



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADEMICO

“PREMATURIDAD”

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:

NEONATOLOGIA

PRESENTADO POR:

Lic. LUCY DORA MEJÍA TIPISMANA

ASESOR:

DR. HERNANDO MARTIN CAMPOS MARTINEZ

CHINCHA-ICA-PERU, 2017

Índice	
Presentación	¡Error! Marcador no definido.
Índice.....	2
Dedicatoria	3
Resumen.....	4
Palabras clave:	4
I. INTRODUCCION.....	5
II. MARCO TEORICO	6
III. ANTECEDENTES	9
IV. BASES TEORICAS	11
CAPITULO I	13
TEMA DEL CASO CLÍNICO.....	13
1. Definición.....	13
2. Incidencia	13
3. Etiología	13
4. Epidemiología	13
5. Patología	14
6. Fisiopatología	14
7. Diagnóstico diferencial	14
8. Factores de riesgo.....	14
9. Clasificación	14
10. Las formas clínicas y frecuencia de presentación.....	14
11. Repercusiones	15
CAPITULO II	16
CASO CLINICO.....	16
1. Introducción.....	16
2. Objetivo	16
3. Material y método.....	16
4. Caso clínico.....	16
• Anamnesis	16
• Exploración física	17
• Pruebas complementarias.....	18
• Diagnostico	19
• Tratamiento	19

• Evolución.....	19
• Epicrisis	20
5. Discusión y análisis	20
6. Conclusiones y recomendaciones	20
7. Propuestas de mejora	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXO.....	22
.....	22

Dedicatoria

Quiero agradecer a Dios, por ayudarme a poder realizar mis metas, y a mi familia por confiar en mí y alentarme a seguir adelante.

RESUMEN

El presente trabajo de caso clínico de Atención Enfermería, ha sido realizado en el hospital San José de Chincha, a un paciente neonato con el diagnóstico de Prematuridad, con EG de 34-35 semanas, por examen físico, bajo peso al nacer, infección neonatal, más Distrés respiratorio; siendo el principal objetivo el elaborar un plan de cuidados que puedan cubrir las necesidades reales del recién nacido y así establecer las acciones a seguir para resolver los problemas del mismo. Para esto se ha realizado utilizando un procedimiento para la intervención de estudio del caso:

Evaluación.- Como primer proceso en enfermería la recogida de información, del paciente y antecedentes familiares. **Diagnóstico.-** Es la conclusión y recomendación sobre el resultado. **Intervención de Enfermería.-** Se emplean estrategias para intervención del caso clínico. **Ejecución.-** Se interviene al paciente de manera oportuna. **Evaluación.-** Comparación de las propuestas para conseguir los objetivos establecidos.

Palabras clave: Prematuridad, Evaluación, Diagnostico de enfermería, intervención de enfermería, ejecución, evaluación.

I. INTRODUCCION

El parto pretérmino o parto prematuro es un desafío clínico en para la Pediatría, este ocurre antes de las 37 semanas de gestación. En mayor proporción los fallecimientos neonatales son en nacidos a pretérmino, con secuelas no solo sanitarias sino familiares y sociales.

Los recién nacidos que nacen antes de tiempo atraviesan un alto índice de riesgo de muerte en la primera semana de vida. Pudiendo desarrollar serios problemas en la salud, como enfermedad a los pulmones, gastrointestinales, pérdida del oído o la visión, retraso mental, entre otras enfermedades que incluso transmitidos por la madre.

Aunque la tasa es elevada, se desconoce los factores exactos que conllevan a un parto pretérmino, pero dado los casos cuando el recién nacido llega al mundo son trasladados a UNCI (Unidad Neonatológica de Cuidados intensivos), allí son intervenidos con maquinaria necesaria para eliminar en lo posible el contacto con la exposición de gérmenes ambientales, dándoles de alta cuando ya no necesitan de cuidado intensivo.

II. MARCO TEORICO

El bebe prematuro es al que ha nacido dos o tres semanas antes de la fecha que se estipulaba el parto desde la perdida de la regla de la madre.

Los niños prematuros en su mayoría nacen con un peso de 2 kg., al nacer, y tienen aspectos y comportamiento como un niño a término. Debido a que son de aspecto frágil.

Sus facciones son angulosas y agudas, su tono muscular es débil y bajo, debido a su carencia de la grasa subcutánea, por ese modo presenta pliegues de color rojo, con una gran cantidad de vello, su respiración es irregular.

Estos niños prematuros por lo general sus sentidos están alertas y muy activos, no orinan con mucha frecuencias durante las primeras horas de vida e incluso pueden demorar hasta un día en la contención de esfínteres.

Por lo que reduce las probabilidades de vida que un bebe que ha cumplido con las 4 semanas de gestación. La evaluación de la medida y peso al nacer son de suma importancia, por ello se considera conveniente aclarar esta terminología.

Esta situación de evolución del bebe con peso bajo al nacer debe ser percibida por el personal encargado en función preceonceptual.

Se sabe muy poco sobre los factores que causan el parto pretérmino. Algunos de los factores se pueden mencionar como muy poco tiempo de un embarazo a otro, embarazo entre madres muy jóvenes y de una edad sobre los 37 años, generando anomalías congénitas y partos espontáneos.

La incidencia de los partos pretérmino son un 5% de bebes nacidos vivos en mujeres de clase socioeconómica media alta, quienes reciben el cuidado correspondiente y su nutrición es adecuada.

Las mujeres que son propensas a riesgos son las mujeres menores de 18 años. Es evidente que el factor social, económico, psicológico y nutricional juegan un papel un papel importante en el desarrollo. Pero no descartando que sin importar la edad todas las gestantes están propensas a tener un parto espontaneo y nacimiento prematuro.

Existen diversos medicamentos que pueden inhibir la contracción uterina que podría evitar el parto prematuro. Estos medicamentos se aplican especialmente en centro perinatales de alto riesgo.

Dentro de los diversos factores que pueden generar un parto pretérmino, como: Preeclampsia, que es la característica de la aparición de la hinchazón de las manos, pies y caras, donde las causas son variables. La retención de líquidos

puede acompañar al aumento de peso, así como aumento de la presión sanguínea.

Eclampsia: pueden padecer de un ataque epiléptico, presentar convulsiones acompañados de edemas e hipertensión.

Embarazo abdominal: ocurre muy rara vez de 150000 gestaciones una, el feto crece en el saco que lo envuelve.

Desprendimiento prematuro de la placenta: Se debe a enfermedades vasculares y el desequilibrio endocrino de la madre, y deficiencia de la vitamina E, lo cual origina hemorragias.

Sarampión: o también llamada rubeola, es nociva para la madre, y solo es peligroso para él bebe si se contrae al tercer o quinto mes de gestación.

Sifilis: ITS, aunque muchos de los casos son abortados porque tienen un alto riesgo de anormalidad y deformaciones físicas.

Sustancias químicas: Como las drogas, alcohol, cigarrillos son excesivamente daños para la madre como para el feto, que generan en muchos de los casos deformaciones por el aumento de la vitamina A.

Estado emocional de la madre: dependiendo de cómo la madre perciba las cosas en su entorno puede transmitirle estados de ánimos, como angustia, tristeza, depresión, generando deformaciones físicas.

Edad de la madre: por lo general si la madre es menor de edad lo que se considera peligroso porque sus órganos reproductores en muchos de los casos no están desarrollados en su totalidad donde puede generar un problema para el desarrollo del feto y su formación.

Considerando que en este trabajo se ha considerado un caso de nacimiento prematuro, es importante conocer cuáles son las formas de utilización para su diagnóstico.

La evaluación de la condición en la que se halla el menor, es importante para poder establecer los parámetros de intervención y las manifestaciones respiratorias, neurológicas y test de Virginia.

Estos esquemas pueden establecer la práctica y el diagnóstico para orientar el manejo del recién nacido. Y además de ello se considera administrar una serie de evaluaciones adicionales como antecedentes, anamnesis, exámenes de laboratorio a la madre y al menor y exámenes de seguimiento.

Por lo general las secuelas de un recién nacido pretérmino, tienen que tener una rigurosa supervisión de su situación conductual, y como es definida como la pérdida de su peso y deficiencia intelectuales.

Según cada caso se determina la forma de tratamiento, que aplican intervención médica, psicológica, necesidades a corto y largo plazo, para reforzar la mejora de su audición y visión, facilitar la expresión de sentimientos, ayudar a la memoria, desarrollar la ejecución crítica, mejora de sus capacidades motrices, potencias su inteligencia artística y creativa, favorecer la integración social y cultural, para ampliar y mejorar las habilidades lingüísticas.

III. ANTECEDENTES

Idrogo Cayotopa, E. 2010. En su tesis "Características de la mortalidad en recién nacidos de bajo y muy bajo peso al nacer en el Hospital Regional de Cajamarca, año 2009", informa que la mortalidad en recién nacidos de muy bajo peso (36.84%) es mayor que en los recién nacidos de bajo peso (20.11%). Los recién nacidos de bajo peso constituyen el 70.2% y los de muy bajo peso el 29.8%, el mayor porcentaje de mortalidad por sexo sucede en los varones, es mayor también la mortalidad en partos domiciliarios que institucionales, así mismo es mayor la mortalidad en pacientes de parto distócico.

Castillo-Ráez P, Ramos-Ramos R. (2013). En su trabajo "Características epidemiológicas del recién nacido con peso inferior a 1500 gramos en el Hospital Regional de Ica", desarrollaron un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y observacional, sobre una población de 1722 recién nacidos, encontrándose una incidencia de 30 RNMBP (1,7%), de los cuales el 73.3% fueron de sexo masculino, la edad gestacional promedio fue de 32 semanas, el peso promedio fue de 1085g, el 93.3% de las madres tuvieron un control prenatal inadecuado, el 3.3 % recibió corticoide prenatal y el 56.6 % fueron productos de la primera gestación, además se encontró una mortalidad de 56.6%, siendo las causas más frecuentes: prematuridad, sepsis neonatal y enfermedad por déficit de surfactante.

Velásquez J. y cols. (2014) En el trabajo "Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco y Ucayali, Perú" determinaron una tasa de mortalidad de 14.5 en la región de Huánuco, en Ucayali la tasa de mortalidad fue de 12.1, la mayoría de muertes neonatales hospitalarias ocurrieron en los primeros 7 días de vida (87%), en neonatos prematuros (73.9%) y con bajo peso al nacer (67%). Las causas básicas más frecuentes de muertes neonatales fueron: infección (31,4%), malformación congénita (22,2%) y prematuridad (18,9%).

Santesteban E., y cols. (2012) en "Mortalidad y morbilidad de neonatos de muy bajo peso asistidos en el País Vasco y Navarra (2001-2006): estudio de base poblacional" encontraron que la displasia broncopulmonar disminuyó de manera significativa de un 20 a un 15%. La incidencia de hemorragia intraventricular de grado III o IV fue de 7,5% y de leucomalacia periventricular de un 3,1 %. Se diagnosticó infección vertical en un 4% de niños y sepsis o meningitis tardía en 25%, enterocolitis necrotizante en 9% y persistencia del conducto arterioso en el 14% de los niños. La tasa bruta de mortalidad neonatal total, tardía y precoz se

ha mantenido constante en este periodo de tiempo. La mortalidad neonatal inmediata mostró una tendencia descendente y una diferencia significativa por sexo, siendo esta mayor en los varones.

Fernández-Carrocerá L., Guevara-Fuentes C., Salinas-Ramírez V. (2011) en su trabajo "Factores de riesgo asociados a mortalidad en neonatos menores de 1500 g utilizando la escala CRIB 11", se analizó 52 casos fallecidos y 52 sobrevivientes. EL tiempo promedio fue de 28.5 y en peso 865g.

IV. BASES TEORICAS

Anualmente en el mundo nacen aproximadamente 15 millones de bebés, antes de llegar a la etapa final de gestación, es decir entre 10 casos 1. Se estipula que la cifra de niños fallecidos al año es de 1 millón prematuros por complicaciones intrahospitalarias. Muchos de los niños nacidos vivos padecen de alguna discapacidad relacionada a audición, aprendizaje y visión.

En el mundo los casos de prematuridad son la primera causa de mortalidad en menores de 5 años. Y aunque se ha venido implementando las medidas de seguridad para una mejor intervención y cuidado las cifras han aumentado en varios países y se cree que la cifra seguirá en aumento, por factores socioeconómicos, sociales y nutricionales.

Se ha hecho una investigación en 184 países, donde las cifras de nacimientos a pretérmino que arrojó fue una tasa de 5% a 18% en recién nacidos.

Hay una diferencia entre las tasas comparativas de neonatos prematuros en el mundo. Las condiciones culturales, donde los ingresos económicos son reducidos, la mitad de los bebés que han nacido a la semana 32, mueren por no recibir los cuidados básicos, como derivarlo a una incubadora para que su temperatura corporal se regule y los microorganismos no le afecten, tampoco el suministro de nutrientes y asesoría correspondiente a la madre para la lactancia, como tampoco haber realizado la correcta intervención de análisis y exámenes. Mientras que en los países donde sus ingresos económicos son mejores los bebés prematuros cuentan con profesionales y la maquinaria necesaria para ser intervenidos y sobreviven.

En los datos disponibles en el Instituto Nacional de Estadística (INE) de los últimos 10 años, la tasa de prematuridad global varió entre 1996 y 2006 del 5,84% al 6,84%, a los que debe añadirse el infraregistro producido por nuestra legislación. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas y entre los diferentes Hospitales que superan en algunos al 10 % del total de nacimientos⁴ Las tasas publicadas en Estados Unidos superan el 12,5%⁵ , aunque un porcentaje del 8,8%, corresponde a nacidos entre la 34 y la 36 semanas.⁶ . El nacimiento de pretérmino con E.G inferior a 32s. se mantiene relativamente estable y variando entre el 1 y 2 % del total de nacimiento¹ El registro oficial los recién nacidos de peso inferior a 1.500 gr. era de 0,62% en el año 1996 y el 0,75% en 2006³ . El número de recién nacidos en España en el año 2006 fue de 482.957, y se atendieron 3.651 neonatos de peso inferior a 1500 gr. ambas tasas referidas a los que sobrevivieron más de 24 horas.

El tipo de parto es una cuestión aun no resuelta, pero la cesárea es utilizada con un pico máximo (60-70%) a las 28 s. descendiendo conforme avanza la EG a tasas del 30% en los pretérmino que superar las 34 s. El parto debe tener lugar en un ambiente hospitalario, preferentemente programado con presencia de neonatología y enfermera experta. Preparar todo el material necesario para la reanimación y traslado en ambiente térmico estable, provisto del soporte asistencial para prestar ventilación mecánica, mantener perfusión y monitorización continua de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca por pulsoximetría. Existen estudios que demuestran que el uso de la CPAP nasal, para la estabilización inicial de los recién nacidos prematuros se ha acompañado de una disminución en el uso de surfactante y en el número de días con suplemento de oxígeno.

En particular, los órganos vitales no estarán completamente formados. Debido a estos factores, su doctor de cabecera debería tratar de retrasar el nacimiento del bebé hasta que el mismo sobrepase las 34 semanas de gestación para así permitir que el mismo/a desarrolle sus órganos vitales completamente y de manera saludable, como por ejemplo: los pulmones.

CAPITULO I

TEMA DEL CASO CLÍNICO

1. Definición

El bebe prematuro o pre-término es un recién nacido que nace antes de la formación completa de sus órganos que son las 37 semanas. Se define a la prematuridad como sinónimo de inmaduro, lo que implica que el niño no está para valerse por sí mismo y requiere de ayuda profesional. El grado de afección varia en como el recién nacido hace frente a su medio y es capaz de resolver los problemas que le presenta el medio ambiente.

Las principales causas de un bebe pretérmino en su mayoría de veces no son identificadas y se relacionan con la presentación. Los factores externos pueden inducir al nacimiento prematuro.

Las desventajas de la prematuridad tienen relación con el problema principal: la inmadurez, que compromete el funcionamiento de muchos órganos y pone en peligro su salud. Por tanto, el pronóstico del prematuro no depende de un problema aislado sino de una suma de trastornos, los que serán más severos en tanto mayor sea la inmadurez.

2. Incidencia

La incidencia de bebes prematuros oscila entre 8 a 15%, siendo mundialmente un promedio de 11%. Esta cifra es en diferentes ámbitos geográficos, clasificando los de recursos menores de 15%.

3. Etiología

En su mayoría los nacimientos prematuros, la presentación de algún microorganismo infeccioso es sospechada, aunque el tratamiento antibacteriano para contrarrestar no es efectivo en su totalidad. Otro factor es el consumo de tabaco y/o alcohol, acompañado de una situación socioeconómica desfavorable y aunque existen diversos factores una de las causas principales son las complicaciones por hipertensión y desnutrición intrauterina de la madre.

4. Epidemiología

Los factores que vinculan al nacimiento prematura son diversos y estudios realizados en instituciones consideran que las más frecuentes son la edad de la madre, el tiempo entre un parto y otro, infecciones en la madre, ruptura de

membranas, desprendimiento de la placenta antes de tiempo, embarazo de gemelas, e incluso embarazo precoz o adolescente.

5. Patología

- Nutricionales, debido a su inmadurez de succión de la leche y se requiere alimentación por sonda.
- Mantenimiento de la temperatura corporal, debido a que es escasa la grasa subcutánea, se requiere la mantención en incubadoras.
- Problemas respiratorios, por la inmadurez de sus pulmones y problemas en la respiración.

6. Fisiopatología

Inmadurez hepática, infecciones, escasa tolerancia a los alimentos, reflejos insuficientes, hemorragias, en algunos casos con lesión a la retina, un desbalance en vitamina, calcio, fósforo, hierro y calcio, deshidratación, hipotensión, anemias, bradicardia.

7. Diagnóstico diferencial

Según su clasificación el CIE10 no hay diagnóstico diferencial.

8. Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que involucran tanto a la madre como al menor recién nacido, los cuidados para el menor tienen que ser de intervención conjunta, donde son participes los padres, personal de salud, amigos y familiares, debido a que el cuadro que presenta puede desencadenar una recaída e incluso una enfermedad mucho mayor.

9. Clasificación

Según la OMS:

Prematuros extremos	<28 semanas)
Muy prematuros	28 a <32 semanas
Prematuros moderados a tardíos	32 a <37 semanas

10. Las formas clínicas y frecuencia de presentación

- Síndrome de distrés respiratorio (SDR)
- Hemorragia intraventricular (HIV)
- Leucomalacia (LPV)
- Enterocolitis necrosante (ECN)

- Conducto arterioso persistente (CAP)
- Infección
- Anomalías metabólicas
- Deficiencias nutricionales

11.Repercusiones

Los bebés nacidos a diferencia de 2 a 3 semanas antes de las 40 semanas de gestación, desarrollan en algunos casos:

- Ictericia
- Hipo-hiperglucemia
- SDR
- Displasia pulmonar
- Retinopatía prematura
- Hemorragia intracraneal
- Raquitismo

CAPITULO II

CASO CLINICO

1. Introducción

En el presente trabajo se hace la presentación de un caso clínico de un menor nacido en el Hospital San José, a las 32 SDG, donde la intervención de diferentes profesionales de salud fue de suma importancia para la mejoría del menor quien presentaba bajo peso al nacer, infección y distrés respiratorio.

Donde al curso de un tiempo fue dado de alta por la manifestación de mejorías formuladas por el medico a cargo, con el cuidado y seguimiento del paciente.

2. Objetivo

Elaborar un plan de cuidados que puedan cubrir las necesidades reales del recién nacido y así establecer las acciones a seguir para resolver los problemas del mismo.

3. Material y método

El material que se aplicó en la intervención del caso clínico en el Hospital san José, fue de derivación a incubadora y administración de medicamentos detallados en el tratamiento.

4. Caso clínico

- **Anamnesis**

DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres: BALC

Sexo: Masculino.

Etapas de la vida: Neonato.

Edad cronológica: 02días.

Lugar de nacimiento: Chíncha Alta.

Fecha de nacimiento: 15 / 11 / 2016

Peso: 1,280 gr.

DATOS CLINICOS

Servicio: UCIN Neonatología.

Fecha de ingreso: 15/ 11/ 2016.

HC: 2810-46.

Líquido amniótico fue claro, con un APGAR de 8 al min, 8 a los 5 min, y 8 a los 10 min., catalogado con una edad gestacional de 28 semanas por FUR y 34 semanas por examen físico.

Madre 22 años, controles prenatales completos, presento infección del tracto urinario en el 3er trimestre, el parto se inició en forma espontánea, y con membranas integras, líquido claro; niega otro tipo de infecciones durante la gestación.

A la entrevista con la madre manifiesta: “Estoy preocupada por mi bebe, yo no vivo aquí, solo vine de visita y me vinieron los dolores de parto.”

“Mi bebe es muy chiquito, se salvará?”, “¿Cuándo podré darle de lactar a mi bebe”, “Cuando saldrá de Alta?”

Al control de Funciones vitales:

T°: 36. ° F.C: 130x' SO2: 87% Resp: 70x'

- **Exploración física**

Aspecto general.-

Piel:

Delgada, rojiza, con escaso tejido subcutáneo, no muy hidratada, lanugo, cubriendo ciertas partes del cuerpo, (espalda y hombros)piel fría al tacto, con una T° : 36.5°.

Cabeza:

De consistencia más o menos blanda y más grande, con respecto al resto del cuerpo, presencia de fontanelas anterior y posterior más amplias, no se palpa edema ni abombamiento de las mismas, presencia escasa de cabellos muy finos y delgados.

Cara:

Ojos: simétricos, parpados permanecen cerrados.

Nariz: permeables simétricas, presencia de secreción en poca cantidad.

Boca: mucosas húmedas.

Oídos: pabellones auriculares simétricos, blandos y no muy formados (solo tercio superior]).

Cuello: delgado móvil, sin presencia de tumoraciones.

Tórax:

Cilíndrico, estrecho, presencia de mamilas planas, no palpables, aprox. 1mm de diámetro.

Abdomen: prominente, depresible.

Aparato respiratorio: leve tiraje subcostal, distrés respiratorio, murmullo vesicular normales, pasaje de aire en ambos campos pulmonares. F.R: 70 x'

Aparato cardiovascular: frecuencia cardiaca elevada, no soplos.
F.C: 130x'.

Riñones y vías urinarias: conservado, presencia de micciones.

Área perineal: Testículos no descendidos, escroto con pocas arrugas.

Miembros superiores e inferiores: delgadas con característica normal, ligera flacidez muscular. Con vía periférica en dorso de mano de miembro superior derecho.

- **Pruebas complementarias**

T°: 36. °

F.C.: 130 x'.

SO₂: 87%

Respiración: 70 x '

Talla: 40 cm.

Peso: 1,280 kg

Análisis de sangre – bioquímica: 15/11/ 2016.

Glucosa: 76 mg/dl. VN 70 – 110 mg/dl .

Hemograma:

Segmentados: 36 %milímetro cubico.

Monocitos: 2 % milímetro cubico.

Eosinofilos: 3 % milímetro cubico.

Linfocitos: 59 % milímetro cubico.

Dosaje:

Hemoglobina 14 g/dl. VN: 12.0 – 16.0 g/dl.

Hematrocito 38% VN: 36 – 47 %.

PCR

Urianálisis:

Aspecto: Transparente.

Color: Amarillo claro.

Reacción: Alcalina.

Densidad: 1005.

PH: 8.

Leucocitos: 1-2 por campo.

Celulasepiteliales: 2-4 por campo.

Piocytes: 00 por campo.

Germes: escasos.

VSG : 1 mm.

Grupo sanguíneo: "O" positivo.

Ecografía Transfontanelar: 16/11/2016

Resultado: Dilatación leve de ventrículo lateral izquierdo en profundidad.

- **Diagnostico**

Prematuridad EG 34 semanas.

Bajo peso al nacer.

Infección neonatal.

Distres respiratorio.

- **Tratamiento**

UCIN. – Incubadora. 70% humedad.

N.P.O.

Dextrosa 7.5 % 6 mcgtas. X´

Cefotaxima 75mg.EV. c /12 hras

Ampicilina 75 mg. EV. c / 12 hras

Aminofilina 3 mg. EV. c/ 8 hras.

Gluconato de Calcio 10% 1.3 cc, EV c/ 8 hras. lento diluído; diferir si
FC menor- igual 100 x´.

Ranitidina 1.3 mg. EV. c/ 8 hras.

O2 con cabezal 6 – 8 l x´

CFV, OSA,

- **Evolución**

- Se le colocó al bebé en la incubadora debido a que los bebés son muy propensos a la contracción de infecciones y para prevenirlas se tomó esta medida de seguridad.
- Debido a que no producen suficiente surfactante pulmonar. Se administra esa sustancia.
- En los recién nacidos prematuros, una sonda respiratoria debe ser insertada en la tráquea, y puede ser usado un respirador y oxígeno.
- Una nutrición adecuada por medio de una sonda alimentaria. Se usa una sonda alimentaria, pero sin dejar de amamantar, ya que evita en el proceso de lactancia la enterocolitis necrosante además puede producir cáncer al bebé prematuro.

- **Epicrisis**

Complicaciones fisiológicas, motrices, estados de conciencia, falta de atención y autorregulación de crisis.

5. Discusión y análisis

- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionado con inmadurez, piel fría al tacto T° 36.5 °.
- Deterioro del intercambio de gases. Relacionado con menor producción de surfactante evidenciado por, SO₂ 87% retracción xifoidea y quejido audible.
- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con prematuridad e inmadurez pulmonar evidenciado por distrés respiratorio.FR: 70x`.
- Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionada con prematuridad.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con prematuridad.
- Riesgo de motilidad gastrointestinal relacionado con prematuridad.
- Deterioro de la deglución. Relacionado con prematuridad evidenciado por ausencia de reflejo de succión y deglución.
- Lactancia materna ineficaz, relacionada con prematuridad. Evidenciado por ausencia de reflejo de succión y deglución.
- Riesgo de deterioro parental, relacionado con nacimiento prematuro.

6. Conclusiones y recomendaciones

- Prematuridad EG 34 semanas. (seguimiento y cuidado necesario para su mejoría y recuperación con el egresado).
- Bajo peso al nacer (reforzar la alimentación con cronograma por nutricionista).
- Infección neonatal (chequeos de rutina para evaluar su progreso).
- Distrés respiratorio.

7. Propuestas de mejora

- Se le brindara el cuidado correspondiente, con un cronograma de seguimiento individualizado con esquemas de controles y evaluaciones médicas.
- Brindarle conocimiento de los signos y síntomas de distrés en los bebés.
- Aconsejar las posiciones que puedan favorecer al desarrollo del bebé, para evitar patrones patológicos.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, F. (2000). Estimulación Temprana. Una puerta hacia el futuro. México D. F. Alfa omega.
- CEFEN. Criterios de Diagnóstico y Tratamiento. Organización de un Programa de Seguimiento para niños egresados de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), 1993
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, 3ª Edición, Mayo 2005.
- Gomella, T. (1999). Neonatología. Manejo Básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades y fármacos. México D.F. Panamericana.
- Hoyos, A. (1993). Pautas de Recién Nacidos. Bogota. Celsus.
- Santesteban E., y Cols. Mortalidad y morbilidad de neonatos de muy bajo peso asistidos en el País Vasco y Navarra (2001-2006): estudio de base poblacional. Rev. An Pediatr (Barc). 2012;77(5):317-322. Disponible en: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl servlet?f=1 O&pident articulo=90 156997 &pident usuario=O&pcontactid=&pident revista=37 &ty=154&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v77n05a90 156997pdfDO 1.pdf>
- Fernández L., y Cols. Factores de riesgo asociados a mortalidad en neonatos menores de 1500g utilizando la escala CRIB JJ. Rev. Bol Med Hosp Infant Mex. vol.68 no.5 México sep./oct. 2011. Disponible en: [http://www. scielo.org.mx/scielo.php?script=sci arttext&pid=S 1665- 11462011000500004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci arttext&pid=S 1665- 11462011000500004)

ANEXO

