

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATURO
CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN. HUANTA – AYACUCHO. 2019**

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

RUBEN PORTAL INFANZON

**Callao - 2020
PERÚ**

*A mi amada esposa, Lic. Enf. Lilia,
por su entrega a la sociedad, y que ahora
goza de la presencia de nuestro creador en
el cielo.*

AGRADECIMIENTO

A mis amados padres, por darme el sustento en la vida.

A mis estimados docentes, por ser auxiliares en el desarrollo cognitivo.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| CAPÍTULO I..... | 4 |
| DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA..... | 4 |
| MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 2.1 Antecedentes del estudio..... | 8 |
| 2.1.1. A nivel internacional..... | 8 |
| 2.1.2. A nivel nacional..... | 9 |
| 2.2 Base teórica..... | 11 |
| 2.2.1 Teoría de Ramona Mercer..... | 11 |
| 2.3 Base conceptual..... | 12 |
| 2.3.1. Síndrome de dificultad respiratoria o membrana hialina.... | 12 |
| 2.3.2. Composición y metabolismo del surfactante..... | 12 |
| 2.3.3. Factores de riesgo | 13 |
| 2.3.4. Clínica | 14 |
| 2.3.5. Diagnóstico radiológico | 15 |
| 2.3.6. Manejo del síndrome neonatal..... | 15 |
| 2.3.7. Tratamiento..... | 15 |
| | |
| CAPÍTULO III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | |
| 1.1. Datos de filiación..... | 19 |
| 1.2. Motivo de consulta..... | 19 |
| 1.3. Enfermedad actual..... | 19 |
| 1.4. Antecedentes..... | 19 |
| 1.5. Examen físico..... | 20 |
| 1.6. Exámenes auxiliares..... | 22 |
| 1.7. Valoración..... | 22 |
| 1.8. Esquema de valoración..... | 25 |
| CONCLUSIONES..... | 33 |
| RECOMENDACIONES..... | 34 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 35 |
| ANEXOS | |

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) es una de las patologías respiratorias más comunes en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), que afecta fundamentalmente a los recién nacidos pretérmino (RNPT), es la causa principal de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. Es causada por el déficit de surfactante, la inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma.

Esta patología representa un desafío para los profesionales de enfermería neonatal, ya que no solo requiere habilidad en el manejo respiratorio, sino también el cuidado integral propio del recién nacido prematuro, cuidados que a su vez tendrán incidencia en la evolución de la condición respiratoria.

El diagnóstico se realiza por la clínica de dificultad respiratoria, la radiología y el laboratorio, siendo la intervención más costo-efectiva para su prevención la aplicación de corticoides prenatales y para mejorar su evolución la aplicación de surfactante post natal.

El presente informe académico titulado: “Cuidados de Enfermería en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria, Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta- Ayacucho 2019, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en casos de recién nacidos inmediatos con dificultad respiratoria, asistidos en el Servicio de Pediatría – Neonatología del Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta, aplicando el Proceso de Atención en Enfermería, método sistemático y ordenado, para obtener información, identificar signos y síntomas de una patología y lograr el bienestar del neonato y permite brindar cuidados de enfermería, empleando conocimientos científicos, técnicos y humanos.

La enfermera neonatal se perfecciona principalmente en hospitales y no suele verse en centros asistenciales o ambulatorios, esto ocurre porque una vez que el bebé sale de la sala de parto, debe ingresar de manera inmediata a la sala de neonatos, donde se les hacen los estudios necesarios para llevar una historia clínica sobre cualquier inconveniente que se presente, o de lo contrario tan solo prepararlos para su nueva experiencia de vida fuera del vientre.

El servicio cuenta con los equipos básicos, debido a que tratamos con un organismo que se acaba de iniciar y está comenzando a acostumbrarse a otro estilo diferente, por ello la atención debe ser primordial y la vigilancia debe constar de veinticuatro horas al día.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según López & Valls (1), el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del RNP no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados, por lo que el SDR se debe a ausencia del surfactante, lo que origina microatelectasias alveolares y cortocircuitos intrapulmonares múltiples que a su vez producen una incapacidad para captar oxígeno (O₂) y eliminar el dióxido de carbono (CO₂). De la misma manera este autor menciona que el SDR es la principal causa de morbi-mortalidad en el neonato pretérmino y representa una enfermedad por inmadurez pulmonar y es exclusivamente una enfermedad del RNP.

Sin tratamiento, puede llevar a la muerte por fallo respiratorio con hipoxia e hipercapnia. Su tratamiento ha ido evolucionando a través de los años resultando en un aumento de la sobrevivencia de los bebés más extremos, con el posible incremento de la tasa de enfermedad pulmonar crónica asociada. Constituye una causa importante de morbimortalidad (2).

Gómez J, (2016), en el Hospital Cayetano Heredia de Lima (Perú), reporta que la enfermedad de membrana hialina es una causa del síndrome de dificultad respiratoria muy frecuente en el recién nacido pre-término. Realizando el plan de cuidados mediante las intervenciones de enfermería a un prematuro de 31 semanas que ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales por presentar enfermedad de membrana hialina. Aplicó la valoración según dominios de NANDA hallándose los siguientes diagnósticos significativos “00032 Patrón respiratorio ineficaz”, “00030 Deterioro del intercambio gaseoso”, “00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante”, “00132 Dolor agudo” y “00126 Conocimientos deficientes”. Por lo cual se aplicaron las intervenciones de enfermería según la taxonomía II de los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería. La

oxigenoterapia fue una de las principales intervenciones de enfermería que se aplicaron con la técnica de presión positiva continua en la vía aérea nasal. Un modo no invasivo de poder cubrir la necesidad de ventilación en el prematuro. Como resultado se obtuvo la disminución del FiO₂ de 30% a 25% mejorando su patrón respiratorio. El aspecto de la buena comunicación entre enfermera y la madre del paciente fue fundamental para poder tranquilizar su estado tenso y aumentar su nivel de conocimiento, encontrando así un apoyo emocional dentro del ambiente hospitalario (3).

En el Hospital María Auxiliadora de Lima (Perú), Chinchay C. (2016), refiere que el síndrome de dificultad respiratoria es la principal causa de morbilidad en los recién nacidos prematuros porque en este periodo postnatal se presenta una inmadurez fisiológica y anatómica pulmonar que impide mantener una respiración e intercambio gaseoso adecuados. El presente reporte de caso trata de un recién nacido pre-término de 36 semanas que presentó un bajo peso al nacer de 2280 g y una dificultad respiratoria que se evidenció por taquipnea, disnea e hipoxia. Esta inestabilidad fisiológica del prematuro requirió internamiento, situación que conllevó a una interrupción del vínculo afectivo entre mamá-recién nacido. Ante la valoración del caso se decidió hacer una planificación de los cuidados de enfermería con enfoque humanístico, para ello se propusieron cuatro diagnósticos de relevancia: "Patrón respiratorio ineficaz", "Patrón de alimentación ineficaz del lactante", "Ansiedad" y "Riesgo de deterioro de la vinculación". Se ejecutó el plan de cuidados durante los primeros cinco días de vida del recién nacido utilizando el modelo de valoración de los 13 dominios según aspectos positivos y negativos de la Taxonomía II de NANDA-I y el lenguaje estandarizado de los diagnósticos, intervenciones y resultados de la Taxonomía II. Al finalizar el proceso se lograron mejorar los patrones de respiración y alimentación disminuyendo así las complicaciones en la salud del recién nacido prematuro. Asimismo, se alcanzó fortalecer el vínculo entre la mamá y el recién nacido logrando el bienestar biopsicosocial y potenciando el rol materno (4).

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al Proceso Enfermero (PE) como "un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud del individuo, familia y comunidad" que asume el uso del método científico para identificar las necesidades de salud; en él se definen los objetivos, se fijan las

prioridades y empatan los cuidados que hay que proporcionar a un paciente y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez (5).

El PE, es un método de atención profesional y su aplicación fundamenta la práctica diaria de la enfermera, procedimiento que parte de la aplicación del método científico, permitiendo a los profesionales de Enfermería prestar cuidados de una forma racional y lógica. Al tratarse de un elemento garante de la calidad de los cuidados de Enfermería, el PE consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Teniendo como objetivo principal construir una estructura que pueda cubrir las necesidades de salud del paciente, familia o comunidad de una forma individualizada.

El profesional de enfermería, a través del tiempo, se ha caracterizado por ser una persona que está al servicio y cuidado del paciente; por lo tanto, debe mostrar un alto grado de compromiso, lealtad, valores y humanismo durante el cuidado que brinda al paciente para lograr su plena satisfacción.

En tal sentido, podemos decir que el enfermero de esta especialidad es la encargada de cuidar y darle al bebé en sus primeros días de vida la protección adecuada ya que las primeras semanas son muy importantes en su desarrollo y adaptabilidad en el mundo.

En diferentes ocasiones el área de neonatos asumió situaciones complicadas, por ejemplo, los bebés prematuros que fueron colocados en incubadoras y con un constante chequeo para la supervivencia del mismo, también como por complicaciones de salud graves, casos en los cuales el bebé debe estar internado por mucho más tiempo de lo normal.

La ciudad de Huanta, Ayacucho, tiene el Hospital Daniel Alcides Carrión, considerado un Hospital de nivel II – MINSA, establecimiento de salud que viene prestando los servicios de salud a la población en sus áreas de influencia y otras que por tener mayor accesibilidad geográfica son referidos para su atención según su diagnóstico.

Todo recién nacido prematuro por su inestabilidad fisiológica requiere ser hospitalizado. Esta situación conlleva a una disrupción del vínculo afectivo entre padres-hijo afectando el desarrollo físico, psicológico e intelectual del hijo y la relación que se desarrollará a lo largo del tiempo entre ambos. En consecuencia

presentaron con mayor frecuencia otras morbilidades y alteraciones en el desarrollo neurocognitivo, neurosensorial y conductual. En tal sentido, el impacto emocional que los padres experimentan al no poder interrelacionarse con su hijo recién nacido repercute en forma negativa en la formación del vínculo y el proceso de crianza (4)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A nivel internacional

Brena y Cols. (2015), en la investigación “Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio” en México, hace uso del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACEs), para poder guiar el cuidado y la intervención de Enfermería, dirige su atención a la evidencia científica y aplica la Enfermería Basada en Evidencia (EBE), que permiten al profesional de Enfermería prestar cuidados de una forma racional y lógica. En este caso el cuidado está orientado a paciente pediátrico en etapa de prematurez con diagnóstico de membrana hialina o distrés respiratorio, también conocido como Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR), ya que este padecimiento, marca índices alarmantes de morbi-mortalidad a nivel mundial (6).

Pérez, López y Rodríguez (2013), señalan que cada año hay alrededor de 13 millones de partos pretérmino en el mundo, representando 3/4 partes de todas las muertes neonatales no asociadas con malformaciones, así también la morbilidad asociada a pacientes prematuros es elevada y las principales causas de ingreso reportadas a hospitalización, son enfermedad de membrana hialina, sepsis, neumonía y asfixia, lo que fundamenta la necesidad de brindar cuidado integral al paciente prematuro durante la práctica clínica. El proceso presentado en este escrito se llevó a cabo en el Hospital de la Niñez Oaxaqueña, en él se aplicó la valoración de Majory Gordon, diagnósticos de Enfermería, planes de cuidados individualizados, ejecución y evaluación. El caso descrito corresponde a un paciente real, para el cual adicionalmente, se utilizó el lenguaje estandarizado de la trilogía NANDA, NOC y NIC.

2.1.2. A nivel nacional:

Gómez J. (2016), en el trabajo “Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina” en Lima, realizó el plan de cuidados mediante las intervenciones de enfermería a un prematuro de 31 semanas que ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales por presentar enfermedad de membrana hialina. Se aplicó las intervenciones de enfermería según la taxonomía II de los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería. Como resultado se obtuvo la disminución del FiO₂ de 30% a 25% mejorando su patrón respiratorio. El aspecto de la buena comunicación entre enfermera y la madre del paciente fue fundamental para poder tranquilizar su estado tenso y aumentar su nivel de conocimiento, encontrando así un apoyo emocional dentro del ambiente hospitalario (3).

Huamaní J. (2017), en el estudio “Cuidados de enfermería en el neonato con taquipnea transitoria del recién nacido” en Lima, reporta que la taquipnea transitoria en el recién nacido es una enfermedad no infecciosa, que ocurre generalmente en el neonato pretérmino menor de 37 semanas de gestación o cercanos al término, nacidos por vía vaginal y sobre todo por operación de una cesárea. Se caracteriza por una frecuencia respiratoria mayor de 60x', y dificultad respiratoria, debiéndose a la retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire. La eliminación del líquido pulmonar comienza con el trabajo de parto hasta en un 45%, seis horas previas al nacimiento, debido al incremento de las catecolaminas maternas, esta patología se maneja en las unidades o áreas de cuidados intensivos e intermedios y continuos para el bebe que no se encuentran graves, pero necesitan de cuidados de enfermería especializada, quien es la profesional cuenta con los conocimientos científicos y tecnológicos, en la atención integral que brinde al recién nacido con problemas respiratorios (7).

Gómez S. (2018), en el “Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término de 35 semanas con distrés respiratorio del Servicio de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, aplicó a un recién nacido de 35 semanas, valoró a la paciente a través de la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, identificó los problemas y las necesidades durante

la valoración y concluye que el proceso de atención de enfermería ha sido aplicado adecuadamente siendo de beneficio para el paciente en estudio (8).

Manchego E. (2019), en los “Cuidados de enfermería en paciente recién nacido prematuro” en Lima, señala que el objetivo principal es brindar la atención de enfermería tratando de cubrir las necesidades básicas y complejas del recién nacido pre término, brindando el debido y adecuado cuidado poniendo en práctica las intervenciones del profesional del enfermería quien es el que brinda un cuidado humanizado a los recién nacidos. Estos neonatos tienen estancias hospitalarias largas y de mayor incidencia de readmisión a comparación del recién nacido a término (9).

Montoya N. (2019), en el estudio “Cuidados de enfermería en la aplicación de presión positiva continua de vía aérea neonatal en recién nacidos prematuros” en Lima, planifica que el estudio será cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra será de 60 enfermeras UCIN. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos: Se utilizará la encuesta, para obtener información relacionada a la población, aplicando el proceso de interrogación y registro de datos; y la observación, que permitirá captar la realidad del cuidado de enfermería. Se utilizará el cuestionario y una guía de observación (10).

De la Cruz R. (2019), en su trabajo “Cuidados de enfermería en recién nacido prematuro del Hospital Regional II-2” en Tumbes, aplicó la metodología del proceso de atención de enfermería – PAE orientado a los cuidados de enfermería del Recién Nacido Pre término – RNPT. Proporcionó un cuidado especializado basado en la mejor evidencia. Finalmente, concluyó que el acompañamiento del personal de enfermería es de vital importancia para la detección de situaciones que pueden afectar el desarrollo del menor y su relación familiar (11).

2.2. Base teórica

2.2.1 Característica del rol maternal según la teoría de Ramona Mercer

Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la personamujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema:

- a). El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre- niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- b). El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
- c). El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los

niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (12).

2.3. Base conceptual

2.3.1. Síndrome de dificultad respiratoria o membrana hialina

El síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) es la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. Típicamente afecta a los recién nacidos de menos de 35 semanas de edad gestacional (EG) y es causada por déficit de surfactante, sustancia tensoactiva producida por los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos. Su incidencia aumenta inversamente respecto a la edad de gestación de manera que afecta al 60% de los menores de 28 semanas de EG y a menos del 5% de los mayores de 34 semanas de EG (13)

Clínicamente se presenta al nacimiento o poco tiempo después con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia. La hipoxemia y distintos grados de acidosis respiratoria y metabólica asociada a hipercapnia son los hallazgos gasométricos; radiológicamente aparece una imagen bilateral, más o menos homogénea, de opacificación del parénquima pulmonar con broncograma aéreo con aspecto característico de “vidrio esmerilado” que, en los casos más graves, lleva al llamado “pulmón blanco” (13)

2.3.2. Composición y metabolismo del surfactante

La existencia del surfactante se descubrió en los años 50. Su composición consta de fosfolípidos en un 80% (fosfatidilcolina, fosfatidilglicerol, fosfatidilinositol y fosfatidiletanolamina), proteínas en un 10% (proteínas del surfactante, SPs, conocidas como SP-A, SP-B, SP-C, SP-D y otras proteínas) y lípidos en otro 10% (fundamentalmente colesterol). De todos sus componentes, la fosfatidilcolina es la principal sustancia tensoactiva. En los últimos años, se ha descubierto que la ausencia o deficiencia de alguna de las SPs lleva asociado cuadros de SDR de gran severidad, tanto en pretérminos como en neonatos a término.

El surfactante está presente en suficiente cantidad en los pulmones a partir de la semana 36 de EG. Sin embargo, prenatalmente, hay situaciones que aceleran o retrasan la aparición del surfactante. Así, la rotura prematura de membranas, la hipertensión materna, el crecimiento intrauterino retardado, los corticoides y los

tocolíticos aceleran la maduración pulmonar mientras que la diabetes materna, el hidrops y la eritroblastosis fetal, la retrasan (14).

2.3.3. Factores de riesgo

Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como etnia blanca, historia de SDR en hijos previos y sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante.

El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a la proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal (14).

Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en RNPT y el antecedente de cesárea sin trabajo de parto. Los RN que nacen antes del trabajo de parto, no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroides que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante.

En la siguiente tabla se muestran los factores que aumentan y los que disminuyen el riesgo de EMH o SDR.

| Riesgo aumentado | Riesgo disminuido |
|--------------------------|--|
| Prematuridad crónica | Hipertensión materna |
| Diabetes materna | Hipertensión materna inducida por embarazo |
| Gestación múltiple | Ruptura prematura de membrana |
| Parto por cesárea | Corticoides prenatales |
| Parto precipitado | Adicción materna a opioides |
| Asfixia | |
| Estrés por frío | |
| RN anteriormente con EMH | |
| Sexo masculino | |
| Raza blanca | |

Tabla 1. Factores de riesgo para SDR. Fuente: Adaptado de Gotoff SP. Hylaine membrane disease. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors, Nelson textbook of Pediatrics, 16th Edition Philadelphia WB Saunders; 2000 p 498-504.

2.3.4. Clínica

Los signos y síntomas aparecen al nacimiento o poco tiempo después con clínica respiratoria franca que incluye polipnea y signos de dificultad respiratoria progresiva (quejido, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, tiraje inter costal y retracción supraesternal) con cianosis central. Los grandes prematuros inicialmente pueden presentar episodios de apnea que precisen una intervención inmediata.

Los signos de dificultad respiratoria son:

- **Aleteo nasal:** se advierte cuando las fosas nasales se ensanchan con la inspiración.
- **Quejido:** sonidos audibles, producidos cuando el recién nacido exhala contra una glotis parcialmente cerrada, en un esfuerzo por mantener la presión al final de la espiración.
- **Retracción intercostal o tiraje:** retracciones de los espacios intercostales debidas al incremento de la presión intratorácica negativa. Las retracciones leves afectan solo los espacios intercostales; las retracciones moderadas afectan los espacios intercostales y subcostales; las retracciones graves afectan los espacios intercostales, subcostales y esternales.
- **Retracción o tiraje esternal:** movimientos paradójicos de retropulsión del esternón durante la inspiración, debidos al incremento de la presión intratorácica negativa.
- **Taquipnea:** una frecuencia mayor a 60 respiraciones/minuto indica, generalmente, dificultad respiratoria. (15)

La clínica frecuentemente se complica con la presencia de ductus arterioso persistente (DAP) con un shunt inicial izquierda-derecha (ductus silente) que puede complicar el curso de la enfermedad; clínicamente lleva asociado taquicardia, precordio hiperdinámico, pulsos “saltones”, soplo cardíaco y alteración de la perfusión.

En su evolución natural, los cuadros leves presentan un empeoramiento inicial que puede durar 1 o 2 días, con necesidad de oxigenoterapia y recuperación posterior progresiva hasta su completa resolución. En los casos más graves, el

empeoramiento es rápido con hipoxemia y acidosis mixta que suele precisar oxigenoterapia y ventilación mecánica. Tanto la gasometría arterial como los parámetros ventilatorios necesarios son buenos indicadores de la gravedad del cuadro.

El empleo temprano del surfactante ha modificado el curso y la gravedad del SDR (15).

2.3.5. Diagnóstico radiológico

En los primeros momentos la radiología pulmonar puede ser normal, pero posteriormente irá apareciendo el patrón típico del SDR. Este se caracteriza por disminución del volumen pulmonar, opacificación difusa con un patrón retículonodular (aspecto de “vidrio esmerilado”) y broncograma aéreo. Se debe valorar la presencia de complicaciones como escapes aéreos (neumotórax, enfisema intersticial) y posibles malformaciones asociadas (16).

2.3.6. Manejo del síndrome neonatal

Prevención Se basa en la detección y tratamiento precoz de la amenaza de parto prematuro (APP) y el tratamiento prenatal materno con corticoides. La pauta más indicada de corticoterapia es la de betametasona i.m., dos dosis de 12 mg separadas por un período de 24-48 horas. Su efectividad parece mayor cuando pasan entre 24 horas y siete días entre el inicio del tratamiento y la consecución del parto; sin embargo no hay estudios que relacionen una mejor evolución del recién nacido en los casos de ciclos repetidos de corticoides a la madre cuando el embarazo se prolonga más allá de una semana.

La administración de corticoides está indicada en las amenazas de parto prematuro entre la 24 y la 34 semana de EG (17).

2.3.7. Tratamiento

a) Reanimación en sala de partos: el tratamiento del síndrome parte de una adecuada estabilización en el momento del nacimiento.

Cada vez existen más estudios que cuestionan el uso generalizado de oxígeno al 100% en la reanimación neonatal. Se debe disponer de mezcladores y monitorización de la saturación de oxígeno en sala de partos e intentar ajustar la concentración de oxígeno a administrar. Para mejorar el reclutamiento alveolar se recomienda ventilación con PEEP en la sala de

partos, iniciar CPAP precoz y tratar de mantenerla durante el traslado a la unidad de CIN, evitando así el colapso alveolar.

b) De soporte:

- **Temperatura:** es necesario mantener al RN en un ambiente térmico neutro para disminuir las necesidades de oxígeno y el empeoramiento de la acidosis metabólica
- **Nutrición y administración de líquidos:** es fundamental un adecuado aporte nutricional sin sobrecarga excesiva de líquidos que empeore la situación respiratoria y contribuya a la aparición de otras complicaciones como el DAP o la enfermedad pulmonar crónica (EPC). En general se suele mantener los primeros días entre 60 y 100 cc/kg/día en forma de alimentación parenteral. La vía enteral, en los casos de dificultad respiratoria importante, se debe posponer hasta su estabilización y mejoría (valorar el inicio de una enteral trófica cuando se encuentre hemodinámicamente estable)
- **Hemoglobina y hematocrito:** se debe evitar una anemización excesiva del pequeño que suponga un aumento de los requerimientos de oxígeno. Cuando la hemoglobina baje de 11 g/dl, precisando aporte de oxígeno superior al 30%, se debe valorar la transfusión de un concentrado de hematíes a 10-15 cc/kg a pasar en dos horas.
- **Infeción:** un cuadro de neumonía neonatal o de sepsis puede ser indistinguible de un síndrome y, a su vez, una sobreinfección respiratoria puede empeorar drásticamente el pronóstico de estos pacientes. Por ello, en muchos casos, ante un cuadro de dificultad respiratoria progresiva desde el período neonatal inmediato, se inicia tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro (tras recogida de bacteriología) hasta la llegada de cultivos negativos o se mantiene en función de la evolución clínica y analítica del paciente.
- **Monitorización:** se recomienda que el recién nacido prematuro se traslade a una unidad de cuidados intensivos neonatales (CIN) ante un cuadro de dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia y antes de que necesite otro tipo de soporte ventilatorio y/o vías centrales. Ante un cuadro de distrés respiratorio neonatal se debe monitorizar frecuencia cardíaca,

frecuencia respiratoria, presión arterial (continua vía catéter arterial o periódicamente de forma no invasiva), pulsioximetría (idealmente con tecnología Massimo®), PO₂ y PCO₂ transcutánea (si se dispone de ella y el niño no es extremadamente inmaduro) y temperatura. Asimismo se deben hacer controles gasométricos periódicos (menos frecuentes si se cuenta con buenos sistemas de monitorización de saturación de oxígeno y PO₂/PCO₂ tc), y radiológicos, tanto para control de vías centrales y posición de tubo endotraqueal si se precisa de éste, como para ver la evolución radiológica del pulmón.

- c) **Oxigenoterapia:** el objetivo primordial es mantener una adecuada oxigenación que permita una función tisular normal y prevenga la acidosis. Para ello se considera adecuado la administración de oxígeno a una concentración tal que consiga en el niño una presión arterial de oxígeno (PaO₂) entre 50-70 mmHg (generalmente se correlaciona con una SatO₂ entre 85-93%). El gas administrado siempre debe ir húmedo y caliente para evitar lesionar el epitelio de las vías aéreas. Se deben hacer gasometrías periódicas que confirmen la ausencia de acidosis junto con una oxigenación y ventilación en límites admisibles.
- d) **Administración de surfactante:** el empleo del surfactante en el SDR neonatal es probablemente la medicación más ampliamente evaluada de las que se emplean en las unidades de CIN. Desde su introducción en los años 80, hay muchos estudios multicéntricos, randomizados y controlados que prueban y confirman la eficacia y seguridad del surfactante en el tratamiento del SDR neonatal. Así, se ha visto que el surfactante mejora la oxigenación, disminuye el riesgo de escape aéreo y, lo que es más importante, disminuye la mortalidad por SDR neonatal en un 40%; es más, se estima que el descenso de la mortalidad infantil en EEUU que se produjo entre 1988 y 1990 se debió, en un 80%, de forma exclusiva a la introducción del surfactante. Actualmente existen en el mercado dos preparados de surfactante: los naturales y los sintéticos. Ambos son efectivos, pero los estudios parecen indicar que el surfactante natural muestra una respuesta más inmediata en la oxigenación y en la mejora de la compliance pulmonar y un menor riesgo de escape aéreo. Hay controversia en cuanto a si disminuye más o no la

mortalidad y no parece haber diferencias en cuanto al riesgo de EPC. Bien es verdad que todos los estudios están hechos con surfactantes artificiales que no contenían análogos de las proteínas del surfactante (SPs) y que actualmente se han desarrollado otros nuevos que sí contienen estos análogos y están siendo investigados en ensayos clínicos.

En nuestro país se emplean los surfactantes naturales, los hay de origen bovino (Survanta®) o porcino (Curosurf®) y en estudios comparativos no parece haber diferencias sustanciales en cuanto a su eficacia. Un estudio americano multicéntrico, prospectivo y randomizado publicado en el 2004 parece indicar que el Surfactante porcino administrado en primera dosis a 200 mg/kg tiene una mayor eficacia que el bovino o el porcino administrado a 100 mg/kg con una reducción mayor de la mortalidad en el grupo de los menores de 32 semanas de EG.

- e) **Manejo ventilatorio:** los objetivos del manejo ventilatorio son mantener una adecuada oxigenación y ventilación tratando de minimizar el volu y barotrauma inducido por la ventilación mecánica. Desde el punto de vista gasométrico, se ha de evitar el pH por debajo de 7,25 (puesto que se considera que el metabolismo celular se altera en estado de acidosis); la PaO₂ debe mantenerse entre 50 y 80 mmHg y la PaCO₂ entre 37 y 60 mmHg (idealmente entre 45 y 55 mmHg) siempre que el pH se mantenga por encima de 7,25 (13)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

- Nombre Recién nacido : Reyes Villar - RN
- Establecimiento de Salud : Hospital de Apoyo de Huanta
- Servicio : Neonatología
- Ambiente : UCIN
- Incubadora : N° 01

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Se asistió un recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, nacido por cesárea de emergencia a las 36 semanas de gestación (según test de Capurro) debido a que la mamá ingresó presentando hemorragia en el tercer trimestre del embarazo por desprendimiento prematuro de placenta. Al nacer se le valoró con el test de Apgar 7 al minuto, 9 a los 5 minutos y con el Test de Silverman–Anderson 4 puntos. Presentó bajo peso al nacer (BPN): 2280 g, talla: 45,5 cm, circunferencia cefálica: 32 cm y circunferencia torácica: 30 cm.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. Antecedentes perinatales

- Parto: Cesárea de Emergencia
- Diagnóstico Médico: recién nacido pretérmino de 36 semanas de edad gestacional (Capurro) con síndrome de dificultad respiratoria; sexo masculino, adecuado para la edad gestacional (AEG), parto por cesárea.
- Nombre de la Madre: Ruth Villar Rojas.
- Edad de la Madre: 18

- Control prenatal: **02** control prenatal se realizó en el Hospital de Apoyo de Huanta.
- Diagnostico ginecológico: Gestación única de 36 semanas
- Número de Embarazo: G10000
- Grado de Instrucción: **Secundaria incompleta.**
- Domicilio actual: **Distrito de Huanta.**

1.4.2. Antecedentes familiares

- Madre: Adolescente.
- Patología materna: Gestación única de 36 semanas por última regla.
- Control prenatal: 06
- Parto: por cesárea.
- Fecha y hora de nacimiento: 07 de Agosto del 2019.
- Presentación del neonato: Cefálica.
- Líquido amniótico: Claro.
- Cordón circular simple, clampado.
- APGAR: al 1 minuto: 7 y a los 5 minutos: 9.

1.4.3. Antecedentes personales

- Sexo: Femenino.
- Somatometría: Peso: 2.280 gr, talla: 45.5 cm, perímetro Cefálico: 32 cm, perímetro torácico 30 cm.
- Edad gestacional: 36 semanas por test Capurro
- Test Silverman: 0
- Contacto piel a piel: No se realizó.
- Motivo de hospitalización del neonato a UCIN. Neonato con síndrome de dificultad respiratoria, presentando taquipnea de 68 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno de 90%, glicemia de 35 mg/dL e hipoactividad.

1.4.4. Antecedentes socio-económicos y culturales

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1. Control de signos vitales

- Funciones vitales: Temperatura: **36.5°C**, F.C: **148 por minuto**, F.R: 68 por minuto
- Examen físico: hipoactivo, letárgico.

- No presenta sonda orogástrica.
- Abdomen blando depresible y se observa muñón umbilical clampado.
- Micción espontánea 20 cc en 6 horas.
- No meconio en 6 horas.

1.5.2. Exploración céfalo caudal:

- ❖ Color: Leve palidez generalizada.
- ❖ Somatometría: Peso: 2280 gramos; talla 45.5 cm; perímetro cefálico 32 cm
- ❖ Piel: Tibia (36,5 °C), turgente, húmeda, sin lesiones.
- ❖ Cabeza: Normocráneo, con fontanela normal.
- ❖ Ojos: Simétricos, con conjuntivas claras y pupilas fotorreactivas.
- ❖ Orejas: Simétricas en ambos lados.
- ❖ Nariz: Fosas nasales permeables.
- ❖ Boca: Con mucosa oral húmeda, paladar intacto.
- ❖ Cuello: Cilíndrico, móvil
- ❖ Tórax: Simétrico.
- ❖ Mamas: normales.
- ❖ Pulmones: F.R: 68 por minuto. Movimientos pulmonares audibles.
- ❖ Corazón: FC: 148, con latidos rítmicos, no soplos.
- ❖ Abdomen: Blando, depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, no distensión abdominal.
- ❖ Cordón Umbilical: clampado.
- ❖ Genitales: Pene de aspecto normal, testículos descendidos.
- ❖ Micción espontánea.
- ❖ Ano: Permeable
- ❖ Extremidades: Simétrica, móviles.
- ❖ Neurológicos: Hipoactivo, reactivo a los estímulos externos. Reflejo de aprensión positivo, reflejo plantar positivo, reflejo de moro positivo, reflejo de marcha positivo. Reflejo búsqueda. Ligeramente letárgico.

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

| Valores encontrados | Valores referenciales |
|------------------------|---------------------------------|
| Bilirrubina total: | 0- 1.0 mg/dl |
| Bilirrubina directa: | 0-0.2mg/dl |
| Bilirrubina Indirecta: | 0.00-0.60 mg/dl |
| Leucocitos: | 10.000-30.000mm ³ |
| Hematocrito: | 40-60% |
| Monocitos: | 0.6% |
| Linfocitos: | 20-40% |
| Plaquetas: | 150,000-450,000 mm ³ |
| Grupo sanguíneo: O | |
| Factor Rh + | |
| PCR: | Positivo > 6 mg/dl |

1.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES

| Dominios | Positivos | Negativos |
|-----------------------|---------------|--|
| Promoción de la salud | No se observa | <p>Gestante llegó al hospital con hemorragia en el tercer trimestre por desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>RNPT AEG, nació mediante cesárea de emergencia a las 36 semanas de gestación (según test de Capurro)</p> <p>RNPT presentó bajo peso al nacer: 2280 g.</p> |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <p>Nutrición</p> | <p>Recibió por vía endovenosa dextrosa al 10% con velocidad de infusión de 5 mg/Kg/minuto.</p> <p>Al tercer día de hospitalización inició nutrición enteral por sonda.</p> | <p>Portador de SOG</p> <p>. Débil reflejo de succión y deglución.</p> |
| <p>Eliminación</p> | <p>Micción espontánea</p> <p>Presencia de meconio</p> | <p>RNPT presentó taquipnea de 68 respiraciones por minuto, SO₂ de 90%, Test de Silverman – Anderson 4 puntos.</p> <p>Recibió oxigenoterapia CPAP burbuja.</p> |
| <p>Actividad / reposo</p> | <p>No se observa</p> | <p>Sueño ligero y agitado.</p> <p>Hipoactivo, sólo presenta movimientos defensivos ante estímulo doloroso.</p> <p>Recibió oxigenoterapia CPAP burbuja.</p> |
| <p>Percepción / cognición</p> | <p>Presentó llanto vigoroso sólo al ejecutar procedimientos dolorosos</p> | <p>La mamá desconocía cómo manipular a su bebé que se encontraba en una incubadora conectado a varios dispositivos.</p> |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| Autopercepción | No se observa | La mamá percibe que no ha podido realizarse como tal. |
| Rol / relaciones | No se observa | Interrupción en la relación de apego madre e hijo. Dificultad en el desempeño del rol materno. Interrupción de la lactancia materna. |
| Sexualidad | RNPT de sexo masculino Genitales de acuerdo a su edad gestacional | No se observa |
| Afrontamiento / tolerancia al estrés | No se observa | El prematuro manifestó irritabilidad. La madre manifestó ansiedad y temor por la salud de su bebé y frustración por no poder cuidarlo. |
| Principios vitales | La mamá es católica, durante su visita oraba por su bebé | No se observa |
| Seguridad / protección | Se encontró en una servocuna con técnica de nido acoplado. Temperatura corporal: 36.3°C | RNPT de 36 semanas de gestación por Capurro. Recibió oxigenoterapia CPAP burbuja. Presentó vía periférica. |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| | La piel se mantuvo limpia y sin laceraciones | |
| Confort | RNPT se encontró en una servocuna | Prematuro mostró conductas defensivas cuando se le realiza algún procedimiento |
| Crecimiento / desarrollo | RNPT AEG de 36 semanas de gestación por Capurro Talla: 45,5 cm Circunferencia cefálica: 32 cm Circunferencia torácica: 30 cm | Presentó BPN: 2280 g |

1.8. ESQUEMA DE VALORACIÓN

- ❖ Neonato ingresa al servicio llevado por el personal de enfermería del Servicio de Sala de Operaciones, con síndrome de dificultad respiratoria
- ❖ Sin sonda orogástrica,
- ❖ Mucosa oral humedad,
- ❖ Vía periférica permeable
- ❖ Miembro superior derecho perfundiendo Dextrosa 12.5%. a 3.2cc/h,
- ❖ Abdomen blando depresible,
- ❖ Genitales de acuerdo al sexo.

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Para el estudio del caso clínico se realizó la valoración empleando los dominios de la Taxonomía II de NANDA-I enfocándose en la interacción del recién nacido y la mamá y se identificaron aspectos negativos a nivel fisiológico en el recién nacido prematuro y también a nivel psicosocial en el afrontamiento del problema y el desempeño de roles del binomio madre e hijo.

Según la valoración realizada al recién nacido y a la mamá se formularon diagnósticos reales y de riesgo utilizando los diagnósticos de enfermería de la Taxonomía II de NANDA – I. Se priorizaron cuatro diagnósticos que permitieron brindar cuidados de enfermería en respuesta a las necesidades biopsicosociales del binomio mamá/recién nacido.

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c con inmadurez pulmonar e/p disnea, taquipnea, aleteo nasal, alteración en la profundidad respiratoria, SO₂: 90%. Dominio 4, clase 4.
- (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante r/c prematuridad e/p incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración. BPN: 2280 g. Dominio 2, clase 1.
- (00146) Ansiedad r/c cambio en la función del rol e/p angustia, temor, preocupación. Dominio 9, clase 2.
- (00058) Riesgo de deterioro de la vinculación r/c la enfermedad del niño impide la iniciación eficaz del contacto parental. Dominio: 7, clase: 2.

| Diagnóstico de Enfermería | Objetivos | Intervención | Evaluación |
|--|--|--|---|
| <p>Dominio 4: Actividad / Reposo. Clase 4: Respuestas cardiovasculares/ Pulmonares Código: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez neurológica E/P</p> <p>Taquipnea (68 respiraciones por minuto), Disnea, Aleteo nasal,</p> | <p>Código: 0415 Estado respiratorio.</p> <p>El recién nacido mejorará el patrón respiratorio ineficaz.</p> | <p>Código: 3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> •Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema de calefacción y humidificado. •Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro). •Comprobar la posición del dispositivo del aporte de oxígeno. •Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno. •Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. •Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos | <p>El recién nacido mejoró el patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>Frecuencia respiratoria (60 respiraciones por minuto) Ritmo respiratorio Profundidad de la inspiración Saturación de oxígeno 95%</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Alteraciones en la profundidad respiratoria, SO2: 90%. | | accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares | |
|--|--|---|--|

| Diagnóstico de Enfermería | Objetivos | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|--|---|--|--|
| Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión Código 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C prematuridad E/P Incapacidad para coordinar la succión, la | Código 1004 Estado nutricional El recién nacido mejorará el patrón de alimentación. | Código 1056 Alimentación enteral por sonda •Insertar una sonda orogástrica de acuerdo con el Protocolo. •Observar si la colocación de la sonda es correcta ver si hay residuo gástrico. •Utilizar una técnica higiénica en la administración del alimento. | El recién nacido mejoró el patrón de alimentación. peso: 2250 g |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>deglución y la respiración. BPN: 2280 g.</p> | | <ul style="list-style-type: none"> •Al finalizar la alimentación esperar 15 minutos antes de colocar al niño en posición horizontal. •Irrigar la sonda después de cada alimentación. •Cambiar el lugar de introducción de la sonda según Protocolo. •Limpiar la piel alrededor de la sonda diariamente. •Pesar al niño diariamente. •Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso. •Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. •Observar la interacción mamá/niño durante la alimentación | |
|---|--|--|--|

| Diagnóstico de Enfermería | Objetivos | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|---|---|--|---|
| <p>Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento Código 00146 Ansiedad r/c cambio en la función del rol e/p angustia, temor, preocupación. .</p> | <p>Código 1302 Afrontamiento de problemas La mamá mejorará el rol maternal.</p> | <p>Código 8300 Fomentar el rol parental. •Escucha activa de los problemas y las preocupaciones de los progenitores sin juzgarlos. •Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelado de roles, la práctica y el refuerzo. •Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los progenitores. •Enseñar las nuevas conductas que necesita el progenitor para cumplir con su rol.</p> | <p>La mamá mejoró el rol maternal. Interacciona de forma positiva con el niño. Empatiza con el niño. Mantiene una comunicación abierta. Manifiesta una relación cariñosa con el niño. Expresa expectativas realistas del rol de madre. Expresa satisfacción con el rol de madre. Expresa autoestima positiva</p> |

| Diagnóstico de Enfermería | Objetivos | INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN |
|---|--|--|--|
| <p>Dominio 7:Rol/Relaciones Clase 2: Relaciones familiares Código 00058 Riesgo de deterioro de la vinculación R/C la enfermedad del niño Impide la iniciación eficaz del contacto parental.</p> | <p>Código 1500 Lazos afectivos padres/hijo. En el binomio mamá e hijo se hará prevención del deterioro</p> | <p>Código 6710 Fomentar el apego •Facilitar la visita de la mamá al bebé hospitalizado y a que interactúe con él. •Explicar el equipo usado para monitorizar al bebé hospitalizado. •Instruir a la mamá sobre el modo de sostener al bebé mientras se manipula el equipo y las tubuladuras. •Instruir a la mamá sobre las diversas maneras de desarrollar el apego (estimulación visual, auditiva y táctil).</p> | <p>En el binomio mamá e hijo se previó el deterioro. Toca, acaricia al bebé Sonríe al bebé Utiliza el contacto visual Habla al niño Consuela, tranquiliza al niño Sostiene al niño para alimentarle El bebé responde a las señales de la mamá</p> |

EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

SOAPIE

- S** Se asistió un recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria, nacido por cesárea de emergencia a las 36 semanas de gestación (según test de Capurro) debido a que la mamá ingresó presentando hemorragia en el tercer trimestre del embarazo por desprendimiento prematuro de placenta.
- O** Neonato ingresa al servicio llevado por el personal de enfermería del Servicio de Sala de Operaciones, con síndrome de dificultad respiratoria, Sin sonda orogástrica, mucosa oral humedad, vía periférica permeable, miembro superior derecho perfundiendo dextrosa 12.5% a 3.2 cc/h, abdomen blando depresible, genitales de acuerdo al sexo.
- A** Patrón respiratorio ineficaz r/c con inmadurez pulmonar, disnea, taquipnea, aleteo nasal, alteración en la profundidad respiratoria, SO₂: 90%.
- P** El recién nacido pretérmino, mejorará de manera eficiente el patrón respiratorio ineficaz
- I** Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema de calefacción y humidificado.
Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro).
Comprobar la posición del dispositivo del aporte de oxígeno.
Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.
Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares

E El recién nacido mejoró el patrón respiratorio ineficaz.

Frecuencia respiratoria (60 respiraciones por minuto)

Ritmo respiratorio

Profundidad de la inspiración

Saturación de oxígeno 95%

CONCLUSIONES

1. El recién nacido pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria significa un desafío para el cuidado integral de enfermería neonatal en la UCIN, por lo que el plan de cuidados a elaborar necesita evaluar prioridades en su atención, así como el resto de los cuidados que impactan en la evolución del problema respiratorio y que disminuyen la morbilidad asociada.
2. Es relevante destacar la importancia de las teorías de enfermería en el cuidado de los pacientes, mediante actividades independientes que realiza el profesional de enfermería; aunque el pronóstico y la supervivencia de los neonatos prematuros está relacionado a la edad gestacional y peso, es importante nuestra participación en el cuidado de ellos.
3. La supervivencia de los prematuros nacidos de madres con edad gestacional extrema pone a prueba nuestra capacidad y habilidad para el cuidado de estos niños y sus familias basados en la mejor evidencia científica disponible.
4. Ante la evaluación del plan de cuidados, se alcanzó fortalecer el vínculo materno filial logrando el bienestar psicológico y potenciando el rol de la mamá.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el personal de Enfermería durante su labor establezca una comunicación asertiva con los padres para conocer sus preocupaciones y/o expectativas.

2. Es necesario elaborar estrategias para facilitar el vínculo afectivo promoviendo la participación y colaboración de los padres acompañándolos en el proceso de apego para generar lazos emocionales satisfactorios entre padres e hijos.

3. Se debe de gestionar la implementación de mayores equipos necesarios para poder garantizar una buena calidad en el cuidado de enfermería al neonato prematuro.

4. Se deben de realizar encuestas donde se apliquen el grado de satisfacción de los padres en cuanto al cuidado que brinda el personal de enfermería durante la estancia hospitalaria para poder buscar mejoras en cuanto a la empatía con los padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López J. Valls A. Síndrome de dificultad respiratoria. Asoc Esp Pediatría. 2018. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>
2. González C, Omaña M. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina. Bol Pediatr; 2006; 46(1): 160-165. Disponible en: https://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_160-165.pdf
3. Gómez J. Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. CASUS. 2016; 1(1):51-58. Disponible en: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/248/Gomez_Julian_a_articulo_CASUS_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Chinchay C. Plan de cuidados al prematuro con síndrome de dificultad respiratoria: fortaleciendo el vínculo madre-recién nacido. CASUS; 2016, 1(1). Disponible en: <file:///D:/Documents/Downloads/Dialnet-PlanDeCuidadosAlPrematuroConSindromeDeDificultadRe-6258751.pdf>
5. MINSA, Sistema de gestión de la calidad de salud. 2016. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-2.pdf
6. Brena V, Cruz I, Contreras J. Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio. Salud y Administración; 2015, 2(6). Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num6/A2_Proceso_Enfermero.pdf
7. Huamaní Janett. Cuidados de enfermería en el neonato con taquipnea transitoria del recién nacido. Informe Académico Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2017. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2293>
8. Gómez S. Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término de 35 semanas con distres respiratorio del Servicio de

- Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital de Lima, 2018. Trabajo Académico de Segunda Especialidad, Univ Per Unión. 2018. Disponible en:
<https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1870/Gomez%20Colan%20Susan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Manchego Elsa. Cuidados de enfermería en paciente recién nacido prematuro. Informe Académico Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2017. Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4057>
 10. Montoya Nancy. Cuidados de enfermería en la aplicación de presión positiva continua de vía aérea neonatal en recién nacidos prematuros. Trabajo Académico de Segunda Especialidad. Univ Per Cayetano Heredia. 2019. Disponible en:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6578/Cuidados_MontoyaQuispe_Nancy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 11. De la Cruz R. Cuidados de enfermería en recién nacido prematuro del Hospital Regional II-2 Tumbes 2018. Informe Académico Segunda Especialidad. Univ Inca Garcilaso de La Vega. 2019. Disponible en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4187>
 12. Alvarado L, Guarín L, Cañon W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. CUIDARTE, 2011. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf>
 13. Manual MSD. Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. 2018. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-en-reci%C3%A9n-nacidos>
 14. MINSAL. síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. 2011. Disponible en:

- <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f78646e04001011f014e64.pdf>
15. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Cuidados respiratorios. 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001615cnt-cuidados-respiratorios-prematuros.pdf>
 16. Coto G, López J, Fernández B, Álvarez F, Ibáñez A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Asoc Esp Pediatría. 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf>
 17. MINSA. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. Dirección de Atención Integral de la Salud. 2007. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
 18. Cisneros Y. Proceso de atención de enfermería aplicado al recién nacido pretérmino con síndrome de distrés respiratorio en la unidad de cuidados intermedios neonatales de un hospital de Lima. Tesis Segunda Especialidad, Univ Peruana Unión. 2019. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1853>
 19. MINSA. Mortalidad neonatal en el Perú y sus departamentos. Dirección General de Epidemiología. Lima, Perú 2013.
 20. Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. Enfermería Neonatal. 2014. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>

ANEXOS



Dando educación sobre cuidados de los recién nacidos prematuros en el Hospital de Huanta.



Cuidados inmediatos de los recién nacidos prematuros en el Hospital de Huanta.



Madres puérperas del Hospital de Huanta en Neonatología.



Canalizando vía periférica



Atención inmediata de recién nacido pretermino.