

SI ADMINISTRAS OXÍGENO AL RECIÉN NACIDO PREMATURO.... Controla su saturación

Rosario Ros Navarret, Eva Pérez Lafuente. Enfermeras UCI Neonatal

1. INTRODUCCIÓN

Aunque en las unidades de cuidados intensivos neonatales, la terapia con oxígeno es ampliamente utilizada, este puede producir importantes efectos adversos como son la displasia broncopulmonar y la retinopatía del prematuro.

Repetidos episodios de hipoxia/hiperoxia pueden producir alteraciones significativas en el tono vascular que podrían ser evitados con un correcto manejo del oxígeno.

2. OBJETIVO

Proporcionar al neonato la concentración de oxígeno necesaria para un correcto intercambio gaseoso evitando posibles efectos adversos.

3. MÉTODOS administración oxígeno

- Oxígeno en incubadora
- Carpa
- Mascarilla
- Cateter Nasal
- Tubo en "T"
- Alto Flujo
- CPAP/IMV
- Ventilación mecánica



PRECAUCIONES

En neonatología siempre:

- FiO2 conocida,
- Mezclada con aire
- Humedecida
- Caliente

4. MONITORIZACIÓN

MONITORIZACION		COLOCACIÓN	PRECAUCIONES	LECTURA INCORRECTA
NO INVASIVA	PULSIOXIMETRÍA 	Zona pulsátil: Extremidades (piel íntegra) Planta pie/ palma mano Muñeca / tobillo No colocar misma extremidad manguito TA Cambiar ubicación sensor c/4h	Configurar límites alarmas No precisa calibración	Luz Hipotermia Edema Vasoconstricción periférico Movimiento
	TRANSCUTANEA 	Abdomen, espalda, muslos Cambiar zona → c/4h	Configurar límites de alarma Temperatura sensor: 43,5 C° Cambio sensor periódico Precisa calibración	Incorrecta calibración Flujo sanguíneo Temperatura incorrecta Sensor en superficie irregular (vello, edema, costillas...)
INVASIVA	GASOMETRÍA	Anotar relación con transcutánea en momento extracción	CAPILAR: Punción talón en las zonas seguras Uso de lancetas, nunca agujas ARTERIAL Y/O VENOSA DE CATÉTER CENTRAL: Técnica estéril 1º extracción 2 cc sangre (reservar) Extracción muestra sangre Reponer sangre 1º extracción Lavar con SF heparinizado catéter	Hipotermia: anotar temperatura paciente Presencia de aire o coágulo en muestra

5. OBSERVACIONES

1. Recomendación límites alarmas saturímetro
2. No realizaremos variaciones del oxígeno sólo en respuesta a la lectura del monitor
3. Durante oxigenoterapia siempre monitorizar: FC, Fr, Sato2 y esfuerzo respiratorio
4. ↑ O2 si precisa durante: alimentación, aseo o manipulación
5. En decúbito supino mantener con ligera extensión del cuello

	Sat. Deseada	Alarma mínima	Alarma máxima
< 1200 g ó < 32 semanas	88 - 92%	85%	93%
> 1200 g ó > 32 semanas	88 - 94%	85%	95%

6. CONCLUSIONES

Enfermería es la encargada durante 24h día de administrarlo, manejarlo y controlarlo.

Su administración en neonatología debe ser vigilada "estrechamente" para evitar complicaciones.

7. BIBLIOGRAFÍA

-Perez, E, Ros R, Mimon I, Lopez V. Protocolo del manejo del oxígeno y control de saturación en recién nacido prematuro. Enfermería integral nº 94, 2011; 37-40
-wasunna, G. Whitelaw. Pulse oximetry in preterm infants. Archives of disease in Childhood 1987, 62, 957-971