



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de posgrado de la Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería



“Intervenciones Estandarizadas del Cuidado de Enfermería en Recién Nacidos Prematuros”

Que para obtener el grado de Maestría en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo en Enfermería

Presenta

L.E Aída Hernández Flores

Directora

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Co-directora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Morelia, Michoacán

septiembre 2021

Directorio

MSP. Julio César González Cabrera

Director

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria Académica

ME. Renato Hernández Campos

Secretario Administrativo

Mesa sinodal

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

Presidenta de la mesa

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Vocal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Vocal

ACTA DE REVISIÓN

La Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala, Profesora e Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **Intervenciones Estandarizadas de Cuidado de Enfermería en Recién Nacidos Prematuros** Elaborado por la Licenciada en Enfermería Aída Hernández Flores, mismo que presenta para la obtención de grado **de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Profesora e Investigadora Asociada "C"
de Tiempo Completo

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Profesora e Investigadora Asociada "C"
de Tiempo Completo

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Profesora e Investigadora Asociada "B" Tiempo
Completo

Dra. Elva Rosa Valtierra Oba

Profesora e Investigadora Asociada "C"
de Tiempo Completo

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Profesora e Investigadora Titular B
Tiempo Completo

Dedicatoria

A mi hija Fátima, por ser una hija maravillosa que me comprendió al levantarse temprano y acompañarme a mis clases a pesar de su corta edad para cumplir con mi meta y terminar la maestría.

A mi esposo Oscar Pérez Rodríguez por el apoyo y confianza que siempre me ha brindado “gracias por todo”.

Gracias a mis padres por darme el mejor regalo “la vida”, por inculcarme buenos sentimientos y valores que me han permitido seguir adelante. Gracias papá y gracias hasta el cielo mamá querida, siempre estarás en mi corazón.

Dra. Ma. Lilia A. Alcántar, muchas gracias por su apoyo, le admiro y respeto su inteligencia, sus conocimientos y porque es una gran persona, que aparte de tenerme paciencia también me escuchó en momentos difíciles de mi vida y no tengo palabras para expresar toda la admiración y respeto que tengo hacia Usted.

Agradecimientos

Primeramente, agradezco a Dios por la salud y la vida para realizarme como profesionalista,

Agradezco infinitamente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a las maestras y doctoras de la facultad de enfermería que me han formado durante mi carrera profesional, compartiéndome sus conocimientos.

Gracias al Hospital de la Mujer que me abrió sus puertas para tener la parte más valiosa de mi profesión; la atención directa con las personas que necesitan de cuidados profesionales.

Índice

Índice	7
I. Introducción	11
II. Justificación.....	12
III. Objetivo	13
IV. Marco Teórico	13
4.1. Proceso Enfermero	13
4.1.1. Antecedentes del proceso enfermero.....	13
4.1.2. Generaciones del Proceso de Enfermería	14
4.1.3. Características del proceso enfermero.....	16
4.1.4. Etapas del Proceso de Enfermería.....	16
4.2. Estandarización de cuidados	18
4.3. Recién Nacido Prematuro	19
4.3.1. Clasificación del Recién Nacido	20
4.3.2. Determinantes de nacimientos prematuros.....	20
4.3.3. Características del RNP	21
4.3.4. Problemas más comunes asociadas a la prematuridad	21
4.3.5. Termorregulación en recién nacidos prematuros.	22
4.3.6. Intolerancia alimentaria en el RNP	23
4.3.7. Persistencia del conducto arterioso.....	23
V. Metodología.....	24
VI. Resultados	26
VII. Diagnósticos.....	27

7.1.	Diagnóstico 1. Patrón respiratorio ineficaz.....	27
7.2.	Diagnóstico 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante	29
7.3.	Diagnóstico 3 Termorregulación	32
7.4.	Diagnóstico 4 Riesgo de infección	35
7.5.	Diagnóstico 5 Riesgo de lesión.....	37
VIII.	Conclusiones.....	40
IX.	Sugerencias	40
X.	Referencias.....	41

Resumen

Introducción. Proceso de Enfermería, método sistemático y racional de proporcionar cuidado de enfermería. El cuidado es el acto profesional en el cual la enfermera interactúa con la persona en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje; por lo cual, necesitan de apoyo de un plan de cuidados estandarizado. Las taxonomías NANDA, NIC, NOC, son una guía para el desarrollo y uso de la terminología estandarizada de diagnósticos de enfermería, coadyuvando en ofrecer un cuidado de mayor calidad. Recién nacido prematuro, niño nacido vivo antes de 37 semanas de gestación, constituyen un problema de salud pública; nacen 15 millones de niños anualmente a nivel mundial. **Objetivo.** Proponer intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros. **Metodología.** Revisión sistemática en diversas bases de datos en español: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet y Redalyc sobre los principales diagnósticos de enfermería en artículos publicados relacionados con recién nacidos prematuros. Se consideraron 10 artículos en donde se identificaron y consideraron los principales diagnósticos de enfermería reportados en ellos. Para la construcción de diagnósticos primero se identificaron las respuestas humanas que pueden presentar los recién nacidos prematuros ante las complicaciones por la inmadurez. Se consideró el esquema de dominios y clases, se seleccionó la etiqueta diagnóstica, factor relacionado y características definitorias, los diagnósticos de riesgo solo factor relacionado, para los criterios de resultados esperados se realizaron con la metodología propuesta por la NOC y para las intervenciones fueron realizadas con base a la NIC. **Resultados.** Se analizaron 10 artículos de proceso de enfermería, se obtuvieron los cinco diagnósticos más utilizados, tres reales y dos de riesgo. Reales: patrón respiratorio ineficaz, termorregulación ineficaz y patrón de alimentación ineficaz del lactante. De riesgo: riesgo de infección y riesgo de lesión. **Conclusiones.** Las intervenciones estandarizadas, facilitará a los profesionales de enfermería a mejorar la práctica y será guía para formular diagnósticos rápida. Para el recién nacido prematuro garantizará un cuidado oportuno y de calidad.

Palabras Clave. Proceso de enfermería, intervenciones estandarizadas, recién nacido prematuro.

Abstract

Introduction. Nursing process, systematic and rational method of providing nursing care. Care is the professional act in which the nurse interacts with the person in a complex teaching and learning process; therefore, they need the support of a standardized care plan. The NANDA, NIC, NOC taxonomies are a guide for the development and use of standardized terminology for nursing diagnoses, helping to offer higher quality care. Premature newborn, child born alive before thirty-seven weeks of gestation, constitute a public health problem; fifteen million children are born annually worldwide. **Objective.** Propose standardized nursing care interventions in premature newborns. **Methodology.** Systematic review in various databases in Spanish: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet and Redalyc on the main nursing diagnoses in published articles related to premature newborns. 10 articles were considered where the main nursing diagnoses reported in them were identified and considered. For the construction of diagnoses, the human responses that preterm newborns can present to complications due to immaturity were first identified. The scheme of domains and classes was considered, the diagnostic label, related factor and defining characteristics were selected, the risk diagnoses only related factor, for the expected results criteria were carried out with the methodology proposed by the NOC and for the interventions they were carried out based on the NIC. **Results.** ten articles of the nursing process were analyzed, the five most used diagnoses were obtained, three real and two risky. Actual: ineffective breathing pattern, ineffective thermoregulation, and ineffective feeding pattern of the infant. Risk: risk of infection and risk of injury. **Conclusions.** Standardized interventions will facilitate nursing professionals to improve practice and will guide them to formulate rapid diagnoses. For the premature newborn, it will guarantee timely and quality care.

I. Introducción

El plan de cuidado estandarizado es realizado de acuerdo a la metodología del Proceso Enfermero (PE); definido como el método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos considerado también como el sistema de la práctica de enfermería. Su aplicación requiere competencias teóricas y prácticas, ya que a través de este se valoran respuestas humanas de manera individual. Esta tesis denominada: "Intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros" la conforman siete apartados: en el primero se hace referencia a la justificación y al objetivo general.

En el apartado dos se hace alusión al marco teórico que incluye: cuidado enfermero, intervenciones estandarizadas, recién nacido prematuro en relación con sus características, clasificación de acuerdo a edad gestacional y peso, así como a los principales factores que desencadenan problemas asociados a la prematuridad. A continuación, en el apartado tres se encuentra el método que se empleó en la búsqueda de diagnósticos de enfermería más utilizados por los profesionales de enfermería y reportados en diversos artículos en relación con el recién nacido prematuro.

En el apartado cuatro se ubican los resultados, es decir, los diagnósticos encontrados a través de una revisión sistemática; se consideraron cinco de ellos, tres reales y dos de riesgo. A continuación, se desarrollaron los diagnósticos enfermeros tomando como guía las taxonomías *North American Nursing Diagnosis Classification (NANDA)*, *Nursing Interventions Classification (NIC)*; cada intervención consta de una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades que indican las acciones y una lista de referencia.

Por otra parte, se cuenta con la determinación de los objetivos o resultados esperados *Nursing Outcomes Classification (NOC)*; son las conductas o respuestas observables del paciente para un determinado diagnóstico. Los resultados que se obtienen son la respuesta de las intervenciones realizadas por enfermería, esto sirve para evaluar la efectividad del cuidado mediante una puntuación Diana, por último, se encuentran las conclusiones, sugerencias y las referencias.

II. Justificación

La ciencia de enfermería se basa en un amplio marco teórico, su arte radica en el cuidado y capacidades de cada una de enfermeras; Hall define el PE como un “proceso sistemático que permite a la enfermera tomar decisiones eficazmente” Hall 1955 citado por Gallego, Diz y López (2015). También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que lleva a cabo y ayuda proponer de qué manera se puede mejorar los cuidados (Alfaro, 2003).

El uso del PE establece la plataforma del razonamiento clínico, permite organizar los cuidados de manera sistemática incluyendo cada una de las cinco etapas con los cuáles está conformado, por tal motivo los profesionales de enfermería deben contar con las competencias necesarias para su aplicación individualizando los cuidados de cada uno de los pacientes (Ramírez, 2016).

Uno de los retos actuales es lograr la calidad y excelencia en el cuidado de enfermería y el PE es el cimiento más importante para lograrlo; desde el principio de la profesión y a través del tiempo ha cambiado y evolucionado adquiriendo mayor claridad y comprensión, mediante el cual se logra el método científico aplicando sus cinco etapas de manera ordenada: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Por tal motivo, se crea las taxonomías NANDA, NIC, NOC su uso permite la regulación de la práctica enfermera, unificando la práctica clínica de acuerdo a las necesidades de la persona, familia o comunidad (Campoverde y Chuquisaca, 2019).

La prematuridad es un problema de salud pública por la morbilidad y mortalidad que este ocasiona, además de los elevados costos económicos que ocasiona durante su atención, no obstante, este problema representa un gran reto para los profesionales de enfermería y el sistema de salud (Mendoza, Claros, Mendoza, Arias y Peñaranda, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) menciona que cada año a nivel mundial nacen 15 millones de RNP, cabe señalar que es un principal factor de la morbimortalidad en menores de cinco años reportados en el año 2015, aproximadamente un millón de muertes, la Secretaría de Salud (2017), anunció que en México cada año se registró más de 200 mil nacimientos prematuros.

Por otra parte, existen los determinantes del parto prematuro: partos prematuros espontáneos y el parto prematuro indicado por un proveedor de salud, representando

entre el 20% al 38.3% de todos los nacimientos. por indicaciones maternas, obstétricas o fetales, de acuerdo al orden de frecuencia son: por causas desconocidas 30%, preeclampsia 11.8%, embarazo múltiple 10.4%, infección extrauterina 7.7%, crioamnionitis 7.6%, sangrado en el segundo y tercer trimestre del embarazo 6.2%, restricción de crecimiento intrauterino 5.8%, sepsis perinatal 5.5%, sangrado temprano 4.8%, muerte fetal anteparto 3.7%, sufrimiento fetal 3.4% y condición materna grave 3.1% (Mendoza et al., 2016).

III. Objetivo

Proponer intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros.

IV. Marco Teórico

El siguiente Marco teórico está dividido en tres partes: la primera se aborda el PE, se menciona los antecedentes históricos, las etapas y sus características principales, estandarización del cuidado enfermero y también se aborda en RNP, su clasificación, los determinantes de nacimientos prematuros, características del RNP y los problemas más comunes asociadas a la prematuridad.

4.1. Proceso Enfermero

4.1.1. Antecedentes del proceso enfermero

El PE representa el eje metodológico y sistematizado del Profesional de enfermería para brindar cuidados. Se define al PE como: “un método sistematizado para brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos, de forma eficiente” (Alfaro, 1998).

Por otro lado, se considera también como el elemento consiente, activo y sistemático que huye de la rutina, en el que se insiste como fundamento metodológico de los juicios clínicos que el profesional de enfermería emite para resolver problemas con precisión y que implica en dos partes: el primero consiste en el juicio diagnóstico, conformado por la valoración y diagnóstico, tiene por finalidad la identificación de los problemas de salud del paciente, el segundo consiste en el juicio terapéutico, conformado por la planificación, ejecución y evaluación, cuya meta es proporcionar los cuidados necesarios para solucionar problemas (Lastra, Diz y López, 2015).

Iglesias (2017), menciona a Suzzane Kerouak acerca de los paradigmas por los que ha pasado para orientar la disciplina de enfermería: paradigma de categorización (1860-1950), de integración (1950-1975) y de transformación en el año 1975. A partir de aquí se establecen tres generaciones del proceso enfermero.

4.1.2. Generaciones del Proceso de Enfermería

La primera generación se desarrolló desde el paradigma de categorización, entre los años de 1950 y 1970, con dos orientaciones, una centrada a la salud pública y otra en la enfermedad. La orientación a la salud pública la realizó Florence Nigthingale quien posterior a la guerra de Crimea en Inglaterra, determinó que un entorno de aire fresco, limpieza, luz, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada son puntos fundamentales que mejoraban el entorno y también el estado de salud de las personas (González y Monroy, 2016; Iglesias, 2017).

La segunda generación entre 1970 y 1990, pertenece al paradigma de la integración, se considera a la persona como un ser integral, se reconoce a la persona, el interés por mantener la salud y bienestar, el entorno suponía la interacción constante de diversas situaciones que rodean a la persona y la capacidad para adaptarse. En esta segunda generación se integró la etapa diagnóstica al definir y justificar la existencia de un juicio clínico realizado por la enfermera, de esta manera inicia el metaparadigma de la transformación (González y Monroy, 2016).

La tercera generación del proceso enfermero, hace referencia a la transformación a partir de 1975, se plantea que cada suceso del ámbito de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de considerarse empíricos y pasan a actividades más complejas, inicia la creación de un desarrollo propio para beneficiar a la persona bajo su cuidado integrándose en procesos de investigación (González y Monroy, 2016).

El énfasis de la tercera generación del proceso se pone en los resultados, pues surge el interés de las instituciones sanitarias por identificar y medir los resultados en los pacientes y, en especial, la efectividad y eficiencia de los resultados. Actualmente enfermería, al enfocarse en los resultados, favorece el desarrollo de su propio cuerpo de conocimientos y asegura la evolución de los estándares de cuidados a medida que sus habilidades cognoscitivas aumentan (Iglesias, 2017).

El lenguaje estandarizado se consolidó en esta tercera generación después de recorrer diversas fases: la elaboración de clasificaciones, elaboración de las taxonomías, pruebas y perfeccionamiento clínico. Es importante mencionar que en el año de 1992 se consideró como sistemas de clasificación de intervenciones y en 1994 diagnósticos de enfermería; el enfoque de esta nueva, se comprendió que, además de los diagnósticos e intervenciones, también se presentó la necesidad de la creación de una clasificación que documentara los resultados del paciente derivado de cada intervención, por tal motivo, en 1997 fue publicada la clasificación de resultados de enfermería (González y Monroy, 2016)

Conforme a todas las necesidades que surgieron es evidente que el avance del método científico ha caracterizado al profesional de enfermería en tener un pensamiento crítico, el uso simultáneo de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, las cuáles se han convertido en lenguajes reconocidos internacionalmente que cumplen con los criterios establecidos para considerarse como sistemas de clasificación que son aceptados en el cuidado de enfermería (Posos, 2018).

La participación de las teóricas de enfermería en el PE ha sido de gran importancia durante la evolución de las 5 etapas coherentes que lo conforman, con la finalidad de brindar cuidados organizados para ayudar a mejorar la salud del ser humano. Johnson consideró al proceso enfermero como la valoración de las situaciones, toma de decisiones, realización de un conjunto de acciones, diseñadas para resolver y evaluar los problemas de enfermería (González y Monroy, 2016).

Orlando (1961) sostuvo que el proceso tenía tres fases: comportamiento del cliente, reacción de la enfermera y acciones de enfermería. Goerge (1985) y Wiedenbach (1963), introdujeron el modelo de tres pasos en el proceso de enfermería: Identificar la ayuda necesaria, prestar esa ayuda y verificar que la ayuda fue proporcionada (Gallegos et al., 2015).

Las teóricas anteriores, desarrollaron un proceso en el que contenía elementos rudimentarios. En 1967, Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso de cuatro fases: Valoración, planificación, ejecución y evaluación. Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase del diagnóstico,

dando lugar a un proceso completo de cinco fases que actualmente se utiliza en varios lugares del mundo (Gallegos et al., 2015).

4.1.3. Características del proceso enfermero

Alfaro (2003) menciona que el PE tiene las siguientes características: sistemático, dinámico, humanístico, es intencionado, es flexible y también es interactivo.

Rodríguez (2000) coincide con Alfaro al mencionar las características del PE, considerando que es un método, porque tiene pasos a seguir, permite organizar el trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud, es sistemático; porque está integrado por cinco etapas, que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados; es dinámico porque; es humanístico por considerar al hombre como un ser holístico; es intencionado porque es centrado en el logro de los objetivos, una guía para resolver y disminuir factores de riesgo, es dinámico, porque puede someter a constantes cambios, es flexible; puede aplicarse en los diferentes contextos de la práctica de enfermería y es Interactivo porque requiere interrelación humana para acordar y lograr objetivos.

4.1.4. Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso enfermero está conformado por cinco etapas que se deben llevar a cabo de manera organizada: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

4.1.4.1. Valoración

El primer paso del PE, consiste en la recopilación de datos subjetivos y objetivos del paciente y la revisión de la información proporcionada por el paciente o familiar (Herdman y Kamitsuru, 2019). Es realizada por enfermería permite orientar al personal a una mejor toma de decisiones para intervenir con acciones y cuidados específicos y directos que requiere la persona en el proceso de mejorar o mantener la salud (Alfaro 1998; y Posos, 2018).

Por otro lado, es importante mencionar que en la etapa de valoración existen cuatro pasos importantes que el profesional de enfermería debe realizar: recogida de datos, este se obtiene mediante la entrevista de valoración inicial, la exploración física, la observación y el registro de datos. La observación consiste en confirmar o excluir datos, también se validan los datos más comprometidos para solucionar los problemas; así

como también es importante la organización y por último registrar todos los datos obtenidos (Sola, Navarro y Arres, 2020).

4.1.4.2. Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso enfermero, definido como: “juicio clínico relacionado con una respuesta humana a las condiciones de salud, vulnerabilidad de la respuesta de un individuo, familia, grupo o comunidad”. Enfermería diagnostican problemas de salud, estados de riesgo y preparación para la promoción de la salud. Es importante mencionar que se recomienda no considerar como más importantes un diagnóstico enfocado al problema (real) que los de riesgo ya que un diagnóstico de riesgo puede ser con mayor prioridad para algunos pacientes (Herdam y Kamitsuro, 2018).

Cada diagnóstico enfermero tiene una etiqueta y una definición lo cual no se considera suficiente ya que es de gran importancia que los profesionales de enfermería conozcan también las definiciones de los diagnósticos que son aplicados y realizados con más frecuencia, también es importante conocer los indicadores incluyendo características definitorias, así como factores relacionados o de riesgo. Cabe mencionar que el factor relacionado se trata del componente integral de todos los diagnósticos enfocados al problema y los factores de riesgo, son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad (Herdam y Kamitsuro, 2018).

4.1.4.3. Planificación

Una vez que se logra la identificación de los diagnósticos inicia la tercera etapa del PE, consiste en la elaboración de estrategias, diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma, mediante la elaboración de un plan de cuidados y determinar los resultados que se pretende obtener, esta etapa requiere de pensamiento crítico y se debe considerar la importancia de los cuidados individualizados. Para lograr llevar a cabo la planificación de cuidados, se debe tomar en cuenta los siguientes pasos: fijación de prioridades, establecimiento de criterios de resultados del cliente, determinar las intervenciones de enfermería y registrar el plan de cuidados (Sola et al., 2020)

4.1.4.4. Ejecución

La etapa cuatro del proceso enfermero consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos (Fuentes, 2014). La ejecución es el tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que realiza una enfermera para mejorar los resultados del paciente, para esta etapa es importante el uso de la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC), utilizando los conocimientos de intervenciones independientes e interdependientes (Herdam y Kamitsuro, 2018).

4.1.4.5. Evaluación

La quinta etapa del proceso, se refiere a los esfuerzos realizados de forma sistemática y la efectividad de las intervenciones y actividades realizadas por los profesionales de enfermería, considerando los recursos asignados, de esta manera identificar si existe la necesidad de corregir los aspectos que pueden obstaculizar el logro de objetivos, la evaluación es fundamental en cualquier proceso planificado. La valoración cuidadosa y deliberada de los cuidados es un apoyo para mejorar el cuidado realizado hacia el paciente (Sola, 2020).

Esta etapa no debe considerarse como la última etapa, sino un subproceso constante aplicado a cada una de las etapas y en varios puntos del desarrollo del plan de cuidados que sirve para obtener datos que retroalimenten el proceso de cuidar e informen el logro de los resultados esperados (Sola, 2020)

4.2. Estandarización de cuidados

Los planes de cuidados estandarizados son especificaciones de cuidados enfermeros basados a través del PE (Juvé, Domínguez, Carbonell, Ortega, Buj, Artigas y Barbero [s.f.]).

En México en el año 2018 la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) define estandarizado al “protocolo específico de cuidados, apropiado para pacientes que padecen de los problemas normales o previsibles relacionado con el diagnóstico completo de la enfermedad”. La enfermería mexicana ha transformado el cuidado con base en el avance científico, las ideas dominantes de cada época, las percepciones religiosas, los procesos productivos y tecnológicos, así como los usos y costumbres de la población (Posos, 2018).

La estandarización de cuidados sirve de guía para sistematizar la práctica diaria, dada la variabilidad que aún existe actualmente, no solamente en el área clínica sino también en la comunitaria. La estandarización del cuidado también se entiende como la aplicación metodológica y científica de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de enfermería, con el objetivo de homologar, ordenar y mejorar las prácticas de enfermería dirigidas a la promoción, la prevención y el fomento de la salud (Posos y Jiménez, 2013).

Las clasificaciones taxonómicas NANDA, NOC, NIC, contribuyen a la homologación del lenguaje y estandarización del cuidado, dichas clasificaciones se utilizan con adecuación lingüística de los contenidos acordes a la cultura, infraestructura y recursos con los que se cuenta en el México, así mismo, se incluye en dichos planes de cuidados o protocolos de enfermería la experiencia clínica de los profesionales de enfermería expertos en cada temática de cada uno de ellos (Posos 2018).

La taxonomía NANDA-I proporciona una forma de clasificar las áreas de interés para el profesional de enfermería ya que, se ocupan de las respuestas a los problemas de salud y procesos de vida de los individuos, familias grupos y comunidades. Dichas respuestas son la preocupación central del cuidado de enfermería. Un diagnóstico enfermero puede estar centrado en el problema, un diagnóstico de promoción de la salud o un riesgo potencial (Herdam y Kamitsuro, 2018).

El diagnóstico enfocado al problema: es un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable, el diagnóstico de riesgo: es un juicio de susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada y los diagnósticos de promoción de la salud: un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar, se expresan mediante una disposición para mejorar conocimientos de salud (Herdman y Kamitsuru, 2019).

4.3. Recién Nacido Prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), Define Recién Nacido Prematuro (RNP) el niño que es “nacido vivo antes de que hayan cumplido 37 semanas de gestación”, son considerados también nacimientos de alto riesgo y requieren de una atención especializada, el mismo Organismo menciona que los nacimientos prematuros estimados cada año a nivel mundial son de 15 millones, cabe señalar que es un principal

factor de la morbilidad en menores de cinco años reportados en el año 2015 aproximadamente un millón de muertes.

4.3.1. Clasificación del Recién Nacido

La 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, menciona que la clasificación del recién nacido es considerada de acuerdo a la edad gestacional de la siguiente manera: Recién nacido pretérmino: es aquel cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando la edad gestacional es desconocida se considera RNP al producto con peso menos de 2,500gr, valorados con el método clínico Capurro y Ballard modificado. Recién nacido inmaduro: definida como aquel cuya gestación de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que el peso corresponda a 501 a 1,000g.

En cuanto al Recién nacida/o a término la NOM la define como, "*aquel cuya gestación haya sido de 37 a 42 semanas*". Se considera así aquel producto que tenga un peso de 2,500g y que la edad gestacional es desconocida con el apoyo de los métodos clínicos para la valoración de la edad gestacional (NOM-007-SSA2, 2016).

De acuerdo a la OMS (2018) la prematuridad se clasifica de la siguiente manera en: Extremadamente Prematuro: menos de 28 semanas de gestación, Muy prematuro: 28-32 semanas de gestación, Moderadamente prematuro a prematuro tardío: de 32-37 semanas de gestación.

4.3.2. Determinantes de nacimientos prematuros

Las causas del parto prematuro se pueden dividir en dos subgrupos: Parto prematuro espontáneo y parto prematuro indicado. El parto prematuro espontáneo, inicia del trabajo de parto de manera espontánea de origen multifactorial o después de la ruptura prematura de membranas ovulares de origen multifactorial por embarazos en madres menores de 20 años y mayores de 35 años, el periodo intergenésico corto, embarazos múltiples, insuficiencia de cuello uterino, patologías infecciosas de la madre incluyendo infecciones del tracto urinario, vaginosis bacteriana, sífilis, infección por VIH, corioamnionitis etcétera (Mendoza et al., 2016).

Por otra parte, existe también el nacimiento prematuro indicado por un proveedor de salud: consiste en la inducción del trabajo de parto o por cesárea antes de las 37 semanas de gestación completas por indicaciones maternas, obstétricas o fetales.

4.3.3. Características del RNP

La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas. De acuerdo a estas consideraciones, a menor edad gestacional, más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adaptación a las nuevas condiciones de la vida extrauterina y que en el caso del prematuro pueda estar afectado y requiere de cuidados (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2018).

El niño prematuro se caracteriza por ser pequeño, con un peso generalmente inferior a 2.500gr., de aspecto frágil y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada, a través de la cual se ven bien los vasos sanguíneos subyacentes. Esto hace que tenga un color rojizo o violáceo. La mayoría tienen también una fina capa de vello muy suave, el lanugo, que les cubre la mayor parte del cuerpo que desaparece paulatinamente según su crecimiento. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasas. La grasa sobre sus huesos es escasa. La cabeza puede parecer desproporcionadamente grande para el tamaño de su cuerpo y sus brazos y piernas bastante largos (Cabrera, Martín y Cid, 2013; Soto y Sellan, 2017).

4.3.4. Problemas más comunes asociadas a la prematuridad

La inmadurez relacionada con la prematuridad, se asocia a complicaciones que dependerá de la edad gestacional y del peso del RNP. Los más comunes mencionados por Sellán y Soto (2017) son los siguientes: Respiratorios, fundamentalmente es ocasionado por membrana hialina, así como también displasia broncopulmonar, seguida por cardiovasculares, relacionada con la hipertensión arterial precoz y persistencia del conducto arterioso. También se presentan problemas digestivos, el más frecuente es la enterocolitis necrotizante.

Se agregan también problemas hematológicos: esto conlleva al RNP a presentar hemorragias, anemia e ictericia. Cabe mencionar que dentro de estos problemas se encuentra también los metabólicos: tendencia a la hipotermia e hipoglucemia, así como

también los problemas inmunitarios, relacionados con la inmadurez, favorecen infecciones de carácter grave. Los renales también forman parte de los problemas de los RNP provocando necrosis tubular que puede llevar a insuficiencia renal aguda y los daños oftálmicos en los menores de 28 semanas de gestación es más frecuente la retinopatía de prematuro (Sellán y Soto 2017; Cannizzaro y Paladino 2011; Rosas Velázquez y criollo 2014).

4.3.5. Termorregulación en recién nacidos prematuros.

La temperatura corporal es el resultado del balance entre los mecanismos de producción y de eliminación del calor. En los RNP y de bajo peso al nacer, mantener un estado normotérmico es un área de mucha dificultad, que las características fisiológicas limitadas que los caracteriza son limitadas para mantener el estado homeotérmico de acuerdo con las variaciones de temperatura del entorno, esto conlleva a desarrollar con frecuencia hipotermia (Aquino, Silva, Barreto, Aquino, Trigueiro y Frijão, 2021).

La pérdida de calor después del nacimiento, se produce por cuatro mecanismos diferentes: conducción, convección, evaporación y radiación.

La conducción. Consiste en la transferencia de calor entre dos cuerpos que está en contacto directo, es decir la transferencia de calor entre la superficie corporal del recién nacido y la superficie sólida del objeto en contacto. El RNP pierde calor por este medio al tener contacto con objetos fríos como: colchón, báscula, chasis de placas de rayos X, ropa de cama y manos del reanimador (Ruiz, Romero, Buitrago, Barragán y Estrada 2018).

Convección: es la transferencia de calor entre una superficie sólida y el aire o líquidos. El recién nacido pierde o gana calor hacia el aire que lo rodea o respira. Es importante reducir las pérdidas mediante la prevención de corrientes de aire, usar adecuadamente las incubadoras y servocunas, usar cobertores plásticos cuando el recién nacido esté normotérmico y administra oxígeno calentado (Mosterio, 2020; Ruiz et al. 2018).

Evaporación: es la pérdida de calor por el gasto energético del paso de agua al estado líquido al estado de vapor. En el recién nacido se presenta la evaporación de la

humedad de la piel o de la mucosa respiratoria al ambiente, esto equivale por cada gramo de agua evaporada se consumen 0.58 calorías (Mosterio,2020).

4.3.6. Intolerancia alimentaria en el RNP

La intolerancia alimentaria en el RNP se considera como la incapacidad de digerir la alimentación por vía enteral asociada a la presencia de residuos gástricos. La distensión abdominal y la emesis que ocurre en un 75% de prematuros provoca interrupción del plan de alimentación, lo cual conduce a una nutrición no deseada ni adecuada para el recién nacido generando restricción del crecimiento extrauterino y varios efectos adversos sobre el desarrollo normal que son amenazas graves para la supervivencia de estos bebés (Muñoz, 2021).

El intestino del prematuro es acorde a una demanda fisiológica de alimentos de un sistema inmaduro, la intolerancia digestiva y la enterocolitis necrotizante son hallazgos comunes en estos recién nacidos y se relaciona con la inmadurez del sistema gastrointestinal. Estas situaciones clínicas determinan frecuentemente la necesidad de alimentación parenteral que se asocia a complicaciones como la reacción inflamatoria sistémica, la atrofia gastrointestinal y la trombosis (Dasgupta, Choudhary y Jain, 2016).

A los RNP que se les inicia estímulo enteral, es importante que se realice con leche materna, ya que se considera el mejor alimento para todos los niños, en especial a los RNP, incluso, esta leche se puede obtener de la madre solicitándole que se realice una extracción manual y proporcionarles a los niños que se encuentran hospitalizados. la leche materna contiene los anticuerpos que ayudan a prevenir enfermedades, así como también ayuda en el crecimiento y desarrollo (Pichucho, Figueroa, Pin, y Choez, 2019).

4.3.7. Persistencia del conducto arterioso

Es una estructura vascular indispensable en la circulación fetal; tiene la función como cortocircuito desviando la sangre del tronco de la arteria pulmonar hacia la aorta descendente (Padilla 2019).

El conducto arterioso, comunica la aorta con la arteria pulmonar y es de especial importancia en la vida fetal, ya que permite la disminución de presión arterial pulmonar previniendo los efectos deletéreos de esta sobre los pulmones inmaduros. La mayoría de los neonatos que nacen a término, el conducto arterioso se cierra espontáneamente a la

vida extrauterina durante las 48 a 96 horas, sin embargo, en los neonatos prematuros, tiende permanecer abierto con una frecuencia que está inversamente relacionado con la edad gestacional y el peso al nacer, este problema afecta el 40% de la población pretérmino, mientras que en los prematuros con peso extremadamente bajo puede alcanzar hasta el 80% (Escobar et al. 2019).

Las principales complicaciones y secuelas del conducto arterioso persistente son en el aparato respiratorio, como sobrecarga pulmonar vascular, insuficiencia respiratoria, edema pulmonar, hemorragia pulmonar, dependencia al apoyo ventilatorio, fracaso en las extubaciones, apneas y displasia pulmonar. Por otra parte, hemodinámicamente genera disminución del flujo sanguíneo sistémico por lo que conlleva a hipoperfusión e isquemia en órganos vitales que se relaciona con la insuficiencia renal, enterocolitis necrosante, hemorragia interventricular y retinopatía del prematuro. Debido a esto es fundamental conocer los factores asociados a la persistencia de conducto arterioso (Martínez, Valle, Martínez y Álvarez 2017).

V. Metodología

Para llevar a cabo las intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros, se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos en español: SciELO, PubMed, Cuiden, Dialnet y Redalyc sobre los principales diagnósticos de enfermería en artículos publicados sobre el Recién Nacido Prematuro. Se consideraron 10 artículos en donde se identificaron y consideraron los principales diagnósticos de enfermería reportados en ellos.

Se realizaron los diagnósticos tomando en cuenta su jerarquización, es decir, de acuerdo al número de veces que los autores de los artículos los mencionaron en sus publicaciones, en ese orden se encuentran: Patrón respiratorio ineficaz, Termorregulación ineficaz, Patrón de alimentación ineficaz del lactante, riesgo de infección y Riesgo de lesión.

Posteriormente se clasificaron los diagnósticos: tres reales y dos de riesgo con las taxonomías NANDA, NIC y NOC consideradas como un marco de referencia para aplicar un lenguaje estandarizado.

Para la construcción de los diagnósticos primero se identificaron las respuestas humanas que pueden presentar los recién nacidos prematuros ante la situación por la inmadurez que los caracteriza; el primer paso fue situarse en el esquema del dominios y clases correspondientes, se seleccionó la etiqueta diagnóstica con su definición , los factor relacionado y las características definitorias; en el caso de los diagnósticos de riesgo se consideró la etiqueta diagnostica con su definición y los factores relacionados.

Para continuar con la construcción de los diagnósticos se utilizó la metodología propuesta por la NOC, seleccionando las opciones de los resultados esperados que formarán parte de la evaluación. Cada resultado tiene implícita una escala de medición a utilizar que sirve como referente para interpretar el resultado conocido como puntuación Diana, esto consiste en una serie de selección de indicadores medibles derivadas de las respuestas humanas.

Por otra parte, las intervenciones propuestas fueron realizadas con base a la NIC. La búsqueda se realizó considerando la etiqueta diagnóstica o factor relacionando; una vez que fue identificada la intervención se seleccionaron las actividades de enfermería.

VI. Resultados

Ponderación de los diagnósticos de enfermería presentados en artículos científicos sobre el Recién Nacido Prematuro

Artículo 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NANDA	Ponderación
Chinchay, (2016)	Sánchez y Álvarez, (2018)	Aspur, (2019)	Soto y Sellan, (2017)	Gómez, (2016)	Duran y Lora, (2017)	Méndez, Salazar y Herrera, (2009)	Guerrero Rodríguez, (2018)	Martínez y Romero, (2015)	Mera., et al; (2019)	NANDA, (2018)	
Patrón respiratorio ineficaz	Déficit de la función respiratoria	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	Dependencia en la necesidad de oxigenación	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón respiratorio ineficaz	10
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Incapacidad para absorber nutrientes		Patrón de alimentación ineficaz	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante		Alteración en la necesidad de nutrición	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Patrón de alimentación ineficaz del lactante	8
Termorregulación ineficaz		Termorregulación ineficaz	Termorregulación ineficaz			Termorregulación ineficaz		Termorregulación ineficaz	Termorregulación ineficaz	Termorregulación ineficaz	6
Riesgo de infección	Riesgo de infección		Riesgo de infección			Riesgo de infección		Riesgo de infección	Riesgo de infección	Riesgo de infección	6
		Riesgo de lesión	Riesgo de lesión							Riesgo de Lesión	3

VII. Diagnósticos

7.1. Diagnóstico 1. Patrón respiratorio ineficaz

<p>Diagnóstico 1: 00032 Patrón respiratorio ineficaz Definición: la inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. Factores relacionados /Fatiga, fatiga de los músculos de la respiración, posición corporal que inhibe la expansión de los pulmones. Condición asociada: Inmadurez neurológica</p>																			
Características definitorias	Dominios y clases	Resultados NOC	Intervenciones NIC / Actividades	Evaluación															
<p>Dificultad respiratoria. Disminución de la capacidad espiratoria. Aleteo nasal. Quejido espiratorio. Tiraje intercostal. Disociación toraco abdominal. Retracción xifoidea. Cianosis. Polipnea.</p>	<p>Dominio 4: Actividad y reposo</p> <p>Clase 4: Patrón respiratorio</p>	<p>0415 Estado respiratorio</p> <p>Indicadores 041501 Frecuencia respiratoria 041502 Ritmo respiratorio. 041503 Profundidad de la inspiración. 041508 Saturación de oxígeno 041510 Uso de los músculos accesorios de la respiración</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr> <td>Desviación grave del rango normal</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Desviación sustancial del rango normal</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Desviación moderada del rango normal</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Desviación leve del rango normal</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sin desviación del rango normal</td> <td>5</td> </tr> </table>	Desviación grave del rango normal	1	Desviación sustancial del rango normal	2	Desviación moderada del rango normal	3	Desviación leve del rango normal	4	Sin desviación del rango normal	5	<p>3140 Manejo de la vía aérea</p> <p>-Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla. -Colocar el paciente para maximizar el potencial de la ventilación. -Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas. -Realizar fisioterapia torácica, si está indicada. -Auscultar los sonidos respiratorios. -Administrar broncodilatadores según corresponda</p> <p>3320 Oxigenoterapia</p> <p>-Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. -Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. -Preparar el equipo de oxígeno y administrarlo a través de un sistema calefactado y humidificado. -Administrar oxígeno suplementario según órdenes. -Vigilar el flujo de litros de oxígeno. -Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. -Comprobar el dispositivo periódicamente de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. -Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener en: _ Aumentar a: _</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
Desviación grave del rango normal	1																		
Desviación sustancial del rango normal	2																		
Desviación moderada del rango normal	3																		
Desviación leve del rango normal	4																		
Sin desviación del rango normal	5																		
1	2	3	4	5															

			<p>-Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno cuando come.</p> <p>-observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.</p> <p>-observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.</p> <p>-observar la ansiedad del paciente relacionado con la necesidad de la oxigenoterapia.</p> <p>-observar si se producen lesiones de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.</p> <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <p>-Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>-Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>-Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos.</p> <p>-Monitorizar patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne Stokes, respiración apnéustica, biot y patrones atáxicos.</p> <p>-Colocar sensores de oxígeno no invasivos con sistemas de alarma apropiado para el paciente con factores de riesgo.</p> <p>-Palpar para ver si la expansión pulmonar se igual.</p> <p>-Observar la ubicación de la tráquea.</p> <p>-Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</p> <p>-Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador).</p>	
--	--	--	---	--

7.2. Diagnóstico 2 Patrón de alimentación ineficaz del lactante

Diagnóstico 2: 00008 Patrón de alimentación ineficaz del lactante											
Definición: Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión-deglución, que da lugar a una ingesta alimentaria inadecuada para las necesidades metabólicas.											
Factores relacionados: prematuridad.											
Características definitorias	Dominios y clases	Resultados NOC	Intervenciones NIC/Actividades	Evaluación							
Incapacidad para coordinar la succión y la deglución.	Dominio 2. Nutrición Clase 1. Ingestión	0117 Adaptación del prematuro Indicadores 011707 Tolerancia alimentaria 011722 Coordinación de la respiración, succión y deglución. 011717 Responde a estímulos.	1100 Manejo de la nutrición -determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. -Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente. -Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. 1120 terapia nutricional -Completar una valoración nutricional -Determinar la necesidad de alimentación enteral o por sonda. -Administrar alimentación enteral, cuando sea posible. -Proporcionar la nutrición necesaria, dentro de los límites prescrito. 1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) -Asegurar la colocación de una línea intravenosa en relación con la infusión de nutrientes. -Utilizar las vías centrales solo para la infusión de nutrientes muy calóricos o de soluciones de soluciones hiperosmolares. -Insertar el catéter central de acceso intravenoso periférico, según el protocolo del centro. -Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico.	Puntuación Diana Mantener en: _ Aumentar a: _ <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5		
		1			2	3	4	5			
Escala de medición <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 100px;">Gravemente comprometido</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	1020 Estado nutricional del lactante Indicadores 102001 Ingestión de nutrientes. 102004 tolerancia alimentaria. 102008 glucemia.
Gravemente comprometido	1										
Sustancialmente comprometido	2										
Moderadamente comprometido	3										
Levemente comprometido	4										
No comprometido	5										

		<p>102021 ingestión por sonda de alimentos. 102022. Administración intravenosa de líquidos.</p> <p style="text-align: center;">Escala de medición</p> <table border="1" data-bbox="577 406 955 625"> <tr> <td>Inadecuado</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ligeramente adecuada</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente adecuada</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente adecuada</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Completamente adecuado</td> <td>5</td> </tr> </table>	Inadecuado	1	Ligeramente adecuada	2	Moderadamente adecuada	3	Sustancialmente adecuada	4	Completamente adecuado	5	<p>-Mantener la permeabilidad y el apósito de la vía central, según el protocolo del centro. -Monitorizar la presencia de infiltración, infección y complicaciones metabólicas. -Comprobar la solución de NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según la prescripción. -Mantener un flujo constante de la solución NPT. -Evitar pasar rápidamente la solución NPT que se ha retrasado para la infusión de otras sustancias -Controlar las entradas y salidas -Vigilar glucemia -Control de signos vitales -Comprobar la glucosa en orina -Mantener las precauciones universales</p> <p>1056 Alimentación enteral por sonda</p> <p>-Seleccionar el tipo de sonda a insertar de acuerdo con el protocolo. -Fijar la sonda en la piel con esparadrapo. -Observar si la colocación de la sonda es correcta, inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. -Confirmar la colocación de sonda mediante rayos X antes de administrar alimentos y medicamentos a través de ella. -Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 -8 horas según corresponda. -Vigilar el estado de líquidos y electrolitos</p> <p>69000 Succión no nutritiva</p> <p>-Seleccionar un chupete blando o un sustituto del chupete que cumpla con las normas requeridas para evitar la obstrucción de las vías aéreas. -Colocar el pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebé para favorecer el reflejo de succión, si fuera necesario. -Animar a la madre lactante a que permita la succión no nutritiva de la mama después de finalizar la toma.</p>	
Inadecuado	1													
Ligeramente adecuada	2													
Moderadamente adecuada	3													
Sustancialmente adecuada	4													
Completamente adecuado	5													

			<p>0430 control intestinal</p> <ul style="list-style-type: none">-Anotar la fecha de la última defecación-Monitorizar las defecaciones incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.-Monitorizar los sonidos intestinales.-Informar si hay disminución de ruidos intestinales. <p>1160 Monitorización nutricional</p> <ul style="list-style-type: none">-Pesar al paciente diariamente-Monitorizar el crecimiento y desarrollo.-Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (Talla, perímetro cefálico)-Observar presencia de náuseas y vómito.	
--	--	--	--	--

7.3. Diagnóstico 3 Termorregulación

<p>Diagnóstico 3: 00008 Termorregulación ineficaz. Definición: fluctuaciones de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia. Factores relacionados: reserva insuficiente de grasa subcutánea, aumento de la superficie corporal en relación con su peso, extremos de la vida, extremos de peso, vestimenta inapropiada para la temperatura del ambiente. Condición asociada: condición que afecta la regulación de la temperatura corporal, enfermedad, alteración de la tasa metabólica, sepsis.</p>																			
Características definitorias	Dominios y clases	Resultados esperados NOC	Intervenciones(NIC) / Actividades	Evaluación															
<p>Aumento de la frecuencia respiratoria. Aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal. Cianosis de los lechos ungueales. Disminución de la temperatura corporal por debajo del rango normal. Llenado capilar lento. Piel fría al tacto. Piel caliente al tacto.</p>	<p>Dominio: 11 Seguridad y protección</p> <p>Clase: 6 Lesión física</p>	<p>0801 termorregulación: recién nacido</p> <p>Indicadores 080116 Inestabilidad de la temperatura 080117 Hipertermia 080118 Hipotermia 080119 Respiraciones irregulares 080112 Glucemia inestable 080114 Hiperbilirrubinemia</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>3900 Regulación de la temperatura corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. -Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua si es preciso. -Observar el color y la temperatura de la piel. -Envolver a los lactantes de bajo peso al nacer en plástico justo después de nacer mientras aún están cubiertos por líquido amniótico, si es adecuado y siguiendo el protocolo del centro. -colocar un gorro para evitar la pérdida de calor del recién nacido. -Precalentar los objetos situados cerca del lactante en la incubadora y Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente -Administrar antipiréticos, si está indicado. <p>3786 tratamiento de la hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. -Monitorizar los signos vitales. -Administra oxígeno si es necesario. -Colocar acceso venoso IV. -Administrar líquidos IV. 	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener en: Aumentar a:</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
Gravemente comprometido	1																		
Sustancialmente comprometido	2																		
Moderadamente comprometido	3																		
Levemente comprometido	4																		
No comprometido	5																		
1	2	3	4	5															

			<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar diuresis. -Monitorizar gasometría arterial. -Monitorizar la presencia de hipoglicemia. <p>38800 Tratamiento de la hipotermia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la temperatura del paciente, usando el dispositivo de medición y la vía más apropiada. -Apartar el paciente del ambiente frío. -Retirar la ropa fría y húmeda del paciente. -Colocar al paciente en decúbito supino, minimizando los cambios ortostáticos. -Minimizar la estimulación del paciente (es decir, manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo). -Aplicar recalentamiento pasivo (cubrir la cabeza y calentar la ropa). -Aplicar recalentamiento interno activo o recalentamiento corporal central (líquidos intravenosos calientes, oxígeno humidificado y calentado). -Monitorizar el color y la temperatura de la piel. -Identificar los factores médicos, ambientales y de otro tipo que puedan precipitar la hipotermia. <p>2120 Manejo de la hiperglucemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -vigilar glucemia según corresponda. -Identificar las causas posibles de la hiperglicemia -mantener una vía IV. -Administrar líquidos IV si es preciso. -comprobar la gasometría arterial y los niveles de electrolitos. -Administrar Insulina según prescripción. -Monitorizar signos vitales del lactante 	
--	--	--	--	--

			<p>6924 Fototerapia: neonato</p> <ul style="list-style-type: none">-Revisar los antecedentes maternos y del lactante para determinar los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad a Rh o ABO, policitemia, sepsis, prematuridad).-Observar signos de ictericia-Solicitar el análisis de los niveles de bilirrubina, según corresponda y reportar.-Poner al lactante en una incubadora-Explicarle a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.-Proteger los ojos con parches especiales, evitando ejercer demasiada presión y retirarla cada cuatro horas o cuando se apague las luces.-Colocar las luces de fototerapia a una altura adecuada-Comprobar la intensidad de las luces a diario.-Monitorizar los signos vitales, según protocolo.-Cambio de posición del lactante según corresponda-Observar signos de deshidratación-Pesar a diario el paciente.	
--	--	--	---	--

7.4. Diagnóstico 4 Riesgo de infección

<p>Diagnóstico 4: 00004 Riesgo de Infección</p> <p>Definición: Susceptible a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud</p> <p>Factores relacionados: alteración en la integridad cutánea, alteración en la peristalsis, inmunización inadecuada, malnutrición.</p> <p>Condición asociada: procedimiento invasivo, ruptura prematura de membranas amnióticas, ruptura prolongada de las membranas amnióticas</p>																		
Dominios y clases	Resultados NOC	Intervenciones(NIC) / Actividades	Evaluación															
<p>Dominio 11. Seguridad y protección</p> <p>Clase 1. Infección</p>	<p>2009 Estado de comodidad: entorno</p> <p>Indicadores</p> <p>200902 Temperatura ambiental 200905 Organización del entorno 200906 Limpieza del entorno 200915 Entorno tranquilo 200916 Control del ruido</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>0702 Estado Inmune</p> <p>Indicadores</p> <p>070203 estado gastrointestinal 070204 estado respiratorio 070207 temperatura corporal 070208 integridad cutánea 070211 vacunaciones actuales</p>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>6486 Manejo ambiental: seguridad</p> <p>-Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). -Eliminar los factores de peligro del ambiente cuando sea posible. -Modificar el ambiente para modificar los factores y riesgos</p> <p>6550 protección contra infecciones</p> <p>-Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. -Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones. -Limitar el número de visitas, según corresponda -Mantener la asepsia para el paciente en riesgo. -Aplicar técnicas de aislamiento si es preciso. -Proporcionar los cuidados adecuados de la piel en las zonas edematosas. -Inspeccionar la presencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas. -Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. -Obtener muestra para cultivo, si es necesario. -Fomentar una ingesta nutricional suficiente. -Fomentar el descanso. -Utilizar los antibióticos con sensatez</p>	<p>Puntuación Diana</p> <p>Mantener en: _ Aumentar a: _</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
Gravemente comprometido	1																	
Sustancialmente comprometido	2																	
Moderadamente comprometido	3																	
Levemente comprometido	4																	
No comprometido	5																	
1	2	3	4	5														

	<p style="text-align: center;">Escala de medición</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>-Aplicar un agente de inmunización adecuado</p> <p>4220 cuidados del catéter central de inserción periférica.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Obtener el consentimiento informado de los padres. -Explicar el propósito del catéter, sus beneficios y los riesgos asociados a los padres -Seleccionar el tipo y tamaño adecuado para la inserción. -Asegurar que el paciente es un candidato adecuado para la inserción. -Determinar la colocación del catéter deseado. -Medir la distancia para la inserción del catéter. -Realizar la preparación aséptica del sitio de inserción de acuerdo con el protocolo del centro. -Conectar el tubo del sistema y aspirar para conseguir el retorno de sangre. -Fijar el catéter y aplicar u apósito estéril transparente, -Colocar la fecha y la hora en el apósito. -Observar si hay signos de flebitis (dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema). -Utilizar técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción. -Si hay signos de infección retirar el catéter y realizar un cultivo de la punta del catéter según corresponda. -Mantener las precauciones universales. 	
Gravemente comprometido	1												
Sustancialmente comprometido	2												
Moderadamente comprometido	3												
Levemente comprometido	4												
No comprometido	5												

7.5. Diagnóstico 5 Riesgo de lesión

<p>Diagnóstico: 00035 Riesgo de lesión Definición: susceptible a una lesión física debido a la alteración de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona que puede comprometer la salud. Factores relacionados: barrera física, extremos de la vida, exposición a patógenos. Condición asociada: hipoxia tisular, disfunción inmune</p>																		
Dominios y clases	Resultados NOC	Intervenciones NIC/ Actividades	Evaluación															
Dominio11. Seguridad y protección Clase 2. Lesión física	<p>2010 Estado de comodidad: física</p> <p>Indicadores 201002 Bienestar físico 201004 Posición cómoda 201010 Temperatura corporal 201011 Vías aéreas permeables 201012 Saturación de oxígeno</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr> <td>Gravemente comprometido</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sustancialmente comprometido</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moderadamente comprometido</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Levemente comprometido</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>No comprometido</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>0117 Adaptación del prematuro.</p> <p>Indicadores 011701 Frecuencia cardiaca 011702 Índice de edad gestacional 011704 Saturación de oxígeno >85% 011705 Termorregulación 011710 postura flexionada</p>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>6486 Manejo ambiental: seguridad -Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). -Eliminar los factores de peligro del ambiente cuando sea posible. -Modificar el ambiente para modificar los factores y riesgos.</p> <p>6826 Cuidados del lactante: prematuro -Crear un plan de desarrollo individualizado y actualizarlo con regularidad. -Evitar hiperestimulación, estimulando un sentido cada vez (es decir, evitar hablar al bebé mientras se le manipule). -Proporcionar límites que mantengan la flexión de las extremidades, mientras se deja espacio para la extensión. -Proporcionar apoyos para mantener la postura y evitar deformidades. -Realizar cambios posturales frecuentes del lactante. -Orientar los brazos en la línea media para facilitar las actividades de llevarse la mano a la boca. -Usar el pañal más pequeño posible para evitar la abducción de la cadera. -Monitorizar los estímulos (p. ej., luz, ruido, manipulación y procedimientos) en el entorno del lactante y reducirlos cuando sea posible. -Reducir la luz ambiental. -Proteger los ojos del lactante cuando se usen luces potentes. -Modificar la iluminación ambiental para proporcionar un ritmo circadiano.</p>	<p>Puntuación Diana Mantener en: _ Aumentar a: _</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5
	Gravemente comprometido	1																
Sustancialmente comprometido	2																	
Moderadamente comprometido	3																	
Levemente comprometido	4																	
No comprometido	5																	
1	2	3	4	5														

<p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr> <tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr> <tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr> <tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr> <tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr> </table> <p>0910 Estado neurológico: autónomo.</p> <p>Indicadores 09001 Frecuencia cardiaca apical 091020 Frecuencia cardiaca radial 091005 Respuesta a la vasoconstricción 091010 Motilidad intestinal 091013 Termorregulación 091014 Perfusión tisular periférica</p> <p>Escala de medición</p> <table border="1"> <tr><td>Gravemente comprometido</td><td>1</td></tr> <tr><td>Sustancialmente comprometido</td><td>2</td></tr> <tr><td>Moderadamente comprometido</td><td>3</td></tr> <tr><td>Levemente comprometido</td><td>4</td></tr> <tr><td>No comprometido</td><td>5</td></tr> </table>	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	Gravemente comprometido	1	Sustancialmente comprometido	2	Moderadamente comprometido	3	Levemente comprometido	4	No comprometido	5	<p>-Reducir ruido ambiental. -Colocar la incubadora lejos de las fuentes de ruido -Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo del sueño más largo posible y la conservación de la energía. -Colocar al lactante para dormir en decúbito prono erguido sobre el tórax del progenitor descubierto, si es adecuado. -Usar movimientos lentos y suaves al manipular, alimentar y cuidar al lactante.</p> <p>0840 Cambio de posición</p> <p>-Colocar sobre un colchón/ cama terapéuticos adecuados -Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición -Colocar en la posición terapéutica específica. -Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada. -Colocar en posición de alineación corporal correcta. -Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. -Evitar colocar al paciente en una posición que aumente el dolor. -Realizar los giros según lo indique el estado de la piel. -Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, según corresponda.</p> <p>4150 Regulación hemodinámica</p> <p>-Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico (comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos), según corresponda. -realizar exploración física frecuentes en las poblaciones de riesgo (p.ej., pacientes con insuficiencia cardiaca). -Determinar el estado de perfusión (si el paciente está frío, tibio o caliente). -Monitorizar la presencia de los y síntomas de problemas del estado de perfusión (p.ej., hipotensión sintomática, frialdad de las extremidades). -Auscultar los ruidos cardiacos. -Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíaco y los pulsos.</p>	
Gravemente comprometido	1																					
Sustancialmente comprometido	2																					
Moderadamente comprometido	3																					
Levemente comprometido	4																					
No comprometido	5																					
Gravemente comprometido	1																					
Sustancialmente comprometido	2																					
Moderadamente comprometido	3																					
Levemente comprometido	4																					
No comprometido	5																					

		<ul style="list-style-type: none">-Monitorizar los efectos de la medicación.-Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la temperatura y el color de las extremidades.-Monitorizar los niveles de electrolitos.-Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos IV. o diuréticos según el caso.-vigilar las entradas y salidas, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.	
--	--	---	--

VIII. Conclusiones

La propuesta de intervenciones estandarizadas del cuidado de enfermería en recién nacidos prematuros facilitará, a los profesionales de enfermería, a mejorar la práctica, además que será una guía para formular los diagnósticos de manera más rápida.

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería servirán como fuente de información y consulta para la elaboración de cuidados individualizados, también facilitará al personal de nuevo ingreso su adaptación a las diversas áreas de cuidados al contar con una guía para la práctica.

Las intervenciones estandarizadas de cuidado de enfermería dirigido a recién nacidos prematuros son de suma importancia, ya que ayuda a mejorar la agrupación de los cuidados para evitar las complicaciones que caracterizan a la prematurez, de esta manera se puede garantizar una atención de calidad satisfaciendo las necesidades de estos niños que nacen de pretérmino.

IX. Sugerencias

Para garantizar un cuidado de calidad y una comunicación más efectiva es importante sugerir a los profesionales de enfermería realizar planes de cuidados estandarizados, ya que permite usar un lenguaje común, utilizando como guía principal las taxonomías NANDA, NIC, NOC, considerada como la mejor herramienta para llevar a cabo, de manera ordenada, el cuidado de enfermería y con ellos, disminuir la variabilidad de la práctica.

X. Referencias

- Aspur Crisostomo, G. J. (2019). Cuidado de Enfermería aplicado a un recién nacido de alto riesgo en el servicio de Neonatología. Hospital regional de Ica. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9113>
- Alfaro, R. (1998). Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. *Springer Science y Business Media*. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MQnyfiBelwC&oi=fnd&pg=PA2&dq=proceso+enfermero&ots=exQPmiphEc&sig=lft82_ak3N7ytBTymRuYvqY9Foo#v=onepage&q=proceso%20enfermero&f=true
- Aquino, A. R. G. D., Silva, B. C. O. D., Barreto, V. P., Aquino, A. R. G. D., Trigueiro, E. V., y Feijão, A. R. (2021). Perfil de los recién nacidos de riesgo relacionados con la termorregulación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *Enfermería Global*, 20(61), 59-97. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.414201>
- Batista, C. D. M., Monteiro, J. C., Pinheiro, V. R., Soares, T. B., de Lima, F. C., Nascimento, M. H. M., y Ueno, T. M. R. L. (2019). Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (35), e1593-e1593. Recuperado de <https://doi.org/10.25248/reas.e1593.2019>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Faan, P. R., Dochterman, J. M., Wagner, C. M., y Mba, R. P. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier.
- Cabrera, I. C., Martín, D. S., y Cid, M. T. G. (2013). Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (83), 26-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4223640>
- Campoverde, L. y Chuquimarca, C. (2019). Utilización de las taxonomías NANDA, NOC, NIC en la práctica preprofesional de internos de enfermería de la Universidad de Cuenca. Universidad recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32844/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N>.

- Cannizzaro, Claudia M, y Paladino, Miguel A. (2011). Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 24(2), 59-74. Recuperado en 03 de agosto de 2021, recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732011000200004&lng=es&tlng=en.
- Dasgupta, S., Arya, S., Choudhary, S. y Jain, SK (2016). Líquido amniótico: Fuente de factores tróficos para el intestino en desarrollo. *Revista mundial de fisiopatología gastrointestinal*, 7 (1), 38–47. <https://doi.org/10.4291/wjgp.v7.i1.38>
- Durán, L. D. V., & Lora, A. M. A. (2017). Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 19(1), 123-137 n. recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.depr>
- Escobar, Hellmann Adrián, Meneses-Gaviria, Gyhill, Revelo-Jurado, Nataly, Villa-Rosero, Julián Felipe, Ijají-Piamba, Jhon Edison, Burbano-Imbachí, Alexander, Cedeño-Burbano y Anuar Alonso (2019). Tratamiento farmacológico del conducto arterioso permeable en recién nacidos prematuros. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67 (2), 333-339. [Fecha de Consulta 26 de Julio de 2021]. ISSN: 2357-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576364238021>
- Fuentes Estrada, E. (2014). Aplicación del proceso atención de enfermería en México: Un análisis recuperado de epistemológico. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/59140>
- Gallego Lastra, R. D., Diz Gómez, J., y López Romero, M. (2015). Metodología enfermera: Lenguajes estandarizados. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/>
- González-Castillo, M. G., y Monroy-Rojas, A. (2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria*, 13(2), 124-129. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124>.
- Guerrero Rodríguez, M. E. (2018). *Proceso de cuidado de enfermería para pacientes pretérmino con patrón respiratorio ineficaz* (Doctoral dissertation, Facultad de Enfermería y Nutrición). <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4627>

- Giraldo, A. M. B., & Forero, D. C. C. (2018). Características humanas e institucionales que influyen en la aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de la ciudad de Medellín. *Revista Investigaciones Andina*, 20(37), 83-99. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239059816004>
- Gómez Ávila, J. (2016). Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. Recuperado en: <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/248>
- Chinchay Quispe, C. R. (2016). Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. recuperado de <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/247>
- Iglesias, J. A. (2017). ¿Hacia dónde va el proceso enfermero de la tercera generación? *Revista Enfermería CyL*, 9(2), 1-2. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/196/169>
- López-García, B., Ávalos Antonio, N., y Díaz Gómez, N. B. (2018). Incidencia de prematuros en el Hospital General Naval de Alta Especialidad 2015-2017. *Revista de sanidad militar*, 72(1), 19-23. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2018000100019&lng=es&tlng=es.
- 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. Diario Oficial de la federación, Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Martínez-Roque, A. M., Valle Leal, J., Martínez Limón, A. J., y Álvarez-Bastidas, L. (2017). Repercusión hemodinámica en pacientes neonatos con conducto arterioso persistente: factores asociados. *Archivos de cardiología de México*, 87(3), 248-251. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2016.05.008>
- Martínez, C., y Romero, G. (2015). Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. *Enfermería universitaria*, 12(3), 160-170. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.001>

- Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Claros Benítez, Diana Isabel, Mendoza Tascón, Laura Isabel, Arias Guatibonza, Martha Deyfilia, y Peñaranda Ospina, Claudia Bibiana. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(4), 330-342. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>
- Mata-Méndez, M., Salazar-Barajas, M. E., y Herrera-Pérez, L. R. (2009). Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(1), 45-54. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24958>
- Mosteiro, M. J., (2020). Manejo hidroelectrolítico. Termorregulación. cuidado de la piel. (1ª ed.). cuidado autónomo de Buenos Aires: ministerio de salud de la nación 2020. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/he-piel-prematuros>.
- Muñoz Ramírez, C. G. (2021). Manejo de intolerancia alimentaria en recién nacidos prematuros. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/7178>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., y Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. Elsevier.
- Herdman, T. H., y Kamitsuru, S. (Eds.). (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. Edición hispanoamericana*. Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Posos, G.M.J. (2018), Modelo de cuidado recuperado de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.
- Pichucho, M. T. A., Figueroa, M. S. Q., Pin, V. E. P., y Choez, M. M. L. (2019). Cuidado y alimentación del recién nacido prematuro. *RECIMUNDO*, 3(3 ESP),10781093. Recuperado de [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.1078-1093](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.1078-1093)
- Padilla, G, P. M. (2019). Manual de neonatología. Recuperado https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.

- Quispe, C. R. C. (2016). Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 1(1), 41-50 recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258751>
- Rodríguez Sánchez, B. A. (2000). Proceso enfermero. *México: Cuellar*, 35-49. Recuperado de <https://2enfnocturno.files.wordpress.com/2020/07/procesos-enfermeros-pae-1>
- Rosalinda, A. L. (2003). Aplicación del proceso enfermero. *Editorial Masson. Quinta edición. BarcelonEspaña*. recuperado de <https://books.google.nl/books?id=MA4ofsSAoHAC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Romero García, M., Juvé Udina, M. E., Fabrellas Padrés, N., Delgado Hito, P., y González Samartino, M. (2015). Glosario de términos de metodología y lenguajes enfermeros. Recuperado de <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/2021>
- Ruiz, J., Romero, R., Buitrago, A., Barragán, C., & Estrada, D. (2018). Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro sano hospitalizado. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS
- Sánchez-Quiroz, F., y Álvarez-Gallardo, L. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería niversitaria*, 15(4), 428-44. Recuperado de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.539>
- Soto, M. D. C. S., y Sellán, A. V. (Eds.). (2017). *Cuidados neonatales en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Secretaría de Salud (2017) recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/los-bebes-prematuros-requieren-cuidados-especiales?idiom=es>
- Sola, C. F., Navarro, M. D. M. T., y Arrés, E. R. (Eds.). (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas* (Vol. 64).

Universidad Almería. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cayetano-Fernandez-Sola/publication/345894569_Teoria_y_practica_de_los_fundamentos_de_enfermeria_I_Bases_teoricas_y_metodologicas/links/5fb0e1d045851518fda6de1b/Teoria-y-practica-de-los-fundamentos-de-enfermeria-I-Bases-teoricas-y-metodologicas.

