

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS HIJO DE MADRE
CON COVID – 19 EN EL HOSPITAL II RAMÓN CASTILLA ESSALUD.
LIMA 2022**

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

LILIANA ARAUJO LUDEÑA

**Callao - 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN VOCAL

ASESORA: DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 088-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 03 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo académico con todo mi amor y admiración a mi amado esposo, por darme su apoyo incondicional y aunque ahora ya no este mas a mi lado, se ha convertido en mi ángel que velara por verme feliz siempre. A mis hijos, que son la razón de mi ser y por los que me esfuerzo cada día a ser mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su amor infinito, por ser la luz en mi camino y por darme salud, sabiduría y fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mis amados padres, a mi madre que desde el cielo es mi ángel que me ilumina para seguir adelante con mis proyectos. A mi padre que ha sabido formarme con valores y ser buena persona, lo cual me ha permitido seguir adelante en los momentos difíciles.

A mis estimados docentes, personas de gran sabiduría, quienes, a través de sus aprendizajes y conocimientos, se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el cual me encuentro.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, mi institución por permitirme la culminación de mis metas profesionales.

2.3.5 Cuidados Enfermeros	32
Capítulo III. Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	
3.1 Valoración	34
3.1.1 Datos de filiación	34
3.1.2 Datos de la madre	34
3.1.3 Recolección de datos	34
3.1.4 Tratamiento	35
3.1.5 Diagnóstico médico	35
3.1.6 Examen físico	36
3.1.6.1 Control signos vitales	36
3.1.6.2 Evaluación céfalo caudal	37
3.1.7 Situación problemática	38
3.1.8 Valoración según patrones funcionales	40
3.1.8.1 Cuadro resumen por patrones funcionales	44
3.2 Proceso Diagnóstico Enfermero	47
3.3 Plan de Cuidados de Enfermería	51
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Referencias Bibliográficas	62
Anexos	66

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China). (1)

El primer caso reportado de COVID-19 neonatal fue en febrero de 2020. Desde entonces han surgido preocupaciones acerca de la posible transmisión vertical de SARS-CoV-2 y su gravedad, pero la información sobre recién nacidos con COVID-19 confirmado o sospechado está aún limitada. Está reportado que es más común como una enfermedad asintomática o leve en comparación con los adultos. (1)

El recién nacido puede infectarse después del nacimiento, ya sea de su madre o dentro del entorno del hospital a través de gotitas de la vía respiratoria. Por lo tanto, la atención de enfermería en las unidades neonatales de estos pacientes consiste en: prevenir, controlar y establecer medidas para asegurar el tratamiento adecuado de quienes potencialmente pueden infectarse. Se debe considerar que los neonatos tienen muy alto riesgo de contagio del covid, debido a su sistema inmune inmaduro. (2)

La llegada del Covid-19 ha traído consigo cambios en la forma de proporcionar cuidado a los recién nacidos que se encuentran en los servicios de hospitalización neonatales, estos cambios implican restricción total de visitas de familiares, limitación en la presencia de los padres durante los procedimientos, comunicación con los profesionales a través de medios electrónicos, dificultades para talleres y educación a los padres del recién nacido, limitaciones para la lactancia materna y barreras físicas para el establecimiento de la relación en el binomio madre-hijo (2).

Una vez declarada la pandemia a nivel mundial, el Hospital II Ramón Castilla-EsSalud, fue designado por la Red Asistencial Almenara como hospital de atención mixta, quiere decir, se preparó logísticamente para brindar atención tanto a pacientes con covid positivos como a pacientes covid negativos, habiéndose delimitado la estructura del hospital para tal fin. Específicamente en el área de neonatología, desde la fecha hasta la actualidad se viene brindando atención de

enfermería a neonatos, cuyas madres ingresan directamente por el servicio de emergencia muchas veces en trabajo de parto o en periodo expulsivo, con escasos controles prenatales y sin la preparación psicoprofiláctica necesaria, lo que constituye factores de riesgo. Ante la coyuntura se implementó, especialmente otra Sala de Partos destinada para la atención inmediata a recién nacidos hijos de madres con covid positivo, denominada Sala de Partos COVID; creándose a su vez, un ambiente destinado para el aislamiento de la madre puérpera con covid; además, dentro de la Unidad de Cuidados Intermedios neonatales se creó un área de aislamiento para el recién nacido con covid sintomático implementado con dos incubadoras, oxígeno y sistema de aspiración empotrados.

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en recién nacido hijo de madre con covid-19 en el Hospital II Ramón Castilla- EsSalud. Lima 2022”, tiene por finalidad unificar criterios de atención de enfermería que se deben brindar a los recién nacidos en el contexto covid-19, con enfoque humanístico, fortaleciendo el vínculo entre la madre y su recién nacido logrando el bienestar biopsicosocial y potenciar el rol materno, sin descuidar la identificación de los factores de riesgo para tomar las medidas necesarias para la prevención de contagios tanto del recién nacido como del personal de salud.

Se desarrolló como parte de la experiencia profesional como licenciada en enfermería del servicio de neonatología del Hospital Ramón Castilla EsSalud de categoría II, el cual brinda atención integral al neonato en sus diferentes áreas como son: Sala de partos, sala de operaciones en las cesáreas, Unidad de Cuidados básicos neonatales, Unidad de cuidados intermedios, Unidad de aislamiento covid neonatal, Alojamiento conjunto; además de realizar el tamizaje metabólico, tamizaje cardiológico, vacunación al recién nacido y también charlas y talleres educativos. Se elaboró un Plan de Cuidados de Enfermería para la atención del recién nacido hijo de madre con covid-19.

Contiene la valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; fue elaborado en su totalidad por la autora y será presentado a la Coordinación de Enfermería del hospital en referencia, con la finalidad de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios del hospital.

Finalmente, este trabajo académico consta de los siguientes apartados: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación con la Situación Problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas; asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La COVID-19 fue declarada pandemia mundial por la OMS el 11 de marzo del 2020, en la actualidad hay más de 34 millones de personas infectadas en el mundo y más de un millón han fallecido. Dong reportó de un total de 2,135 niños menores de cinco años afectados, solo el 1.5% en edad neonatal. (3)

La infección por COVID-19 puede causar daño potencial a los recién nacidos debido a que tienen inmunidad inmadura, por esa razón, diversos grupos de expertos en prevención y control de la infección en el período perinatal han presentado varias recomendaciones para la prevención y control de la infección neonatal (4). La evidencia actual no es suficiente para concluir que existe transmisión vertical de SARS-CoV-2 a través de la lactancia materna. Se deben tener precauciones para evitar el contagio posnatal a los recién nacidos y al personal de salud. (5)

La conclusión de la OMS al respecto: Las madres con Covid-19 y sus bebés no deben estar separados, el contacto piel a piel y la lactancia deben ser recomendados porque los beneficios superan cualquier riesgo potencial de infección (5).

La Sociedad Española de Neonatología realizó un estudio donde se recogieron datos de 503 neonatos nacidos de 497 madres infectadas por COVID-19 durante el embarazo o en el momento del parto entre marzo y mayo del 2020, de 79 hospitales españoles. Un 45.8% de las madres fueron asintomáticas. Casi a un 50% de los neonatos se les colocó piel con piel tras el parto. En 43% de los neonatos se retrasó el clampaje del cordón umbilical. A un 62.3% de los neonatos asintomáticos no se les separó de sus madres. Un 76.5% de los recién nacidos recibió lactancia materna, un 40% de ellos de forma exclusiva. Apoya la idea de que no es necesaria la separación de los neonatos de sus madres, permitiendo el contacto piel con piel y el retraso del clampaje del cordón, así como el mantenimiento de la lactancia materna en un alto porcentaje de recién nacidos de madres con COVID-19. (6)

Por otro lado, según las respuestas de los países encuestados por UNICEF y la OMS, las razones más comúnmente citadas para la interrupción de los servicios

sanitarios han sido: Que los padres evitaran acudir a los centros de salud por miedo al contagio, las restricciones en el transporte, la suspensión o el cierre de servicios e instalaciones, la disminución del número de trabajadores por derivaciones o por el miedo a contagiarse por la falta de equipos de protección individual (mascarillas, guantes, etc.). Por temor a contraer la Covid-19, las familias están restando prioridad a la atención prenatal y posnatal, lo que aumenta el riesgo que enfrentan las mujeres embarazadas y los recién nacidos. La encuesta de UNICEF recoge que los servicios sanitarios de atención neonatal esencial, los controles prenatales, la atención obstétrica y la atención posnatal se vieron interrumpidos en aproximadamente un 75%. Estos informes y encuestas destacan la necesidad de tomar medidas urgentes para restaurar y mejorar los servicios de atención al parto y la atención pre y posnatal para las madres y los bebés (7).

La Red de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología reportó que de 86 mujeres embarazadas con COVID-19, 6% de los recién nacidos fueron prematuros, 7% dieron positivo al PCRrt, ninguno falleció, 76% separó al binomio, en 95% de los casos la madre no pudo ser acompañada en el parto ni puerperio, solo 24% de las madres fueron autorizadas a amamantar. Esta es una realidad que grafica parte de las consecuencias de la pandemia en la atención neonatal. (8)

Ya antes de la pandemia los recién nacidos tenían el mayor riesgo de muerte. En 2019, murió un bebé recién nacido cada 13 segundos. Además, el 47% de todas las muertes de menores de cinco años se produjeron en el período neonatal, frente al 40% registrado en 1990. Las graves interrupciones de los servicios sanitarios podrían poner a los recién nacidos en un riesgo de muerte aún mayor. (8)

En el Perú, según el registro de NOTI-CDC-MINSA hasta el 20 de setiembre del 2020, se reportaron 6,183 recién nacidos sospechosos a COVID-19. Por otro lado, notificaron 313 casos positivos con PCRrt, de ellos fallecieron 24 recién nacidos. (3)

El Ministerio de Salud, a través de la Directiva Sanitaria Nro. 97-MINSA/2020/DGIESP: Directiva Sanitaria para la prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por covid-19, tiene por

finalidad reducir la posibilidad de morbilidad y mortalidad materna-neonatal asociada al riesgo de infección por covid-19.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, en el período abril–agosto 2020, se atendieron a 1,346 recién nacidos, hijos de madres infectadas por covid-19, el 2.8% de esta población presentó PCR-rt positiva. Reportan que durante este tiempo tuvieron que trabajar, en el aspecto normativo, recursos humanos, infraestructura, equipamiento, dotación de materiales, medicamentos, adecuación de procesos y flujos, etc.; permitiéndose alcanzar recomendaciones, para que los servicios de salud encargados de la atención de los hijos de las madres confirmadas o sospechosas de COVID 19, brinden una atención oportuna, segura y de calidad a los recién nacidos y sus familias.

(3)

El nacimiento implica cambios fisiológicos y metabólicos que influyen en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, por lo que los profesionales de enfermería estamos entrenados para intervenir a lo largo de dicho proceso atendiendo a las necesidades de cada paciente.

Los enfermeros identifican las necesidades y de forma individualizada, planean, intervienen y evalúan los cuidados que requiere el recién nacido. Por lo tanto, es fundamental el rol de los enfermeros en la creación constante y actualizada de lineamientos y guías que den pautas de acción para el adecuado funcionamiento de los servicios que brindan atención a los recién nacidos, en cuanto a las intervenciones, líneas de acción y organización interna del servicio gestionando el talento humano y los recursos; garantizando entornos amigables, saludables y que cumplan con las condiciones necesarias para mitigar el contagio no solo por COVID-19, sino también por diferentes agentes patógenos nosocomiales.

En el Hospital II Ramón Castilla EsSalud, durante los años 2020 y 2021, hubo 1,794 partos, de ello se diagnosticaron a 156 madres con covid-19, constituye el 8.6% y 43 recién nacidos con covid-19, siendo el 27.5%, de los cuales solo dos presentaron síntomas graves y fueron hospitalizados.

Debido al desconocimiento de transmisión del virus y el comportamiento del mismo, se dio un cambio rotundo en la atención inmediata al recién nacido hijo de madre con covid-19; al evitar todo contacto del neonato con la madre, se empezó a realizar el clampaje del cordón umbilical muy precozmente, se restringió por completo el contacto piel con piel y se optó por separarlos a cada uno en ambientes diferentes, se le imposibilita a la madre de poder dar de lactar a su bebe, recibiendo este como alimentación solo formula láctea (habiéndose trabajado antes de la aparición de la pandemia el tema de lactancia materna exclusiva), se prohíbe las visitas de familiares por política del hospital, el padre pierde el derecho de estar presente en el momento del parto y del nacimiento de su bebe, la comunicación de los profesionales de la salud con los familiares se ve limitada, es escasa o casi nula, se intenta débilmente a través de vídeo llamadas hacer contacto visual tanto con la madre que está aislada y su neonato, así como con los familiares, se evidencia stress, frustración y ansiedad, tanto de los padres como del personal de enfermería neonatal con la percepción de retroceder lo ya avanzado en el tema del bienestar binomio madre-hijo. Y aun en la actualidad, cuando la OMS considera que la madre debe estar con su recién nacido desde las primeras horas de vida y recibir lactancia materna exclusiva, no se logra un consenso entre el equipo de profesionales que laboramos en el área, pues existe aún el temor de contagio. Por otro lado, se observa que las gestantes ingresan al hospital en su mayoría en periodo expulsivo y con escasos controles prenatales o la mayoría de las veces sin controles, aumentando los factores de riesgo pre y post natales.

Habitualmente, el nacimiento de un niño se desarrolla entre sentimientos de alegría e ilusión entre sus progenitores, sin embargo, esta situación se quiebra cuando requiere su ingreso al hospital la madre gestante sin acompañante, lo que provoca incertidumbre, ansiedad e inseguridad, al tener que hacer frente a un ambiente desconocido. Además, si al momento del nacimiento se da la separación de la madre con su bebe, se produce en ella una pérdida del rol parental, motivada por esta separación.

Finalmente, en tiempos de pandemia, la mayoría de los padres se enfrentan a esta nueva etapa sin contar con los conocimientos necesarios para responder a las

necesidades de su hijo, trayendo consigo factores como la limitación en las visitas y por lo tanto, limitación en el contacto con los neonatos; es ahí donde el profesional de enfermería debe realizar intervenciones claras y efectivas que garanticen que los padres y familiares de los recién nacidos puedan entender el proceso por el que están pasando, haciendo énfasis en la educación para resolver dudas y a su vez generar nuevos conocimientos en las prácticas que serán fundamentales para el cuidado del recién nacido en casa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

SOLIS. et al. (2020) en su investigación “Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectada COVID-19”. En Madrid, España. Donde su objetivo era describir las características y la evolución de recién nacidos de madres infectadas por 24 SARS-CoV-2 atendidos en un centro con cuidados neonatales nivel IIIC. Este estudio fue de tipo observacional, prospectivo y de cohortes, la población estuvo determinada por las gestantes con diagnóstico de infección COVID-19 PCR positivo, entre el periodo marzo al 17 de agosto de año 2020. Tuvo como resultados, 95,9% infecciones de COVID-19 en el último trimestre de gestación, el 43,8% fueron asintomáticas. En el 68% de los recién nacidos tuvo contacto piel con piel inmediatamente después del parto y el 80% recibieron lactancia materna directa o donada exclusiva. El único caso PCR positivo fue a los 14 días de nacido. Concluyeron que: Si se siguen las recomendaciones de la SENEIO (Sociedad Española de Neonatología) e insistiendo en medidas de higiene de manos y mascarilla, se puede mantener el alojamiento conjunto promoviendo el vínculo madre-hijo, manteniendo la lactancia materna, sin comprometer con ello la seguridad del neonato (9). En el servicio de neonatología de mi hospital un gran porcentaje de madres puérperas que dieron positivas al virus fueron asintomáticas, en ellas se extremaron las medidas de bioseguridad principalmente con lo que respecta al lavado de manos y el uso de mascarillas, se decidió continuar paulatinamente con el vínculo madre hijo en el ambiente de aislamiento pese a que inicialmente la indicación del pediatra era separarlos por el temor de contagio que comprensiblemente existía en el equipo de salud.

ESPIÑOZA. et al. (2020). En su investigación “Contacto piel con piel en épocas del COVID – 19, experiencias maternas en el Hospital Universitario del Río, Cuenca – Ecuador, 2020”. El presente trabajo tiene como objetivo conocer las vivencias maternas durante la aplicación del protocolo CPP en el Hospital Universitario Del Río de la ciudad de Cuenca. El estudio es de tipo exploratorio desde el enfoque cualitativo, por lo tanto, se utilizaron entrevistas para conocer la satisfacción de la experiencia realizada. Conclusión: Los resultados se analizaron a través de categorías de análisis (experiencia del CPP y reacciones psicofisiológicas durante el CPP) utilizando el compendio de relatos de las participantes; la pandemia por SARS-COV-2, tampoco es un impedimento para la realización del protocolo, siempre y cuando la paciente no sea positiva para COVID-19; mencionan que las pacientes gestantes durante la pandemia han desarrollado altos niveles de estrés y ansiedad por el riesgo al contagio y las complicaciones que puede generar el virus en ellas. los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente para fines investigativos (10). Considero que esta investigación tiene relación con mi trabajo porque durante los picos más altos de la pandemia se evidenció en mi servicio que gran parte de las madres puérperas presentaban estrés y ansiedad pues manifestaban en la mayoría de los casos temor de contagiar a sus bebés.

BEDON NARANJO T. & SAAVEDRA SAENZ C. (2021). En su investigación titulada “Percepción de la Enfermera en el Fortalecimiento de la Lactancia Materna en tiempos de Pandemia”. En Guayaquil, Ecuador. El objetivo fue: Describir la percepción de la enfermera en el fortalecimiento de la lactancia materna en tiempos de pandemia. Utilizando el método cualitativo fenomenológico mediante la aplicación de la entrevista abierta a los informantes claves. Resultado: Las enfermeras siguieron promoviendo la lactancia materna, a través de la implementación de estrategias innovadoras, pese a las complicaciones que se presentaron como la escasez de talento humano, la desinformación, y el temor a contagiarse por parte de las madres. Conclusión: Las enfermeras continuaron fomentando la Lactancia Materna con la implementación de estrategias que las ayudaron a cumplir con su labor (11). Concuerda con mi trabajo pues las enfermeras neonatólogas de mi

hospital, si bien es cierto, al inicio de la pandemia se suspendió totalmente la lactancia materna y el alojamiento conjunto al binomio madre-hijo en el área de aislamiento covid, se está retomando gradualmente por su gran importancia, aunque no al cien por ciento.

PALLANGO P. Paola. (2021). En su estudio “Percepción de las pacientes embarazadas sobre la asistencia a los controles prenatales durante la pandemia”. En Ecuador. Objetivo: Describir la Percepción de la paciente embarazada sobre la asistencia a los controles prenatales durante la Pandemia por COVID-19. Método: Investigación cualitativa, fenomenológica, descriptiva, de campo, se utilizó un muestreo por conveniencia de usuarias en estado de gestación, como instrumento de recolección de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas, guardando los principios de autonomía, respeto y confidencialidad, para el análisis se realizó la triangulación de información, se verificó los datos obtenidos y se integró fuentes bibliográficas con estudios relacionados al tema. Resultados: Se evidencio que existe un incumplimiento significativo de los controles prenatales desde el comienzo de la pandemia por COVID-19 por miedo, temor, preocupación a contagiarse al momento de asistir, así también, existe diferentes opiniones acerca de la atención brindada por los profesionales de salud tanto público como privado. Conclusiones: Las participantes del estudio expresaron su perspectiva y experiencia de atravesar la pandemia por COVID-19 en estado de gestación, en donde manifestaron las diferentes emociones, sentimientos y pensamientos que presentaron, así también, como dichas emociones influyeron al momento de decidir acudir o no a los controles prenatales, finalmente mencionaron las características de cómo fue la atención recibida por los profesionales de salud (12). Este estudio concuerda con mi trabajo, pues se evidenció que existe un incumplimiento de los controles prenatales desde el comienzo de la pandemia por COVID-19 debido a varios factores como el temor y la preocupación por contagiarse al momento de acudir al hospital y porque también la atención se centró básicamente a la atención de pacientes con sintomatología covid.

MONTERO E. & CAPARROS R. (2020). Presentaron un estudio sobre “La transmisión vertical de COVID-19 desde la embarazada al bebé antes y después del nacimiento, mediante sangre de cordón umbilical, a través del parto o por medio de la lactancia en mujeres embarazadas con resultado positivo a COVID-19”. En Granada- España. Métodos: Se realizó una Scoping Review, en la que se usó la búsqueda de artículos en los directorios DeCS (“embarazo”, “coronavirus”, “salud”) y MeSH (“pregnan*”, “pregnant women”, “coronavirus”), uniendo los términos con el operador booleano AND. Se buscó en las bases de datos Web of Science, Scopus, BVS, Scielo y CUIDEN. Resultados: Se identificaron 10 estudios en los que se evaluó la salud materna y neonatal tras infección materna por COVID-19. Las embarazadas parecían no presentar síntomas graves. No pareció haber transmisión vertical de madre a hijo, aunque esta información no era concluyente. Conclusiones: El Covid-19 parece ser más benigno con las embarazadas que con sus recién nacidos. Todos estos estudios reportaron una ausencia de transmisión vertical desde la madre al neonato, ya que hay ausencia de SARSCoV-2 en muestras de leche materna, líquido amniótico y sangre de cordón umbilical de recién nacidos (13). En mi servicio no se reportaron casos graves ni de madres ni de sus bebés, la mayoría asintomáticas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

LIZAMA et al. (2021). en su investigación titulada “Características epidemiológicas, clínicas, pre y posnatales de los neonatos, hijos de madre con la Covid-19, y del seguimiento hasta los 14 días post alta, en Lima-Perú”. Donde tuvo como objetivo describir las características clínicas de los neonatos hijos de madres con infección COVID-19, y la vigilancia después de 14 días alta. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, censal de los recién nacidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, hijos de madres con infección COVID-19, durante la cuarentena en el Perú. Se dividieron en 2 grupos, recién nacidos con la prueba PCR positiva o negativa y se observó si alguna de estas características estuvo asociada con la presentación de esta prueba positiva. Tuvieron como resultados, 201 gestantes con diagnóstico de Covid-19 por prueba rápida y 206 recién nacidos. De ellos, 4 recién nacidos

tuvieron la PCR positiva y 202, negativa. El promedio de edad de las madres fue menor en el grupo con la prueba positiva, pero no se evidenció diferencias respecto a la vía de parto. El 99,51% de los recién nacidos salieron de alta en la primera semana de vida y el 90,05% tuvieron PCR naso faríngea negativa y se les hizo seguimiento a los 4 recién nacidos con resultado positivo por 2 semanas, nadie presentó síntomas y el tipo de lactancia fue mixta. Concluyeron que: “el COVID-19 en las gestantes, tiene poca posibilidad de infectar a sus hijos, y no habría alteración en el desarrollo pre y postnatales (14). Este estudio tiene concordancia con mi trabajo ya que de todos los nacimientos que sucedieron durante la pandemia, de las madres que resultaron positivas la mayoría de sus recién nacidos fueron con resultados negativos a la prueba covid y fueron adecuados para su edad gestacional, solo nacieron dos pretérminos moderados.

PORTOCARRERO J. & VALDIVIA Y. (2021). En su investigación titulada “Características clínicas, de laboratorio y seguimiento en recién nacidos hijos de madre con covid-19 en el hospital de Apoyo Camaná, Arequipa, julio 2020-marzo 2021”. Tuvo como objetivo reportar las características clínicas, de laboratorio y seguimiento en recién nacidos hijos de madre con COVID-19. Fue un estudio de tipo observacional descriptivo. El estudio poblacional lo comprendían los hijos de las madres infectadas con el virus del COVID-19, desde el 1 julio del 2020 hasta el 31 de marzo del 2021, en el Hospital de Apoyo Camaná en Arequipa. Tuvo como resultado a 106 recién nacidos de madre con COVID-19, solo 13,86% de los neonatos presentaron una alteración clínica en las primeras 24 horas. Respecto al tipo de lactancia se pudo observar que predominó la lactancia materna exclusiva (95% a 99.01%), ninguno recién nacido recibió lactancia netamente artificial. Concluyeron que: “no se encontraron diferencias significativas en el tipo de parto en relación con la clínica presentada por los neonatos. La lactancia materna no está contraindicada en COVID-19 y deben indicarse tanto a la madre como a los familiares las medidas de prevención contra el contagio al recién nacido (lavado de manos, uso de mascarilla, protector facial, entre otros)” (15). Concuerta con mi trabajo, pues en mi hospital, tanto los recién nacidos de

parto eutócicos como distócicos no presentaron mayor sintomatología con respecto al contagio por el virus. Pero los recién nacidos asintomáticos recibieron lactancia artificial siendo aislados de sus madres y otro pequeño porcentaje por presentar sintomatología leve.

GARCÍA MONTEROLA C. (2021). Su investigación “Conocimiento y conducta de las madres puérperas, sospechosas y/o confirmadas con covid-19 sobre lactancia materna en el Hospital III Yanahuara EsSalud-2021”. Departamento de Arequipa. Objetivos: Determinar el conocimiento y conducta de las madres puérperas, sospechosas y/o confirmadas con COVID-19 sobre lactancia materna en el Hospital III Yanahuara ESSALUD- 2021. Métodos: El estudio fue de tipo observacional y analítico. Se aplicó un cuestionario vía telefónica a las madres puérperas del Hospital III Yanahuara que se encontraban entre la primera y sexta semana del postparto, cuyos hijos nacieron entre el 15 de abril al 15 de mayo del 2021, siendo 57 madres quienes cumplieron con todos los criterios de elegibilidad. Se utilizó el programa Excel 2016 y el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25 para el análisis estadístico. Resultados: Las madres puérperas el 64.9% tuvieron entre 1 a 6 controles prenatales. El 42.1% respondió que sí tuvo Covid y el 82.5% estuvieron en contacto con alguien que haya tenido Covid. El 93% de las madres consideraron alimentar a su bebé los primeros meses de vida con leche materna exclusiva. El 57.9% de madres refirió que no se transmite Covid a través de la leche materna y el 47.4% refirió que si es que llegara a contagiarse de Covid seguiría dando leche materna. El 56.1% de madres refirió que al momento en que nació su bebé la alejaron de su recién nacido, es decir su recién nacido fue llevado hacia otro ambiente para aislarlo de la madre y esto porque fueron madres confirmadas y/o sospechosas de Covid. El 89.4% respondió que no suspendió la lactancia materna después de haber sido dada de alta. Un 29.8% de madres refirió que usaron lactancia mixta después de haber sido dadas de alta. Conclusiones: Las madres refirieron que el Covid no se transmite a través de la leche materna y continuarían con la lactancia materna. El 94.7% no recibieron información sobre los riesgos de amamantar, medidas de protección, transmisión del Covid-19 frente a su recién nacido en los

diferentes establecimientos de salud (16). En lo que respecta a mi servicio, esta conclusión tiene similitud con la escasa información que recibieron las madres sobre todo en el periodo prenatal en temas como el de bioseguridad y en general en cuanto al cuidado de sus bebés.

PAREJA ARCE L. (2021) En su trabajo de investigación titulado “Aspectos clínicos y diagnósticos del neonato hijo de madre COVID 19 en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el 2020”. Ciudad de Lima. Objetivo: Identificar los aspectos clínicos y diagnósticos del neonato hijo de madre COVID 19 en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el 2020. Metodología: Se realizó un estudio de nivel descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 149 neonatos hijos de madres COVID 19, diagnosticadas al momento del ingreso hospitalario. La técnica de recolección de datos fue la ficha de recolección de datos, y el procesamiento de los datos se realizó mediante programa informático SPSS Statistics y MS Excel 2020. Resultados: Respecto a la edad de las madres COVID 19 de los neonatos el 76.5% tuvieron entre 19 a 35 años, según el número de controles prenatales, solo un 10.1% lograron realizarse más de 6 controles, respecto a las infecciones maternas durante la gestación el 96.6% no presentó ninguna, y solo un 3.4% presentó ruptura prematura de membranas, el diagnóstico materno fue mediante pruebas serológicas; un 30.2% resultó IGG reactivo, IGM-IGG reactivo el 29.5% e IGM reactivo el 3.4%, sin embargo, en el 36.9% no se especificó el resultado de las mismas. En cuanto a los neonatos el 83.9% tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional, el 94.0% nacieron entre las 37 y 41 semanas, el 88.6% no presentó signos clínicos. El 96.6% fue COVID 19 negativos mediante PCR en muestra naso faríngea a las 24 horas de vida, solo 5 casos positivos y respecto a los resultados de laboratorio, ellos no mostraron signos clínicos de enfermedad (17). Este estudio coincide con lo observado en mi servicio, durante la pandemia se evidencia que gran porcentaje fueron gestantes jóvenes, primigestas, que no completaron con sus controles prenatales; los neonatos más del 98% nacieron con peso adecuado para edad gestacional y no presentaron signos evidentes del contagio por covid.

SARMIENTO VILELA L. (2020). En su trabajo titulado “Cuidado enfermero y vínculo afectivo madre- hijo en el servicio de neonatología, Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, 2020”. Ciudad de Lima. Objetivo: Determinar la relación que existe entre los cuidados enfermeros y el vínculo afectivo de la madre, en el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, 2021. Material y método: Estudio de tipo descriptivo aplicado, diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 94 madres de parto eutócico, y neonatos con nacimiento vigoroso a quienes se aplicó el instrumento, con 2 cuestionarios 1 de 24 ítems para la variable cuidado enfermero y de 11 ítems para el vínculo afectivo madre hijo, con escala de medición dicotómica. Los resultados se presentaron en forma descriptiva y para comprobar las hipótesis se utilizó la prueba estadística Rho Spearman. Resultados: Se observó que el 41,5% de las madres entrevistadas consideran que el cuidado enfermero, es regular, el 37,2% consideran eficiente 21,3% deficiente, en la dimensión trato humanizado se observa que el 56,4% es regular, el 28,7% eficiente, el 14,9 % lo considera deficiente, de las funciones en la sala de partos el 56,4% es regular, el 24,5% es eficiente, el 19,1 % deficiente, en la dimensión disposición en la atención neonatal, el 40.4% lo considera deficiente, el 23.4% regular y el 36.2% eficiente Conclusiones: Existe una relación directa positiva significativa entre los cuidados enfermeros y vínculo afectivo de la madre-hijo en el servicio de neonatología, 2020 (18). Haciendo la comparación con este estudio, puedo deducir que nuestros cuidados como enfermeras neonatólogas en mi hospital, se vio limitada y disminuida en cuanto a calidad, el temor al contagio fue factor predominante para que ello sucediera.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Los Patrones Funcionales de Salud de Gordon.

Marjory Gordon (1982), enfermera y profesora emérita en el Boston College, creó los Patrones Funcionales para enseñarles a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston cómo debían realizar la valoración de los pacientes.

Según las propias palabras de Marjory Gordon: “Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque

funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones” (19).

Son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (19).

La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales. Se evitarán las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón. Los 11 patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias...). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida (19). Estos patrones son:

- Patrón 1: Percepción de la salud.
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.

-Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

-Patrón 10: Tolerancia al estrés.

-Patrón 11: Valores – Creencias.

El presente trabajo académico, donde se aplicará el proceso de atención de enfermería en Neonatología, se realizará utilizando los once patrones funcionales de la Teoría de Marjory Gordon, para la identificación y priorización de problemas de salud del recién nacido. Nos va a permitir organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, y se logrará obtener de manera ordenada, una importante cantidad de datos relevantes tanto físicos, psíquicos, sociales, como del entorno, lo cual va a facilitar el análisis de los mismos.

2.2.2 Teoría Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer

Licenciada en enfermería con distinción de la Universidad de Nuevo México en 1962, seguida de una maestría en enfermería materno infantil de la Universidad de Emory en 1964. Según Mercer la madre debe poseer las suficientes competencias para identificar el cómo, que, cuando y porque, hace algo su hijo, lo cual permitirá su bienestar.

La teoría propone que el profesional de enfermería tenga presente los entornos de la paciente como determinantes de importancia para adoptar este rol maternal. Es el proceso interactivo en el cual, la madre presenta la evolución de persona-mujer involucrando una transformación dinámica relacionado con el logro del rol materno que la vincula a su hijo, en esta etapa adquiere nuevas competencias logrando así realizar los cuidados asociados, experimenta placer y gratificación con los resultados, como sensaciones de intimidad, armonía y competencia constituyendo el rol y la identidad maternal (20).

Ramona Mercer demuestra que para llevarse a cabo el rol maternal se pasa por cuatro estadios:

a) Anticipación. - Se manifiesta durante la gestación del nuevo ser. Aquí influyen los aspectos sociales y psicológicos para establecer la relación madre feto.

b) Formal. - Empieza al nacimiento del neonato. En esta etapa se activa el aprendizaje del sistema social y psicológico, siendo muy importante porque es hacia donde se orientan las conductas del rol materno.

c) Informal. - La madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol rigiéndose por el aspecto innato maternal. La madre empieza a basarse en experiencias pasadas y en objetivos futuros para permitir que su rol maternal encaje en su estilo de vida.

d) Personal. - Aquí la madre interioriza el rol maternal y comienza a experimentar sentimientos de armonía y confianza (21).

En Neonatología, se debe tener presente que el cuidado de enfermería está basado en el binomio madre – hijo, considerando también el entorno familiar, psicológico y social. Este estilo de asistencia permite que el bebé pueda estar en todo momento con su madre, bajo la responsabilidad de la enfermera en el Alojamiento Conjunto (madre e hijo), dentro de un marco de contención, personalizando la atención en pos de la seguridad de los cuidados brindados. Empoderando a la madre, que desde su nivel cultural necesita apoyo de enfermería para el cuidado de sí misma y del recién nacido y los profesionales debemos brindar este cuidado estimulando el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebe.

En mi trabajo esta teoría será aplicada al binomio madre – hijo, pues se centra básicamente en el papel maternal, en la cual la madre constituye un proceso importante de interacción y desarrollo; como enfermeras neonatólogas deberemos contribuir de forma activa a que la madre logre precozmente el apego de su hijo que se ha venido a menos por la coyuntura pandémica actual, y que adquiera la experiencia necesaria en su cuidado, ayudar a menguar miedos y aumentar conocimientos. Para ello se realizará la valoración, planificación, ejecución y evaluación de la atención del binomio madre – hijo, desde el cuidado materno perinatal con lo cual se buscará ayudar en el

proceso de adaptación, tanto de la madre porque va a cumplir un papel importante en la sociedad en la formación de una nueva persona, como del neonato por el paso a la vida intrauterina al medio externo.

2.3 Base Conceptual

2.3.1 COVID-19

A. Definición. –

El COVID-19 es una nueva forma de la enfermedad del Coronavirus la cual se debe al nuevo virus SARS-CoV2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios. Este nuevo-virus es diferente de los que causan el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente). También es diferente del Coronavirus que causa la infección estacional en los EE. UU. Para abril de este año existen más de dos millones de casos confirmados en el mundo, siendo ya una pandemia. (22)

B. Etiología. -

El coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS-CoV-2) es un betacoronavirus previamente desconocido que se descubrió en muestras de lavado broncoalveolar tomadas de grupos de pacientes que presentaron neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre de 2019.

Los coronavirus son una familia numerosa de virus del ácido ribonucleico (RNA) con envoltura, algunos de los cuales causan enfermedades en las personas (p. ej., el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo severo [SARS], el síndrome respiratorio de Oriente Medio [MERS]), y otros que se propagan entre mamíferos y aves. Con escasa frecuencia, los coronavirus de animales pueden transmitirse a los seres humanos y posteriormente entre seres humanos, como fue el caso del SRAG y el MERS.

El SARS-CoV-2 pertenece al subgénero de Sarbecovirus de la familia coronaviridae y es el séptimo coronavirus del cual se conoce y que infecta a

seres humanos. Se ha encontrado que el virus presenta características similares a las del coronavirus del SARS proveniente de los murciélagos, pero se diferencia del SARS-CoV y del MERS-CoV (23).

C. Fisiopatología. -

La fisiopatología exacta sigue siendo desconocida, en parte debido a la escasez de estudios postmortem. La fisiopatología se asemeja a la de otras infecciones por coronavirus. Sin embargo, la evidencia emergente indica que el COVID-19 presenta características fisiopatológicas distintivas que la diferencian de la insuficiencia respiratoria de otros orígenes.

El SARS-CoV-2 se adhiere al receptor de la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2) en las células huésped objetivo, seguido de la internalización y replicación del virus. Los receptores de la ECA2 se expresan en gran medida en las células del tracto respiratorio superior e inferior, pero también se expresan en las células del miocardio, las células epiteliales renales, los enterocitos y las células endoteliales de múltiples órganos, lo que puede explicar las manifestaciones extrapulmonares asociadas a la enfermedad. Se ha identificado ARN viral en muchos órganos en estudios postmortem. (23)

D. Transmisión. -

La principal vía de transmisión es la respiratoria, a través de la tos y estornudos, se ha detectado en las heces, pero en poca cantidad, de ahí que las medidas de protección contemplan el uso de mascarillas, la higiene frecuente de manos con agua y jabón, a lo que se han sumado otras medidas preventivas adoptadas en muchos países, como la cuarentena y el distanciamiento social (23).

E. Factores de Riesgo.

En cualquier edad se puede desarrollar una insuficiencia respiratoria severa, la mortalidad se relaciona con la edad con la mayor mortalidad 14-20% en ≥ 80 años, menos niños tienden a sufrir enfermedades graves (5.2%) o enfermedades críticas (0.2%). La presencia de enfermedad coexistente es

más común en pacientes con enfermedades graves, que incluye: Enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad respiratoria crónica, hipertensión y cáncer. La población pediátrica desarrolla formas muy leves con riesgo muy bajo de fallecer; se ha informado de un pequeño número de muertes pediátricas en todo el mundo en asociación con la infección por SARS-CoV-2 (20). Las mujeres embarazadas infectadas con SARS-CoV-2 tienen el mismo curso clínico que las mujeres no embarazadas (24).

F. Clínica. -

El periodo de incubación basados en estudios de casos en Europa podría ser de 2 a 14 días. La gran mayoría (80%) de los casos son asintomáticos (pueden ser contagiosos) o tienen cuadros leves con malestar general y tos ligera, en tanto que el 15% hace un cuadro moderado con fiebre, tos seca persistente, fatiga, sin neumonía, y el 5 por ciento hacen cuadros severos, caracterizados por fiebre constante, tos, disnea severa, debido especialmente a la neumonía viral; daño cardiovascular, falla multiorgánica, y pueden fallecer entre 3 a 4% de los afectados. Entre los síntomas observados en los pacientes peruanos destacan: Tos seca, dolor de garganta, cansancio, fiebre, mialgias, disnea, el 1-10 % tuvo diarrea y náuseas.

G. Tratamiento. -

No hay evidencia actual a partir de ensayos clínicos aleatorizados para recomendar tratamientos específicos en pacientes con sospecha o confirmación de infección por covid 19. A pesar de ello el Instituto Nacional de Salud, ha realizado la revisión sistemática “Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad por el coronavirus 2019 (covid 19)”, la cual ha sido revisada por el Grupo de Trabajo creado por Resolución Ministerial N° 087-2020/MINSA, modificada por Resolución Ministerial N°246-2020/MINSA. Se pone a consideración de los médicos tratantes las siguientes pautas de tratamiento:

Casos leves:

- Hidroxicloroquina 400 mg cada 12 horas el primer día, luego 200 mg cada 12 horas por seis días más, duración 7 días, vía oral.
- Ivermectina (solución oral 6 mg/ml) 1 gota (200 mcg) por kg de peso dosis máxima 50 gotas, duración dosis única, vía oral.

Los casos leves se pueden manejar en forma ambulatoria, en los establecimientos de primer nivel de atención, que cuenten con médico.

Casos moderados o severos:

- Hidroxicloroquina 200 mg cada 8 horas, duración 7-10 días, por vía oral.
- Azitromicina 500 mg primer día luego 250 mg cada 24 horas, duración 5 días, vía oral.
- Fosfato de Cloroquina 500 mg cada 12 horas, duración 7-10 días, vía oral.
- Ivermectina (solución oral 6 mg/ml) 1 gota (200 mcg) por kg de peso cada 24 horas (dosis máxima 50 gotas), duración 2 días, por vía oral. Cuando no exista los otros medicamentos (24).

H. Caso sospechoso. -

Persona con Infección respiratoria aguda, que presenta dos o más de los siguientes síntomas: o Tos o Dolor de garganta o Dificultad para respirar o Congestión nasal o Fiebre y o Contacto con caso confirmado de infección por COVID – 19, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas; o Residencia o historial de viaje, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas, a ciudades del Perú con transmisión comunitaria de COVID-19; o Historial de viaje fuera del país, dentro de los 14 días previos al inicio de los síntomas. o Persona con Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Fiebre superior a 38°, tos, dificultad respiratoria y que requiere hospitalización (25).

I. Caso confirmado. -

Con una prueba de laboratorio positiva para COVID– 19.- sea una prueba de reacción en cadena de polimerasa transcriptasa reversa (RT – PCR) en

muestras respiratorias o una prueba rápida de detección de IgM/IgG. o Contacto asintomático con una prueba de laboratorio positiva para COVID-19 (25).

2.3.1.1 COVID-19 en recién nacidos. -

La mayor cantidad de casos descritos de recién nacidos con infección COVID-19 provienen de la transmisión horizontal. La transmisión vertical aún no se puede demostrar durante el brote de coronavirus en China, ni tampoco en epidemias previas por otros coronavirus similares (SARS-CoV y MERS-CoV) y la detección del virus en líquido amniótico es mínima. Tampoco se ha evidenciado presencia del virus en fluidos genitales de la madre, ni tampoco en la leche materna (Chen, et al., 2020). (26)

2.3.1.2 COVID-19 en gestantes. -

El diagnóstico de la infección aguda se hace por medio de examen microbiológico PCRrt de muestra respiratoria o prueba rápida de antígeno. Se pueden clasificar según la gravedad de la sintomatología respiratoria en:

Leve: se genera una vez que el cuadro se localiza en las vías respiratorias altas dando síntomas como tos, odinofagia, rinorrea, asociados o no a síntomas inespecíficos (fiebre, mialgias), con proteína C reactiva ≤ 7 mg/dl, linfocitos ≥ 1000 cells/mm³, LDH, ferritina normal y escala CURB-65=0. (Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, 2021)

Moderada: existe una neumonía leve, confirmada con radiografía de tórax (infiltrado intersticial uní o bilateral) y sin signos de gravedad, SaO₂ aire ambiente $\geq 92\%$, no requiere vasopresores ni asistencia ventilatoria, con proteína C reactiva > 7 mg/dl, linfocitos < 1000 cels/mm³, ferritina > 400 ng/ml, y LDH > 300 U/L y escala CURB65 ≤ 1 . (Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, 2021)

Severa: hay neumonía grave con fallo de ≥ 1 órgano o SaO₂ aire ambiente $< 90\%$ o frecuencia respiratoria de ≥ 30 , con necesidad de vasopresores.

Hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos (disnea, tiraje intercostal, uso de musculatura respiratoria accesoria, infiltrados bilaterales en radiografía de tórax) junto a la evidencia de déficit de oxigenación arterial.

Sepsis: que puede ser identificada como un cambio agudo en la escala de falla aguda del sistema de órganos (SOFA) >2 puntos o por quick SOFA (qSOFA) con 2 de las próximas 3 variables clínicas, glasgow ≤ 13 , presión sistólica ≤ 100 mmHg y/o frecuencia respiratoria de ≥ 22 /min. (27)

2.3.1.3 Recomendaciones para el puerperio de mujeres con sospecha o confirmación de covid 19.-

Toda puérpera debe continuar con los cuidados obstétricos de acuerdo con normativa institucional.

- En la medida de lo posible se debe reducir al máximo el riesgo de hemorragia post parto, así como la necesidad de transfusión sanguínea.
- En el caso de madres con sospecha de infección por COVID – 19, con infección respiratoria leve y resultado de prueba rápida IgM/IgG negativo, no es necesario hacer el estudio virológico al neonato, y pueden ser alojados de forma conjunta con indicación de lactancia materna.
- En el caso de madre con sospecha de infección por COVID – 19 y sin resultado de descarte, mantener medidas de aislamiento y separación madre – hijo si es posible. Si no hubiese esta disponibilidad, se deben alojar juntamente con las siguientes medidas de prevención:
- Lavado de manos antes y después de tocar al neonato, o antes de extraer la leche.
- Usar permanentemente mascarilla quirúrgica (cubriendo completamente nariz y boca).
- Evitar hablar o toser especialmente durante el amamantamiento o extracción de leche.

- Mantener medidas de desinfección rutinaria de las superficies con las que entre en contacto.
- Se hará seguimiento clínico y monitorización básica del neonato. La duración de la estancia hospitalaria dependerá de los resultados virológicos y las recomendaciones de los especialistas.
- La duración de las medidas de aislamiento y separación de la madre – recién nacido (RN), se deberán analizar de forma individual en relación con los resultados virológicos de cada uno, y según las recomendaciones del equipo de especialistas (28).

2.3.1.4 Intervenciones de salud en recién nacidos con madres sospechosa, probables o confirmadas de covid 19.-

- Pinzamiento oportuno del cordón umbilical: De uno a tres minutos después del nacimiento.
- Contacto piel con piel: Inmediatamente después del nacimiento, durante al menos una hora, sin interrupciones innecesarias siguiendo las medidas de bioseguridad para COVID-19.
- Inicio temprano de la Lactancia: Se debe promover dentro de la primera hora posterior al nacimiento, mientras el bebé permanece aún en contacto piel con piel con su madre siguiendo las medidas de bioseguridad para COVID-19.
- Permitir el alojamiento conjunto: Enseñándole a la madre que deberá alimentar a su bebé cuando presente señales tempranas de hambre (38). Si la madre se encuentra asintomática y ha sido expuesta a COVID-19, o bien, se encuentra bajo sospecha de COVID-19 con síntomas leves, o se encuentra positiva para COVID-19; deberá utilizar mascarilla, lavarse las manos y se recomienda usar bata larga de material desechable según disponibilidad, antes de amamantar, con la finalidad de disminuir la exposición del bebé a secreciones respiratorias de la madre.

- Separación Temporal: Cuando el recién nacido requiere hospitalización en Unidad de Neonatología, y/o la succión directa no sea posible, asegurar la Calostro terapia. Para mantener la producción recomendar la extracción manual de leche humana frecuentemente usando las medidas de bioseguridad en COVID-19. La leche extraída, deberá ser suministrada por un cuidador sano; con vaso, cuchara o dedo-jeringa.
- Extracción manual: Previo lavado de manos siguiendo medidas de bioseguridad, de acuerdo con la condición de salud de la madre.
- Extracción de leche humana por parte del personal de salud si la madre está gravemente enferma: (Ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos), la extracción de leche humana estará condicionada al estado de salud materna, los objetivos serán mantener el suministro de leche para su propio hijo y evitar complicaciones como congestión mamaria, mastitis, absceso, entre otras.
- El uso de equipamiento suplementario: Utensilios de alimentación en lactancia y las bombas extractoras de leche, debe ser considerado solamente cuando su uso sea necesario. Limpiarlas adecuadamente como sucede en los entornos clínicos (29).

2.3.2 Lactancia materna. -

La leche materna es la mejor fuente de nutrición para la mayoría de los bebés y ayuda a protegerlos contra muchas enfermedades a través de anticuerpos y otros factores: La presencia de SARSCoV2 aún no se ha demostrado en la leche materna de mujeres infectadas. La mayoría de los estudios apoyan la promoción de la lactancia materna si el estado de la lactancia lo permite. Siempre se recomienda el uso de estrictas medidas de aislamiento por contacto y gotas (mascarillas quirúrgicas, buen lavado de manos antes y después de la lactancia, limpieza de superficies que puedan entrar en contacto con la piel de la mama) (30).

2.3.3 Contacto piel con piel y calostro dentro de la primera hora de vida. -

Medidas estratégicas que garantizan la instalación de la memoria inmunológica en los recién nacidos a través de la piel; la madre que transfiere millones de microbios (bacterias, virus, hongos) a su recién nacido, y con su primera gota de oro (calostro) entrega a su recién nacido una sustancia bioactiva que contiene más de 700 bacterias, facilitando el establecimiento de una microbiota intestinal deseable, siendo otro factor relevante de protección frente a infecciones conferido por el calostro.

El calostro es un alimento fundamental del recién nacido, por su composición resulta clave para la nutrición, el crecimiento y el desarrollo en los primeros días de vida, por lo que la alimentación exclusiva del neonato con calostro tras el parto cubre sus requerimientos nutricionales al poseer un alto valor energético en un pequeño volumen aproximadamente 67 Kcal/100ml, el cual, es suficiente para cubrir sus necesidades (31)

2.3.4 Gestión del Cuidado. -

El concepto gestión de cuidados se refiere al conjunto de actividades y tareas propias de la profesión que obedecen a un proceso de planificación, ejecución, y evaluación, sustentado en la disciplina propia y en un marco teórico instrumental de carácter interdisciplinario, requiere una orientación específica desde un concepto profesional del cuidar delimitado por el marco conceptual de la profesión. La gestión se integra en la organización en general de las políticas de salud y en la organización de los servicios en cada contexto y situación. Meleis y Jening sostienen que la gestión de los cuidados se ejerce no solo en función de las teorías administrativas o prestadas de otras disciplinas, si no igualmente en relación con concepciones propias de la disciplina enfermera como es el cuidado de la persona, centro del servicio enfermero, que lo exige. (32)

Según Morfi Samper, la Gestión del cuidado de Enfermería se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución dentro de un marco ético profesional. (33)

En tanto, K rouac la define como un proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intenci3n de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacci3n con su entorno, vive experiencias de salud. (32)

El Colegio de Enfermeros del Perú (CEP) en su Documento Normativo Normas de gesti3n de la Calidad del Cuidado Enfermero indica en sus conceptualizaciones operativas que la gesti3n del cuidado constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera (o) para organizar, coordinar y articular los cuidados terapéuticos en los diferentes niveles de atenci3n asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos. (34)

Es importante además identificar que el campo de la gesti3n de los cuidados está determinado por la estructura de los cuidados, la cual parte del conocimiento del profesional de enfermer  y de los valores implícitos en el cuidado de la salud. El proceso de los cuidados, el cual está definido por la manera particular de hacer enfermer  (método enfermero) y por el contexto donde se otorgan los cuidados (entorno estructural). Y los resultados, los cuales corresponden a la medida de la salud alcanzada en relaci3n con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidado. Estos tres elementos, conocimiento, método y contexto de los cuidados definen el ser, el hacer, y el estar del cuidado de enfermer , siendo los determinantes del motor de esta profesi3n: la gesti3n del cuidado. (34)

De este modo, la gesti3n de los cuidados implica conjugar en la práctica diaria los recursos que ofrecen las teorías de la administraci3n, con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermer , en las que el cuidado de la persona corresponde al centro de esta profesi3n. Esto queda muy bien definido por Erdmann, quién manifiesta que "el cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermer  como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patr3n, una dimensi3n, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del

ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir. (34)

2.3.5 Cuidados enfermeros. -

Cuidado. Proviene del latín “cogitatus” integrándole el prefijo “co” y el verbo “agitare” para crear el latín “cogitare” cuyo significado es acción de pensar o reflexionar. Palabra aplicada para designar la designación de acciones de reflexión sobre un propósito o fin que se desea llevar a cabo, esto involucra al empeño, esmero y dedicación. Otra definición que se le da a esta palabra es “protección” de algo, alguien o uno mismo, también es utilizado como “advertencia” para la tomar precauciones. En este sentido, es la preservación o conservación de algo, asimismo, es la atención y ayuda hacia un ser vivo (35).

El cuidado enfermero resulta del conjunto de procesos de atención que es brindado de manera integral, logrando con esto dar respuesta a las necesidades de las personas que lo requieren, para el logro de este objetivo, es necesario basarse en diversas teorías. El cuidado humanizado, que se define como proceso interpersonal terapéutico, con el único propósito de alcanzar o lograr una respuesta eficiente a quienes necesiten del cuidado. (35)

El cuidado de enfermería es un servicio (ayuda), que la Enfermera ofrece a la persona desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad. La entrega es personal, de persona a persona. Sin embargo, para la entrega es indispensable entablar una relación humana positiva, que genere confianza, empatía, que permita a la enfermera conocer a la persona que va a ayudar y que la persona ayudada acepte, participe del cuidado que reciba, se empodere de un saber que le permita cuidarse a sí misma. La entrega misma del cuidado requiere de un proceso mental sustentado con conocimientos humanísticos, sociales, culturales, económicos, políticos, biológicos y ecológicos que la enfermera debe conocer y aplicar oportunamente a través de sus acciones, palabras,

actitudes, aplicaciones técnicas propias de enfermería (según Henderson abarca de manera general la fuerza, la voluntad y el conocimiento).

La esencia del cuidado de enfermería es la protección de una vida humana que es el centro de la reflexión, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer en enfermería. El cuidado de la vida sucede en el contexto del proceso vital humano que es dinámico, que ocurre entre dos polaridades, la vida y la muerte, donde está inmerso el proceso salud-enfermedad. La salud es una vida con bienestar continuo y la enfermedad una vida con limitaciones en el bienestar. En este proceso vital humano, se incluyen las dimensiones de las realidades bionatural, sociales, psicológica, estética y de trascendencia e implica la complementariedad entre los saberes. El proceso de cuidar se centra en las interrelaciones humano-humano, con una serie de conocimientos muy bien diferenciados, valores, dedicación, relación moral e interpersonal con el sujeto de cuidado. (35)

CAPÍTULO III.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN CON LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

3.1 VALORACIÓN

3.1.1 DATOS DE FILIACIÓN

- Apellidos del RN: C. T.
- Fecha de nacimiento: 05 – 02 - 2022
- Hora de nacimiento: 19:50 horas
- Lugar de nacimiento: Hospital II Ramón Castilla
- Parto: eutócico
- Sexo: masculino
- Apgar: 8 (1') y 9 (5')
- Edad Gestacional: 38 semanas
- Peso de Nacimiento: 2,450 gr
- Grupo y Factor: 0+
- Talla: 48 cm
- Perímetro Cefálico: 32 cm
- Perímetro Torácico: 32,5 cm

3.1.2 DATOS DE LA MADRE

- Nombre y Apellido: M. R. T. M.
- Edad: 17 años
- Lugar de nacimiento: Apurímac

- Controles prenatales: Solo uno
- Idioma: quechua y castellano

3.1.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

Análisis de laboratorio

DATOS DEL RECIEN NACIDO.	VALORES NORMALES																						
<p>HEMOGRAMA COMPLETO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HEMOGLOBINA: 15.5 g/dl. ▪ HEMATIES: 4.56 / 10⁶/mm³ ▪ HEMATOCRITO: 45.5% ▪ LEUCOCITOS: 7.20 / 10³/mm³ ▪ VCM: 99.70 ▪ HCM: 34 pg. ▪ CHCM: 34.10 MGR/DL ▪ AMPLITUD DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA: (RDW)16% ▪ VOLUMEN PLAQUETARIO: 8 ▪ PLAQUETAS: 276 10X3/MM ▪ NEUTROFILOS: 223 10X3 MM ▪ EOSINÓFILOS: 0.14 10 X3 MM ▪ MONOCITOS 0.92 10X3 MM ▪ LINFOCITOS: 3.89 10X3 MM ▪ NEUTROFILOS: 31% ▪ EOSINOFILOS: 2.0% ▪ LINFOCITOS: 54 % <p>BIOQUIMICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PERFIL BILIRRUBINAS: BILIRRUBINAS TOTALES: 6.67 mg/dl ▪ BILIRRUBINAS DIRECTAS: 1.99 mg/dl ▪ BILIRRUBINAS INDIRECTAS: 5.68 mg/dl ▪ PCR: 1.79 mg/dl 	<p>HEMATOLOGICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HEMOGLOBINA: 14 – 20 g/dl. <p>BIOQUIMICA:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tiempo de vida del recién nacido en días</th> <th colspan="2">Bilirrubina total (mg/dl)</th> <th rowspan="2">Bilirrubina directa (mg/dl)</th> </tr> <tr> <th>Pretermino</th> <th>Termino</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1er.</td> <td><8</td> <td><8</td> <td>Recién Nacido <0.6</td> </tr> <tr> <td>1-2</td> <td><12</td> <td><11.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-5</td> <td><16</td> <td><12</td> <td>>1 mes de vida < 0.2</td> </tr> <tr> <td>Mayor 5</td> <td><2</td> <td><1.2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tiempo de vida del recién nacido en días	Bilirrubina total (mg/dl)		Bilirrubina directa (mg/dl)	Pretermino	Termino	1er.	<8	<8	Recién Nacido <0.6	1-2	<12	<11.5		3-5	<16	<12	>1 mes de vida < 0.2	Mayor 5	<2	<1.2	
Tiempo de vida del recién nacido en días	Bilirrubina total (mg/dl)		Bilirrubina directa (mg/dl)																				
	Pretermino	Termino																					
1er.	<8	<8	Recién Nacido <0.6																				
1-2	<12	<11.5																					
3-5	<16	<12	>1 mes de vida < 0.2																				
Mayor 5	<2	<1.2																					

3.1.4 TRATAMIENTO:

- NPO
- Dextrosa al 10% 7 mgts por minuto
- - Monitoreo de Saturación de Oxígeno
- Control de Glicemia a las 2 horas
- Oxigenoterapia con cabezal de oxígeno si saturación < 85%

- Posición semisentado
- Examen de laboratorio: hemograma, PCR, hisopado faríngeo
- Rayos X de tórax frente y lateral.
- Observar signos de alarma
- Incubadora a 32°
- Aislamiento

3.1.5 DIAGNOSTICO MEDICO:

- RNAT
- RN bajo peso para edad gestacional
- Hijo de madre covid
- D/C Taquipnea transitoria del recién nacido
- D/C SALAM
- D/C Covid

3.1.6 EXAMEN FÍSICO:

3.1.6.1 Control de signos vitales

- A.** FC.: 168 x'.
- B.** FR.: 66 x'
- C.** T° rectal: 36, 6° C
- D.** Sat O2: 98%
- E.** Peso: 2,450 kg
- F.** Talla: 0,48cm.

3.1.6.2 EVALUACIÓN CE FALO-CAUDAL

-Piel: T° 36. 6°c, tibia, turgente.

-Cabeza: Normocefálica, proporcional a su cuerpo. Fontanelas anterior y posterior normotensas, de tamaño normal.

-Cara: Redondeada, simétrica, no laceraciones, no nódulos

-Ojos: movimientos oculares asimétricos, cejas y pestañas bien implantadas y pobladas, escleras amarillas.

-Oído: Pabellón auricular íntegro, implantados y simétricos. Conducto auditivo normal

-Nariz: De forma achatada simétrica, mucosas integras, fosas nasales permeables, no evidencia lesiones. Se evidencia leve aleteo nasal.

- Cavity oral y orofaringe: A la inspección labios simétricos, tamaño proporcional a su cara, encías íntegras, paladar formado, mucosas rosadas; no presenta lesiones ni sangrado.

-Cuello: Simétrico, con movimientos voluntarios. A la palpación cadena ganglionar no edematizada, piel normo térmica, integra.

-Tórax: Simétrico, de forma cilíndrica, movimientos respiratorios incrementados, se evidencia leve retracción intercostal, disbalance toraco abdominales. A la auscultación ruidos hidroaéreos difusos en ambos campos pulmonares y en la percusión sonidos resonantes, leve taquipnea (FR= 66 por minuto).

-Aparato cardiovascular: A la monitorización frecuencia cardíaca aumentada, 168 latidos por minuto, pulsaciones rítmicas; a la auscultación no evidencia latidos cardíacos anormales.

-Extremidades: No anormalidades, buen tono muscular.

-Abdomen: Blando, no distendido, ruidos RHA presentes, depresible a la palpación, muñón umbilical presencia de dos arterias y una vena, disbalance toraco abdominal.

-Genitales masculino: Se evidencia testículos descendidos en bolsas escrotales. Genitales íntegros, conservados.

-Esquelético: Simétrico.

-Sistema Nervioso: Glasgow 15, Irritable, llanto enérgico, reflejo de succión presente.

3.1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Recién nacido varón, de 38 semanas de gestación, producto de parto eutócico, ingresa al área de Aislamiento covid de la unidad de neonatología, directamente de Sala de partos, por presentar taquipnea leve que va en incremento y el bajo peso siendo este de 2,450 g al nacimiento, al examen físico inicial, se le observa activo, leve taquipnea, discreto quejido respiratorio, leve aleteo nasal, leve desbalance toraco abdominal, leve retracción intercostal, buen tono muscular, irritable, llanto enérgico, mucosas orales húmedas, abdomen blando depresible, al nacer respiró de manera inmediata y espontánea, registró puntuación de Apgar 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, líquido amniótico meconial fluido. No se realizó contacto piel con piel, solo reconocimiento de sexo. Se le separa de su madre por temor al contagio y por requerir evaluación permanente. Se le coloca en incubadora con monitoreo permanente de saturación de oxígeno. Signos vitales: Frecuencia cardíaca de 168 por minuto, respiración de 66 por minuto, temperatura corporal 36,6 °C. Saturación de oxígeno de 98%. Se realiza toma de muestras de sangre para sus estudios de laboratorio (grupo sanguíneo y RH. Hemograma, glicemia central, AGA), hisopado faríngeo. A las tres horas de nacido, se evidencia notable mejoría, posteriormente resultado del recién nacido es negativo a covid 19.

Madre adolescente de 17 años, primigesta, ingresa al hospital requiriendo atención de forma urgente por presentar trabajo de parto con dilatación completa, sin pruebas para descarte de covid, refiere solo dos controles prenatales por no contar con servicios de salud, ningún examen ecográfico.

Posteriormente resultado materno a covid 19 es positivo asintomática. Se extreman medidas de bioseguridad, continua en aislamiento en área covid.

Se nos reporta que el recién nacido es de padre ausente, y que en sustitución a la figura paterna esta la abuela. Familia desestructurada sin un sustento económico regular y estable, la gestante vive con sus madre y hermanos, trabaja en un mercado ambulante, natural de Apurímac, se le observa angustiada, ansiosa, de conducta esquiva, evita establecer relación con el personal más allá de lo estrictamente necesario. Se intenta establecer relación de confianza para indicar las pautas de cuidado al recién nacido durante el ingreso y una vez dado de alta. Su comunicación es escasa, pero a veces expresa no saber cómo realizara los cuidados a su bebe de forma adecuada y esta nerviosa por ello. En algunos momentos incluso realiza preguntas sobre alimentación y crianza, pero deja todas las decisiones al personal de salud por ausencia del padre. En cuanto a la alimentación se observa que la madre tiene conocimiento parcial de la importancia de la lactancia materna, refiere que quiere tener a su bebe en sus brazos, pero a su vez dice “no tengo leche”.

Con todos estos datos se realiza un plan de cuidados de enfermería realizando la valoración según patrones funcionales de salud. Se identifica una interrupción del vínculo afectivo entre la madre y su bebe debido a la situación de inestabilidad fisiológica del recién nacido.

3.1.3 VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

- **Patrón percepción/ manejo de salud:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<p>Activo, despierto, irritable, llanto enérgico, frecuencia respiratoria de 66 por minuto, frecuencia cardíaca 168 por minuto, aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción leve intercostal, desbalance toraco abdominal. SATO2 98% ventilando espontáneamente.</p> <p>Madre con diagnostico covid-19 positivo, llego al hospital en periodo expulsivo.</p>

- **Patrón Nutricional / metabólico:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<p>Neonato con peso al nacer de 2,550 gr, talla 48 cm, perímetro cefálico:32 cm, perímetro torácico:32,5 cm.</p> <p>Se le separa de su madre, no recibe lactancia materna.</p>

- **Patrón de eliminación:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ No presenta problemas de eliminación.▪ Característica de: Orina: características normales Heces: amarillas pastosas Sudor: No Peristaltismo intestinal: RHA presentes.

- **Patrón de actividad/ejercicio:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Activo, irritable, despierto, llanto enérgico, desorganizado.▪ Poca tolerancia al esfuerzo.

- **Patrón descanso/ sueño:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Irritable, con problemas de conciliación del sueño por su estado general, además de sueño interrumpido por los ruidos de los monitores, luces, manipulación del personal.

- **Patrón cognitivo / perceptivo:**

DATOS SIGNIFICATIVOS

- No presenta ninguna alteración sensorial según corresponde al patrón normal de todo recién nacido.
- Presenta alteración de bienestar.

- **Patrón auto percepción / auto concepto:**

DATOS SIGNIFICATIVOS

- Madre ansiosa y con temor por la salud de su neonato, aunque no lo verbaliza adecuadamente.
- Sumándosele el desarraigo sentimental con su cónyuge, debido a la situación de ausencia de este. Como consecuencia, constata reiteradas veces encontrarse sola.

- **Patrón rol – relaciones**

DATOS SIGNIFICATIVOS

- Madre primeriza, adolescente, siente desapego y esta angustiada, ansiosa, de conducta esquiva, evita establecer relación con el personal más allá de lo estrictamente necesario. Su comunicación es escasa, pero a veces expresa no saber cómo realizara los cuidados a su bebe de forma adecuada y estar nerviosa por ello. Quiere alimentar a su bebe.

- **Patrón sexualidad - reproducción:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ No aplica.

- **Patrón adaptación tolerancia al estrés:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Neonato irritable, sueño alterado, separado de su madre, llora. Se sobresalta ante el ruido de las alarmas de los aparatos electromédicos y a la manipulación para evaluación médica y de Enfermería.

- **Patrón de creencias / valores:**

DATOS SIGNIFICATIVOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Madre refiere ser católica no practicante.

3.1.3.1 CUADRO DE RESUMEN POR PATRONES FUNCIONALES

PATRONES	DATOS SUBJETIVOS	DATOS OBJETIVOS
Patrón1: Percepción de la salud	Neonato irritable.	Activo, despierto, llanto enérgico, frecuencia respiratoria de 66 por minuto, frecuencia cardíaca 168 por minuto, aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción leve intercostal, desbalance toraco abdominal. SATO2 98% ventilando espontaneamente. Madre con diagnostico covid-19 positivo, llego al hospital en periodo expulsivo.
Patrón2: Nutricional–Metabólico	Neonato está separado de su madre, por lo tanto, no recibe lactancia materna.	Neonato con bajo peso al nacer de 2,450 gr, talla 48 cm, perímetro cefálico:32 cm, perímetro torácico:32,5 cm. Pequeño para edad gestacional.
Patrón3: Eliminación		Aun no se observan eliminaciones.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio	Neonato con tolerancia al esfuerzo disminuido por el distrés respiratorio.	Activo, despierto, llanto energético, irritable, frecuencia respiratoria alterada.
Patrón 5: Sueño – Descanso	Neonato con sueño alterado, llorando.	Irritable, con problemas de conciliación del sueño por su estado general, además de sueño interrumpido por los ruidos de los monitores, luces y manipulación del personal.
Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo	Presenta alteración de bienestar.	Neonato se le observa irritable, con movimientos desorganizados, presenta alteración sensorial por falta de apego.
Patrón7: Autopercepción – Autoconcepto	Madre angustiada con desesperanza, siente carencia afectiva.	Como consecuencia, expresa reiteradas veces sentirse sola, no sabe cómo afrontar su nueva situación.
Patrón 8: Rol – Relaciones	Madre de conducta esquiva, evita establecer	Madre primeriza, adolescente, indica que vive con su madre y

	<p>relación con el personal. siente desapego con su bebe, a ello se suma el desarraigo sentimental con su cónyuge, debido a la situación de ausencia de este.</p>	<p>hermanos. desea estar cerca de su bebe y dar de lactar. Expresa no saber cómo realizara los cuidados a su bebe.</p>
<p>Patrón9: Sexualidad– Reproducción</p>	<p>No aplica</p>	<p>No aplica</p>
<p>Patrón10: Adaptación– Tolerancia al estrés</p>	<p>Madre ansiosa y con temor por la salud propia y de su neonato, aunque no lo verbaliza adecuadamente.</p> <p>Neonato irritable, de conducta desorganizada.</p>	<p>Madre refiere que está preocupada por la separación con su hijo y frustración por no poder cuidarlo.</p>
<p>Patrón 11: Valores y creencias</p>		<p>Madre refiere ser católica no practicante.</p>

3.2 PROCESO DIAGNOSTICO ENFERMERO

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS			DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO		
GRUPO DE DATOS SIGNIFICATIVOS POR PATRONES FUNCIONALES	BASE TEÓRICA	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIADO POR (CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS)
<p>Patrón 1: Percepción de la salud</p> <p>Neonato con dificultad para respirar, frecuencia respiratoria de 66 por minuto, frecuencia cardíaca 168 por minuto, aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción leve intercostal, disbalance toraco abdominal. SATO2 98% ventilando espontaneamente.</p> <p>Madre con diagnostico covid-19 positivo, llego al hospital en periodo expulsivo.</p>	<p>DIFICULTAD RESPIRATORIA. - El término dificultad respiratoria o distrés respiratorio (DR) comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente, de forma genérica, en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal.</p>	<p>Por tratarse de un recién nacido a término, PEG y que además al nacimiento se evidencio líquido amniótico meconial fluido, se debe descartar inicialmente una taquipnea transitoria vs síndrome de aspiración meconial. Además también se debe considerar el diagnóstico de la madre que es positiva a covid 19, fue separado de inmediato de su madre, lo cual impidió la adaptación necesaria al contacto piel con piel, no se logró conseguir proporcionar además de calor, el apego, lo cual está comprobado científicamente que disminuye considerablemente los signos de estrés: dificultad respiratoria, etc. tanto en la madre como en su hijo.</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz</p>	<p>Fatiga de músculos respiratorios</p>	<p>Polipnea, aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción intercostal, disbalance toracoabdominal.</p>

<p>Patrón 2: Nutricional – Metabólico</p> <p>Neonato pequeño para edad gestacional, no recibe lactancia materna.</p>	<p>LACTANCIA MATERNA. -</p> <p>La lactancia materna es una forma de alimentación que comienza en el nacimiento con leche producida en el seno materno. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señalan que la lactancia es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.</p>	<p>La leche materna tiene propiedades nutritivas que ayudaran a la ganancia de peso rápidamente a nuestro recién nacido PEG y sobretodo contiene propiedades que brindan inmunidad al neonato contra las enfermedades comunes y contra el covid 19, ademas de reducir muchos problemas de salud sobretodo en el recién nacido cuyo periodo de adaptación se ve violentado por la separación con su madre.</p>	<p>Interrupción de la lactancia materna.</p>	<p>Enfermedad del neonato y de la madre.</p>	<p>Separación del recién nacido de su madre.</p>
<p>Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés</p> <p>Madre ansiosa, preocupada, con temor por la salud propia y de su neonato, no lo</p>	<p>ANSIEDAD. - Es la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el</p>	<p>La madre ansiosa puede presentar varios síntomas, físicos, mentales y emocionales, que en este caso se vieron exacerbados desde el momento del nacimiento del recién nacido al no haber contacto, ni apego; como personal de salud debemos estar alertas ante cualquiera de</p>	<p>Ansiedad de la madre</p>	<p>Cambio en la función del rol</p>	<p>Angustia, temor y verbaliza preocupación.</p>

<p>verbaliza adecuadamente.</p> <p>Sumándose el desarraigo sentimental con su cónyuge, debido a la situación de ausencia de este. Expresa encontrarse sola, indica que vive con su madre y hermanos.</p>	<p>individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</p>	<p>estos síntomas que van a interferir en el inicio de una buena lactancia materna.</p>			
<p>Patrón 8:</p> <p>Rol-Relaciones</p> <p>Madre siente desapego y angustia, por estado de salud de su bebe, de conducta esquiva, evita establecer relación con el personal. Su comunicación es escasa.</p>	<p>CONTACTO PIEL CON PIEL. - Consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. En las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo</p>	<p>La madre al tener en contacto a su bebe libera la oxitocina hormona que antagoniza el efecto de la lucha/huida, lo que reduce la ansiedad materna, y aumenta la tranquilidad y la receptividad social. Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza. Las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entra la madre y el RN.</p>	<p>Riesgo de deterioro de la vinculación.</p>	<p>La enfermedad del neonato y de la madre impide la iniciación eficaz del contacto parental.</p>	

	<p>cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo.</p>				
--	---	--	--	--	--

3.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN NIC	FUNDAMENTO	RESULTADO
<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c Fatiga de músculos accesorios e/p Polipnea, aleteo nasal, quejido respiratorio, retracción intercostal, disbalance toracoabdominal.</p> <p>Código: 00032</p> <p>Dominio: 4</p> <p>Clase:4</p>	<p>Estado respiratorio y ventilación 0403</p> <p>El recién nacido mejorará la función respiratoria evidenciado por los siguientes indicadores:</p> <p>-Muestra una frecuencia respiratoria dentro de los límites normales comparado con la basal (40 a 60 resp/min).</p> <p>-Evidencia alivio o mejoraría en su sensación de falta de aliento.</p>	<p>- Valorar los signos vitales.</p> <p>- Valorar características de la respiración (ritmo, frecuencia, profundidad), cianosis y posibles complicaciones.</p> <p>-Evaluar la dificultad respiratoria. Realizar el test de Silverman Andersen.</p> <p>- Vigilar la saturación de oxígeno y los resultados de la gasometría arterial.</p>	<p>-La importancia de la toma de los signos vitales radica que son las principales manifestaciones de las funciones de mayor importancia para la vida como son el funcionamiento del sistema respiratorio, cardiovascular y del termostato endógeno.</p> <p>-La respiración comprende de dos fases. La primera es la fase de inspiración. La inspiración permite que el aire fluya hacia los pulmones. La segunda fase es la de espiración. Ésta consiste en la expulsión de gases de los pulmones.</p> <p>-La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de no estar recibiendo suficiente aire. La prueba de Silverman y Andersen valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios.</p> <p>-La saturación de oxígeno es la medida de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre.</p>	<p>- Recién nacido presenta signos vitales dentro de parámetros normales.</p> <p>- Recién nacido presenta saturación oxígeno de 90 a 95%.</p> <p>-Recién nacido no presenta dificultad respiratoria.</p> <p>-Recién nacido inicia prontamente apego y lactancia materna.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las secreciones bucales, y nasales si fuera necesario. - Elevar la cabecera de la incubadora para favorecer la función respiratoria. - Proporcionar un ambiente tranquilo y relajante. - Mantenerse pendiente de los resultados de la prueba de hisopado faríngeo para determinar tratamiento a seguir. - Iniciar lo antes posible el apego y la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar los laterales de la boca y la zona de la faringe usando bombilla o pera de goma. - Al elevar la cabecera se consigue poder respirar mejor y tener una posición que facilita la desobstrucción de la vía aérea. -Es fundamental un ambiente tranquilo, con una temperatura agradable, una iluminación adecuada y sin ruidos, para favorecer la pronta recuperación. - Un resultado positivo significa que se observaron bacterias u otros microorganismos en el exudado faríngeo que pueden causar efectos negativos en la salud del paciente. - La relación de apego son los lazos emocionales que el bebé desarrolla con su madre y, más adelante, con su padre. Los bebés son sociables por naturaleza y dependen de los demás para sobrevivir. 	
--	--	--	---	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN NIC	FUNDAMENTO	RESULTADO
<p>Interrupción de la lactancia materna r/c Enfermedad de la madre y del neonato e/p Separación del recién nacido de su madre.</p> <p>Código: 00105</p> <p>Dominio: 2</p> <p>Clase: 1</p>	<p>Establecimiento de la lactancia materna: madre 01001.</p>	<p>Ayuda en la lactancia materna.</p> <p>1054. Preparación de la madre para que amamante:</p> <p>-Proporcionar a la madre el contacto precoz con el bebé para que dé el pecho lo más pronto posible. Cuidando en todo momento las medidas de bioseguridad (lavado de manos, higiene personal, uso correcto de mascarilla).</p> <p>-Observar al bebé el agarre al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.</p> <p>-Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.</p> <p>-Animar a la madre a dar el pecho cada vez que su bebe lo requiera sin límite de tiempo.</p>	<p>-La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ya que proporciona los nutrientes que necesitan de forma equilibrada, al tiempo que protege frente a la morbilidad y la mortalidad debido a enfermedades infecciosas.</p> <p>-El contacto precoz es el vínculo afectivo que se crea desde el inicio de la vida entre el hijo y su madre. Es la relación afectiva más importante que creamos las personas y permite que el bebé se sienta seguro y protegido. Es estable y suele durar la mayor parte de la vida de una persona.</p> <p>-Los indicadores de buen agarre y posicionamiento son: boca abierta. menos areola visible por debajo de la barbilla que por encima del pezón.</p> <p>-Brindar momentos de intimidad y dar comodidad a la madre al momento de dar de lactar, disminuye la ansiedad, aumenta la cantidad de calostro.</p> <p>-Dar el pecho a demanda es amamantar sin horarios ni tiempos de duración de las tomas prefijados.</p>	<p>-Logra prontamente la vinculación madre-hijo.</p> <p>-El recién nacido logra iniciar prontamente la alimentación.</p>

		<p>- Evaluar la forma de succión / deglución del recién nacido.</p> <p>Asesoramiento en la lactancia 05244.</p> <p>-Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.</p> <p>-Enseñar a la madre la posición correcta de amamantar.</p> <p>-Enseñar a la madre las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.</p>	<p>-La coordinación de la succión y la deglución es necesaria para un buen funcionamiento de la lactancia, y la anatomía oral del bebé está diseñada para ello.</p> <p>-Es importante eliminar los numerosos mitos y falsas creencias, transmitidos culturalmente que promueven actitudes negativas hacia la lactancia materna y suponen barreras para su inicio y mantenimiento, por ejemplo, creer que la leche materna esta contaminada con el virus.</p> <p>-Una buena posición al pecho permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el bebé se queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia.</p> <p>-En algunos casos despertar al bebé cada 3 o 4 horas, aunque esté profundamente dormido, para evitar hipoglucemia que puede producirse si el bebé está mucho tiempo sin recibir alimento y que puede causar problemas respiratorios.</p>	
--	--	--	--	--

		<p>-Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.</p> <p>-Proporcionar material educativo acerca de ventajas y desventajas (trípticos, folletos) para reforzar la enseñanza.</p>	<p>-El cuidado de los senos durante la etapa de la lactancia es muy importante para que la madre se mantenga libre de molestias, garantizar la alimentación del bebé e incluso puede ayudar a prevenir posibles padecimientos como el cáncer de mama.</p> <p>-Fomentar y promocionar la lactancia materna desde elementos audio visuales es un gran aporte pues se proporciona criterios de valor a las madres para que sepan cual es la mejor elección.</p>	
DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN NIC	FUNDAMENTO	RESULTADO

<p>Ansiedad de la madre r/c cambio en la función del rol e/p manifestar temor y preocupación por la separación de su bebe.</p> <p>Código: 00146</p> <p>Dominio: 9</p> <p>Clase: 2.</p>	<p>1300 Aceptación: estado de salud.</p> <p>130001 tranquilidad.</p> <p>1402. Autocontrol de la ansiedad.</p> <p>1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.</p> <p>130505 Expresiones de optimismo sobre el presente.</p> <p>130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro.</p> <p>130511 Expresiones de satisfacción con la</p>	<p>Disminución de la ansiedad 5820:</p> <p>-Presentarse a la paciente en forma serena que dé seguridad.</p> <p>-Valorar el estado emocional de la madre.</p> <p>-Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante que resulta de la separación con su bebe.</p> <p>-Brindar apoyo emocional ayudándola a generar confianza en su capacidad para superar la situación que le preocupa, manteniendo en todo momento las medidas de bioseguridad.</p> <p>- Informar a la paciente que la enfermera se encuentra en forma permanente</p>	<p>- Se considera importante el aporte que realiza la enfermera, con su labor constante de acompañamiento. Debe brindar seguridad y apoyo al paciente.</p> <p>-La valoración emocional es el proceso por el cual se generan distintas respuestas emocionales a partir de las evaluaciones subjetivas del individuo sobre diferentes aspectos de los estímulos, tales como la relevancia personal de la situación y las opciones de afrontamiento, entre otras.</p> <p>- La comprensión de la enfermera significa tener empatía con su paciente para entender lo que este está sintiendo.</p> <p>- El apoyo emocional puede ser entendido como la capacidad de percibir lo imperceptible, lo que exige del enfermero alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales del paciente.</p> <p>- La proximidad y cercanía de los profesionales de enfermería de forma permanente contribuyen además de brindar</p>	<p>-La madre mejora el rol maternal.</p> <p>-Se logra conseguir el apego recuperando fisiológicamente al recién nacido lo más pronto.</p> <p>-La madre manifiesta su relación cariñosa con su bebe.</p> <p>-La madre expresa expectativas realistas de su rol de madre.</p> <p>-La madre expresa satisfacción con su nuevo rol, al disminuir sus temores.</p>
--	--	--	---	---

<p>reorganización de la vida.</p>	<p>dejando abierta la posibilidad para el apoyo.</p> <p>4920 Escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar atentamente, no obligar a la paciente a conversar si no lo desea. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias, preguntar por sus miedos y temores. - Preguntar acerca de sus necesidades y sus preocupaciones. <p>5230 Aumentar el afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respetar el derecho de la paciente a tomar sus propias decisiones, evitar dar consejos, filosofar, moralizar o imponer sus propias perspectivas respecto a la situación. - Entablar la comunicación dirigida a identificar el 	<p>información se brinda también apoyo y seguridad a la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El personal de enfermería necesitamos prestar atención para los factores bio-psico-socio-espirituales y emocionales de los pacientes que se encuentran bajo sus cuidados, para brindar una atención integral. - Una buena escucha ofrece la posibilidad a la persona que nos está hablando de comunicar y expresar sus pensamientos, sus emociones y sus sentimientos. - Mediante las preguntas la enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. -La autonomía tiene relación con el respeto de la libertad del paciente, de decidir sobre cualquier proceso al que pueda estar sujeto, considerando que debemos respetar al paciente. -La comunicación terapéutica, es el proceso por el cual la enfermera crea una relación
-----------------------------------	---	---

		<p>malestar emocional (miedo, ansiedad).</p> <p>- Brindar confianza en todo momento, preguntando a la paciente su experiencia emocional.</p>	<p>con el paciente para lograr un cuidado de enfermería de calidad.</p> <p>-La confianza es una variable de la relación paciente-enfermera, que tiene un rol estratégico en los procesos terapéuticos. De ahí que sea fundamental considerarla como parte de la atención en salud.</p>	
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICO	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN NIC	FUNDAMENTO	RESULTADO
<p>Riesgo de deterioro de la vinculación r/c la enfermedad del neonato y de la madre y la separación del binomio que impide la iniciación eficaz del contacto parental.</p> <p>Código: 00058</p> <p>Dominio: 7</p> <p>Clase: 2.</p>	<p>1500 Lazos afectivos padres/hijo</p> <p>-En el binomio madre-hijo se hará prevención del deterioro de la vinculación.</p>	<p>Mantenimiento en procesos familiares (NIC: 7130).</p> <p>- Facilitar el contacto físico entre la madre y su recién nacido durante su hospitalización.</p> <p>- Facilitar el vínculo y la lactancia materna tan pronto como el estado de salud del recién nacido lo permita.</p> <p>Apoyo a la familia (NIC 7140)</p> <p>- Dar información frecuente a la madre sobre el estado de salud del recién nacido y de los procedimientos y técnicas que se llevan a cabo para su control.</p> <p>- Proporcionar el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del recién nacido.</p>	<p>-Las evidencias científicas sugieren que la separación del recién nacido de su madre genera estrés materno y neonatal, el cual puede tener un impacto negativo a mediano y largo plazo en la salud del recién nacido y en su neurodesarrollo.</p> <p>-Favorecer el apego y vínculo del niño con su madre, reduce el tiempo de estadía hospitalaria, se asocia a mayor bienestar del binomio madre-hijo y mayor satisfacción familiar.</p> <p>-La información permanente proporciona seguridad y satisfacción al paciente.</p> <p>- La participación del paciente en la toma de decisiones refleja el compromiso de la enfermera por el paciente como ser digno y vulnerable que requiere de protección y respeto.</p>	<p>-Se logra prever el deterioro de la vinculación madre-hijo.</p>

CONCLUSIONES

1. Al identificar que existen problemas relacionados con el cuidado de los recién nacidos hijos de madre con covid-19 en el Hospital II Ramón Castilla EsSalud, se diseñó un proceso de atención de enfermería con el fin de actualizar y unificar los conocimientos en cuanto a los cuidados con enfoque humanístico, para que de esta manera se eleve la calidad de atención de enfermería hacia este grupo de recién nacidos.
2. Con la puesta en práctica de este plan de cuidados de enfermería se prioriza como actividad principal del equipo interdisciplinario, cuya responsabilidad recae directamente sobre el cuidado del binomio madre-hijo en el contexto covid-19 , la promoción y apoyo a la lactancia materna, favorecer el proceso de vinculación y realizar actividades preventivas y de educación sanitaria; intervenir sólo para corregir desviaciones de la normalidad y para favorecer un clima de confianza y seguridad. Es necesario actuar con sensibilidad y capacidad resolutive para brindar un cuidado humanizado en busca de la mejora de la salud física y emocional del binomio madre-hijo.
3. Fundamentar teóricamente el proceso que se va a utilizar para la atención de enfermería, considerando al binomio madre-hijo como un conjunto, identificando factores de riesgo; va a permitir que se ejecuten las acciones con conocimientos científicos para así alcanzar un potencial alto en la salud del recién nacido atendido.
4. Finalmente, la decisión de mantener separado al binomio madre-hijo debe ser individualizada, teniendo en cuenta la situación clínica y de laboratorio de la madre y el neonato. En general, se debe permitir que los recién nacidos compartan la habitación con sus madres, estimulando a la vez, la lactancia materna desde el nacimiento, siempre y cuando las condiciones clínicas del neonato y la madre, lo permitan.

RECOMENDACIONES

1. Al personal del servicio de neonatología del Hospital II Ramón Castilla, tomar el presente trabajo académico como una guía para el manejo de los recién nacidos hijos de madre con covid -19, identificando las necesidades de cada recién nacido teniendo en cuenta que cada uno debe tener cuidados individualizados e integrales, basándose en el lenguaje de la NANDA, con un enfoque humanístico, y garantizando el vínculo del binomio y la continuidad en las actividades.
2. Se recomienda que el equipo de enfermería del área de neonatología del Hospital II Ramón Castilla, brinde una educación de calidad con términos claros, creando empatía con las madres con covid-19, para que no se sientan excluidas ni discriminadas consciente o inconscientemente por el personal de salud, que sientan confianza y puedan aclarar sus interrogantes y así mismo se trabaje en conjunto con ellas y se obtenga un buen resultado en el recién nacido.
3. Se recomienda a la Dirección del Hospital, restituir gradualmente el permiso para la visita de los padres y los familiares, esto va permitir restablecer una relación adecuada y suficientemente anticipada entre los padres, la familia y los profesionales enfermeros responsables de los cuidados del recién nacido hijo de madre con covid-19, en el parto y en el puerperio para explicar y educar cómo es la transición neonatal, las medidas de aislamiento, la higiene ambiental y personal, el empleo adecuado de equipos de protección personal, las distintas fases de adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo, el inicio de la alimentación, los cuidados en general tanto de la madre como del neonato.
4. Proponer y consensuar dos Guías de Procedimientos de Enfermería, uno sobre Atención inmediata al recién nacido hijo de madre con covid-19 y otro sobre Contacto piel con piel en recién nacidos hijos de madre con covid-19, las cuales se vienen implementado en el servicio de neonatología del hospital, estableciendo responsabilidades de cada profesional y las acciones que dependen de cada uno estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Centro de prensa: Información Básica sobre la COVID-19-WHO/World Health. Mayo 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. Amalia Guadalupe, Vega-Fernández et, al. Características clínicas y epidemiológicas de madres con COVID-19 y sus neonatos: transmisión vertical. *Medwave*. 2021;21(07):e8454 doi: 10.5867/medwave.2021.07.8454
3. Dávila CR, Torres E, Hinojosa JR, Espinoza Y. Recomendaciones para la atención de recién nacidos hijos de madre COVID-19 positivas. *Rev. Perú Investig Matern Perinat* 2020; 9(2):57-64. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe>
4. Saucedo REG, Del Razo RR, Morales BDA. Manejo del paciente con COVID-19 en etapa neonatal y embarazo. *Rev. Latín Infect Pediatr*. 2020; 33 (s1): s70-s74. <https://dx.doi.org/10.35366/96672>
5. Oliva Marín JE, Pleitez Navarrete JA. COVID-19: Transmisión vertical, enfermedad y Cuidados en recién nacidos. *Alerta*.2021;4(1):19-30.DOI 10.5377/alerta.v4i1.9916
6. Sánchez-Luna M, Fernández Colomer B, de Alba Romero C, et al. Neonates born to mothers with Covid-19: Data from the Spanish Society of Neonatology Registry. *Pediatrics*.2021;147(2):e2020015065
7. Unicef para la infancia [internet]. Comunicado de prensa: 9 de setiembre 2020. Covid 19 podría anular décadas de progresos y poner fin a las muertes infantiles prevenibles. Disponible en: <https://www.unicef.org>.
8. Sola, A, Maksimovic L, Montes Bueno MT, Rodríguez S, Cardetti M, Golombek SG, Morgues M. Sociedad Iberoamericana de Neonatología y COVID-19 perinatal: Información y recomendaciones de SIBEN. EDISIBEN. Abril 17,2020. ISBN 978-1-7923-3225-8
9. Gonzalo Solís García, Ana Gutiérrez Vélez, Isabel Pescador Chamorro, Elena Zamora Flores, Sara Vigil Vásquez, Elena Rodríguez Corrales, Manuel Sánchez Luna. Epidemiología, manejo y riesgo de transmisión de SARS-CoV-2 en una cohorte de hijos de madres afectas de COVID-19: *Anales de Pediatría*, Volumen 94, Numero 3, Marzo 2021, Págs 173-178

10. Espinoza Quinteros, Jorge Alejandro, Asanza Rojas, Sofía Malo Malo, María José. Contacto piel con piel en épocas del COVID – 19: experiencias maternas en el Hospital Universitario del Río, Cuenca – Ecuador, 2020
11. Bedón Naranjo, Tatiana Mirella, Saavedra Sáenz, Carlos Delfín. Percepción de la Enfermera en el Fortalecimiento de la Lactancia materna en tiempos de Pandemia. Repositorio Institucional Universidad de Guayaquil, Setiembre 2021. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/58266>
12. Analuisa Jiménez, Eulalia Isabel Lda. Mg., Pallango Plasencia, Paola Estefanía. Percepción de la paciente embarazada sobre la asistencia a los controles prenatales durante la pandemia por covid-19. Repositorio Universidad Técnica de Ambato. Marzo 2021. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32586>
13. Montero-López E, Caparros-González RA. COVID-19 durante el embarazo: lactancia materna y transmisión vertical. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2020 Ago. [citado 2022 Mayo 20] ; 43(2): 277-279. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0882>.
14. Lizama Olga, Mucha Jorge, Chincaro María del Carmen, Giraldo Gaby, Salazar José, Agüero Karenina et al . Características epidemiológicas, clínicas, pre y posnatales de los neonatos, hijos de madre con la Covid-19, y del seguimiento hasta los 14 días post alta, en Lima-Perú. Rev. Med Hered [Internet]. 2021 Ene [citado 2022 Mayo 19] ; 32(1): 5-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v32i1.3942>.
15. Portocarrero Cuno, Joy Leslie, y Yurguen Alejandro Valdivia Sánchez. Características Clínicas, De Laboratorio Y Seguimiento En Recién Nacidos Hijos De Madre Con Covid-19 En El Hospital De Apoyo Camaná, Arequipa, Julio 2020- Marzo 2021. 2021. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10843>
16. García Monterola, Carmen Giuliana. Conocimiento y conducta de las madres puérperas, sospechosas y/o confirmadas con covid-19 sobre lactancia materna en el hospital III Yanahuara EsSalud – 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13486>
17. Pareja, L. Aspectos clínicos y diagnósticos del neonato hijo de madre COVID 19 en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el 2020 [Tesis]. : Universidad

Privada San Juan Bautista; 2021.

<http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3309>

18. Sarmiento Vilela, Luz Teresa. "Cuidados enfermero y vínculo afectivo la madre hijo en el servicio de neonatología. Hospital María Auxiliadora, San Juan de Miraflores, 2020." (2021).
19. Colaboradores de Wikipedia. Patrones funcionales de salud de Gordon [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre; 2022 abr 26, 07:30 UTC [cited 2022 May20]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Patrones funcionales de salud de Gordon&oldid=143142908](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Patrones_funcionales_de_salud_de_Gordon&oldid=143142908).
20. Mercer, R. T. Becoming a mother: Research on maternal identity from Ruby to the present. New York: Springer. 1995
21. Laura Alvarado, Luzmila Guarín, Wilson Cañón-Montañez. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de Enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Bucaramanga Ene. 2011
22. <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
23. <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/aetiology>
24. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/698197/RM_270-2020-MINSA.PDF
25. [www.gob.pe/uploads/document/file/582550/ANEXO - RM 193-2020-MINSA.PDF](http://www.gob.pe/uploads/document/file/582550/ANEXO_-_RM_193-2020-MINSA.PDF)
26. Duran et al. COVID-19 y la salud del recién nacido: revisión sistemática. Revista Panamericana de Salud Pública [internet]. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.54>
27. Kasano, Juan Pedro Matzumura, Luis Meza Santibáñez, Ither Sandoval Díaz. "Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19." Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal 9.1 (2020): 59-62
28. Mascarenhas, Víctor Hugo Alves, et al. "Recomendaciones asistenciales a la mujer en el parto y postparto y al recién nacido durante la pandemia de COVID-19:

revisión sistemática exploratoria." Revista Latino-Americana de Enfermagem 28 2020.

29. Armas-López, Marisel, et al. "Referentes sobre la atención a recién nacidos con sospecha o infección por SARS-CoV-2." Revista Información Científica 99.4 (2020): 398-409.

30. Organización Mundial de la Salud. Lactancia. <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

31. Alcántara Chavarría, Carhol Shirley Chuquichaico Napanga, Nelly Isabel Chujutalli Delgado, Yosselin. Características del contacto piel a piel y el inicio precoz de la lactancia materna del recién nacido a término. Lima – Perú 2017.

32. Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 2022 Mayo 20]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.

33. Morfi Samper Rosa. Gestión del cuidado en Enfermería. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2010 Mar [citado 2022 Mayo 19] ; 26(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es.

34. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ. Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero. 2015

35. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Definición de cuidados de enfermería. Publicado: 2012. Actualizado: 2021. Disponible en: <https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>

ANEXOS



Hospital II
Ramón Castilla

PROCEDIMIENTO

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RN EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN COVID 19

Versión: 01
Mayo 2022
Pagina:
1 al 2

Definición:

Son las medidas sanitarias necesarias destinadas a prevenir la infección horizontal de la COVID-19, que es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

Requisitos:

Materiales:

Kit EPP: guantes, mandil, lentes, mascarilla, gorro, protector facial.
Cuna de calor radiante.
Equipo de RCP neonatal.
Incubadora de transporte.

Humano:

Paciente
Médico Pediatra/neonatólogo
Enfermera neonatóloga
Técnica de Enfermería

	Descripción de Acciones	Responsable
	<u>ANTES DEL PARTO</u>	
01	Lavado clínico de manos, según guía.	
02	Colocarse el equipo de protección personal según protocolo antes de ingresar a la sala de partos.	Enfermera y Técnica de enf.
03	Preparar el material que se va a utilizar.	
04	Proporcionar a la madre alcohol gel para el lavado de manos, verificar la colocación correcta de la mascarilla.	
	<u>DURANTE EL PARTO</u>	
05	Recepcionar al recién nacido y brindar la atención inmediata, manteniendo la distancia apropiada con la madre, esta a su vez debe portar mascarilla en todo momento.	
06	Coordinar el clampaje tardío de cordón umbilical con el personal de obstetricia que está atendiendo el parto. Si neonato y la madre están estables, iniciar contacto piel con piel colocando al recién nacido en el vientre de la madre.	Enfermera
07	Realizar el procedimiento de identificación del RN, antropometría, Pelmatoscopia y profilaxis.	

<u>DESPUES DEL PARTO</u>		
08	Trasladar al neonato a la Sala de Aislados en Neonatología, en la incubadora de transporte para observar signos de alarma.	Enfermera Y Tec. Enf.
09	Si el neonato es producto de parto distócico (cesárea), se debe trasladar igualmente en incubadora de transporte directamente a la Sala de Aislados, donde se procederá a realizar el procedimiento de pelmatoscopia, antropometría y profilaxis.	Enfermera Y Tec. Enf.
10	Monitorizar al recién nacido: FC, FR, Tª y SO2 y vigilancia clínica. Eliminación de pañales y elementos de aseo en bolsas cerradas.	Enfermera
11	Pasar al recién nacido a alojamiento conjunto para amamantamiento solo si la madre está en condiciones, tomando las máximas precauciones de aislamiento y según indicación médica.	Enfermera
12	Si el recién nacido presentara síntomas respiratorios extremar las medidas de aislamiento y deberá permanecer en la incubadora con monitoreo permanente y las medidas de bioseguridad (higiene de manos, mascarilla, gorro, lentes, guantes, mandil) y propiciar la duración mínima de la estancia hospitalaria.	Enfermera Y Tec. Enf.
13	Alimentar con leche materna extraída según condición materna y/o fórmula láctea.	Enfermera
14	Se tomarán muestras virológicas, controles analíticos, Rx tórax, según indicación médica.	Enfermera
15	Si se confirma el diagnóstico de COVID 19 en la madre y el RN es negativo, se le observará 48 – 72 horas en alojamiento conjunto, según el estado clínico de la madre y de permanecer estable será dado de alta.	Enfermera
16	Si tanto la madre como el RN son COVID 19 positivo y si el RN está clínicamente estable, será dado de alta por el médico a cargo, y el aislamiento domiciliario se deberá mantener en el hogar. Procurar mantener el binomio-madre niño sin restricción, salvo otra indicación médica.	Enfermera
17	En algunos casos, se evaluará la restricción de la visita de familiares.	Enfermera
18	Al momento del alta, se dará las indicaciones por escrito y educación a la madre sobre el aislamiento domiciliario según necesidad.	Enfermera
19	Registrar las notas de enfermería en la Historia Clínica.	Enfermera

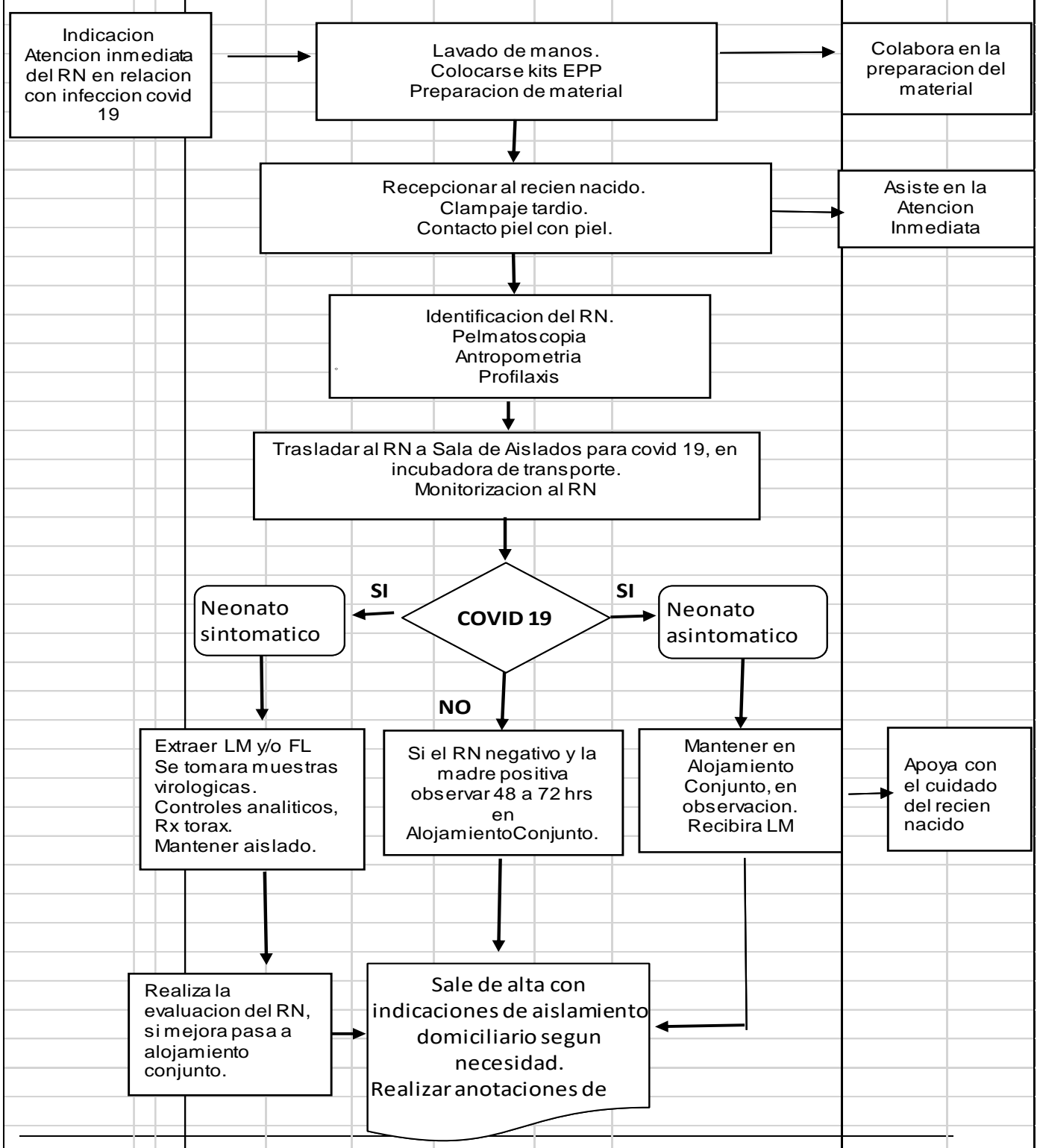
DEL RN EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN COVID 19


DESCRIPCIÓN ACTUAL:

UNIDAD ORGÁNICA: ENFERMERÍA **FECHA:** Mayo 2022

PROCEDIMIENTOS: ATENCIÓN DEL RN EN RELACION CON INFECCION COVID19 **PÁGINA:** 1

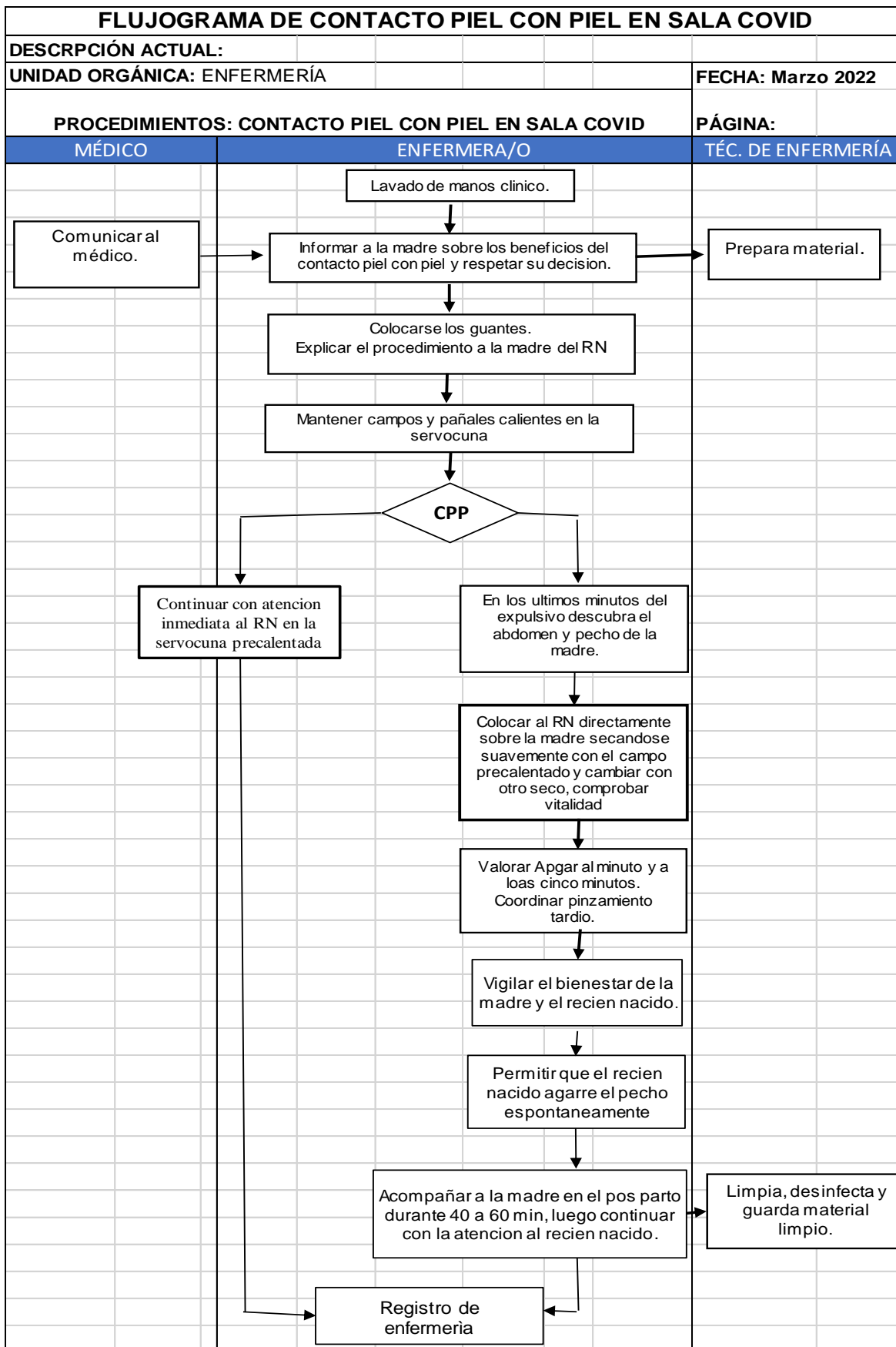
MÉDICO **ENFERMERA/O** **TÉC. DE ENFERMERÍA**



	SERVICIO DE NEONATOLOGÍA	VERSIÓN: 01	
		MES-AÑO: Agosto	Mayo 2022
HOSPITAL II RAMÓN CASTILLA	CONTACTO PIEL CON PIEL EN SALA DE PARTOS COVID-19		PÁGINA: 2
<p>DEFINICIÓN: Es la técnica que consiste en poner al recién nacido en contacto con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida.</p>			
<p>OBJETIVO: Implantar en el Hospital II Ramon Castilla el contacto piel con piel (CPP) inmediato en recién nacidos hijos de madre con covid-19.</p>			
<p>REQUISITOS:</p> <p>HUMANO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Enfermera/o * Técnico de enfermería <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcohol en gel Kits de protección personal. Mascarillas para la paciente Campos tibios estériles 			
N° DE PASO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	
1	Lavado de manos clínico, según guía.	Enfermera	
2	Preparar el material a emplear.	Tec. Enfermería	
3	Informar a la madre durante el periodo de dilatación de los beneficios del CPP y la importancia, respetando su decisión.	Enfermera	
4	Mantener paños, muletones, gorros y pañales calientes en la cuna térmica del paritorio que se mantendrá en modo precalentamiento.	Enfermera	

5	En los últimos minutos del expulsivo descubra el abdomen/pecho de la madre.	Enfermera
6	Colocar el RN directamente sobre la piel de su madre, secándole suavemente el dorso con un campo precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos y que tiene buen tono muscular.	Enfermera
7	Retirar el campo utilizado para secar al bebé y cubrir con otro seco y caliente, que no sobrepase los hombros del bebé para permitir el contacto visual.	Enfermera
8	RN debe mantenerse con las extremidades abiertas, flexionadas, la cabeza ladeada y ligeramente extendida, apoyada en el pecho materno, evitando la flexión e hiperextensión del cuello. Favorecer el contacto visual entre madre-hijo.	Enfermera
9	Realizar el Test de Apgar al minuto y a los 5 min sobre el cuerpo de la madre. Coordinar la realización del pinzamiento tardío del cordón hasta cuando deje de latir.	Enfermera
10	Vigilar el bienestar de la madre y del RN, evaluando su coloración, respiración y tono muscular. durante todo el proceso.	Tec. Enfermería
11	Permitir que el RN se agarre al pecho espontáneamente, sin forzar la primera toma, dejando que se mueva hacia el pecho y ponga en marcha los reflejos de arraigo (succión del puño, búsqueda, lametadas). Se puede facilitar el acceso al pecho, pero es importante dejar que realice el agarre espontáneo.	Enfermería
12	Acompañar a la madre en el postparto, durante 40 a 60 minutos, proporcionar una postura cómoda que le permita interactuar y mirar a su hijo, animándola a tocarle y acariciarle, respetando sus deseos y su intimidad.	Enfermera y Tec. Enf.
13	Continuar con la atención al recién nacido.	Enfermera
14	Realizar los registros de enfermería en Historia clínica.	Enfermera

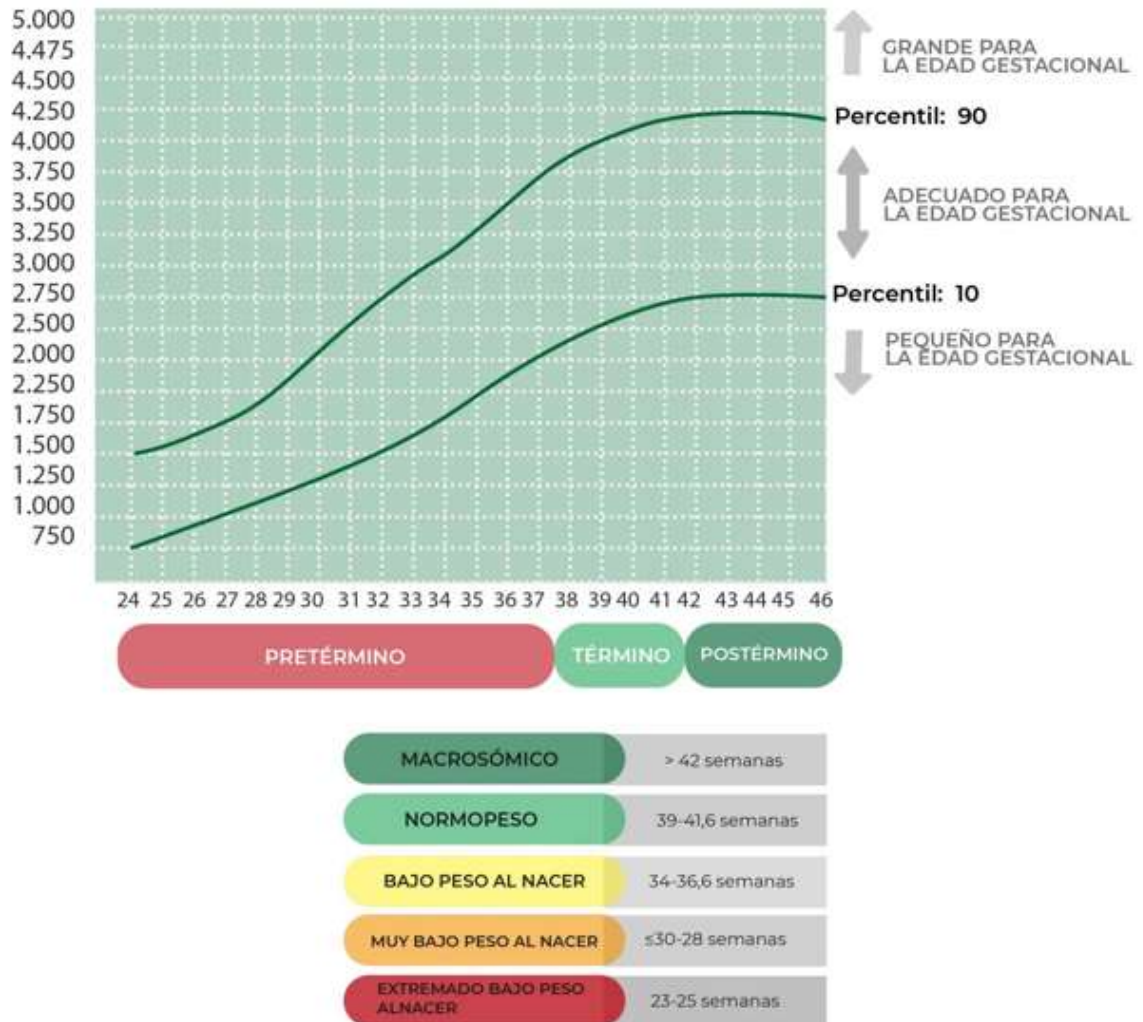
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



FUENTE: ELABORACION PROPIA

ANEXO 4.

Clasificación del RN según el Peso Gestacional



Según el **peso para** la madurez estimada, los RN se clasifican como:
Adecuados **para la edad gestacional** (AEG): entre percentiles 10 - 90.
Grandes **para la edad gestacional** (GEG) : superior a percentil 90.
Pequeños **para la edad gestacional** (PEG) : inferior al Percentil 10.

ANEXO 5.

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación se interpreta así:

1. Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
2. Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
3. Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
4. Recién nacido con 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa.

En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios, herramienta muy útil para evaluar recién nacido con diagnóstico covid 19. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene el mejor pronóstico que la puntuación más elevada.



FOTO 1. REALIZANDO EL CONTACTO PIEL CON PIEL EN LA ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON COVID 19. MANTENIENDO EN TODO MOMENTO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.



FOTO 2. EL CONTACTO PIEL CON PIEL TIENE UNA DURACION DE 40 A 60 MINUTOS, EL RECIEN NACIDO DEBE INICIAR LA LACTANCIA MATERNA.



FOTO 3. EL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA DE NEONATOLOGIA PARTICIPA EN EL PROCEDIMIENTO, BRINDA APOYO EMOCIONAL A LA MADRE.



FOTO 4. FORTALECIENDO EL VINCULO MATERNO EN EL AREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DE AISLADOS CON COVID 19.



FOTO 5. PERSONAL DE ENFERMERIA APOYANDO EN TODO MOMENTO AL BINOMIO MADRE – HIJO. BRINDA EDUCACION A LA MADRE CON TRATO HUMANIZADO.



FOTO 6. SALA DE PARTOS COVID FUE IMPLEMENTADA A RAIZ DE LA PANDEMIA.



FOTO 7. EN SALA DE PARTOS COVID, AREA DE ATENCION INMEDIATA AL RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON COVID 19.



FOTO 8. SE IMPLEMENTO DENTRO DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA UN AREA DESTINADA PARA AISLAR AL RECIEN NACIDO CON COVID 19 O CON SOSPECHA, HIJO DE MADRE CON COVID-19, DONDE SE BRINDA ATENCION DE ENFERMERIA TENIENDO EN CUENTA LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO HORIZONTAL.