-y-puerperio-seguros-recien-nacido-sano&category_slug=documentos-de-referencia&Itemid=493

8.- Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 9na Ed. Perú. Publisher unkonw. Agosto 2019 [Consultado: 21 de abril del 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>

9.- Rellan Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García M.P. El Recién Nacido Prematuro. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP [Internet]. 2008 [Consultado: 21 de abril del 2021] 2da. Ed. (68-77). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

10.- Cannizzaro C.M, Paladino M.A. Fisiología y Fisiopatología de la adaptación neonatal. Anestesia Analgesia Reanimación [Internet]. 2011 [Consultado: 21 de abril del 2021] 24(2): 59-74. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>

11.- Stavis L.R. Recién nacido prematuro. [Internet] EE.UU. Merck Sharp & Dohme Corp. 2019 [2019; Consultado: 21 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros#>

12.- Barroso S.E, Ruíz G.R.M, Rodríguez A.L. El Recién Nacido Pretermino: Cuidados de Enfermería. Revista Electronica de Portales Médicos [Internet]. 2017 [Consultado 22 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/recien-nacido-pretermino-cuidados-enfermeria/>