

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS PREMATUROS CON
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL II HUAMANGA - ESSALUD.
AYACUCHO. 2021**

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

IVETH ALCA PILLPE

**Callao, 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES MIEMBRO

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 001-2021

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 10 DE MARZO DEL 2021

Resolución de Consejo Universitario: Nº 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre
del 2018

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi padre que guía mi camino desde el cielo.

A mi madre, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación y su apoyo incondicional.

A mis hermanos quienes han sido mi inspiración para ser mejor cada día.

A mi novio y amigo José por ser alguien muy especial en mi vida y por demostrarme que en todo momento cuento con él.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mis amados padres, por su apoyo incondicional.

A mis estimados docentes, por compartir sus conocimientos.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

Introducción.....	2
Capítulo I.	
Descripción de la situación problemática.....	4
Capítulo II.	
Marco teórico	
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedente Internacional.....	6
2.1.2 Antecedente Nacional.....	9
2.2 Bases Teóricas	
2.2.1 Paradigmas de enfermería.....	11
2.2.2 Modelos teóricos.....	13
2.3 Bases Conceptuales	
2.3.1 Fisiología Respiratoria.....	16
2.3.2 Síndrome de dificultad respiratoria.....	17
2.3.3 Revisión histórica del síndrome de dificultad respiratoria.....	17
2.3.4. Aspectos clínicos.....	18
2.3.5. Factores de riesgo.....	20
2.3.6. Estrategias para el manejo del pulmón inmaduro.....	21
2.3.7. Avance del manejo de prematuros extremos.....	22
2.3.8 Cuidados De Enfermería	24
Capitulo III	
Plan De Cuidado De Enfermería	
Valoración.....	26
Diagnóstico.....	34
Plan de cuidados de enfermería en neonatos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria	35
Ejecución.....	46
Evaluación.....	47
Registro De Enfermería, Soapie	50
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Referencias Bibliográficas.....	54
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud indica que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de recién nacidos prematuros, es decir, más de uno en 10 nacimientos. El prematuro es el bebé nacido antes de las 37 semanas de gestación y tiene un peso al nacer menor de 2,5kg y por la inmadurez pulmonar que presenta el 20% de ellos padecen de patologías respiratorias (1). Estudios epidemiológicos en un Hospital Materno Infantil de México y en 5 hospitales del Perú concluyen que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la principal causa de morbilidad en los recién nacidos prematuros (2,3). Esta patología se presenta por la inmadurez en el desarrollo fisiológico y anatómico pulmonar del prematuro, cuyo déficit de surfactante impide mantener un intercambio gaseoso adecuado (4). Con todo ello el recién nacido prematuro requiere de su hospitalización por su inestabilidad fisiológica.

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara al Proceso Enfermero (P.E.) como “un sistema de intervenciones propias de Enfermería sobre la salud del individuo, familia y comunidad” que asume el uso del método científico para identificar las necesidades de salud; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades y empatan los cuidados que hay que proporcionar a un paciente y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones y proporcionar cuidados oportunos, de calidad y calidez (5).

El presente trabajo corresponde a un P.E. aplicado a una paciente con diagnóstico médico de prematuridad con distrés respiratorio; su elaboración es de suma importancia ya que mediante el P.E. podemos detectar diversas necesidades de salud identificando rápidamente los diagnósticos de enfermería reales, de riesgo y de salud. La valoración se realizó con el apoyo del instrumento de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, modificado para paciente neonato, el cual proporcionó los datos necesarios para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería que consisten en un juicio clínico acerca del estado de salud del paciente, se realizó tomando en cuenta las diferentes etiquetas o categorías diagnósticas de la NANDA.

En cuanto al desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidado de enfermería para el paciente neonato con distrés respiratorio, el cual contiene la justificación, objetivo y plan de cuidado de enfermería propiamente dicho, el cual detalla de manera secuencial el proceso de atención de enfermería que se le brinda al paciente desde su recepción en el servicio de atención inmediata de neonatología hasta que es trasladado al servicio de Hospitalización. Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería, es un conjunto de pasos que se ejecutan de forma sistemática y paralela, basada en el cuidado humano y holístico de la persona, las cuales son: Valoración, Diagnostico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

El Presente trabajo académico consta de III capítulos de estudio los cuales se detallan a continuación: Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de cuidados de un caso relevante, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Las afecciones respiratorias neonatales pueden surgir por varias razones: adaptación tardía o mala adaptación a la vida extrauterina, afecciones existentes, como anomalías quirúrgicas o congénitas, o por afecciones adquiridas, como infecciones pulmonares, que ocurren antes o después del parto. Una de las enfermedades respiratorias con mayor incidencia en los prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o también conocida como enfermedad de la membrana hialina, la cual se debe a un déficit de surfactante en los pulmones; el surfactante reducido da como resultado un mayor esfuerzo respiratorio requerido para expandir el pulmón con cada respiración y una mayor probabilidad de colapso alveolar al final de la expiración. El surfactante se produce por neumocitos tipo 2 a partir de la semana 24 de gestación y los niveles incrementan con el aumento de la edad gestacional, es por ello, que se ve una mayor incidencia en prematuros (1).

Por otra parte, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que en el año 2019 cerca de 5,2 millones de niños durante su primer día de vida han fallecido, lo cual corresponde en un 46% a partos prematuros, asfixias. Insuficiencia respiratoria e infecciones (2). Así mismo, se ha evidenciado que en Italia durante el año 2015 se estimó que el 2,2% de los nacimientos se complicaron por un trastorno respiratorio, siendo el motivo más común de ingreso en una unidad neonatal tanto en recién nacidos a término como en prematuros (3) Otro estudio realizado en Pakistán también durante el 2015 reveló que el 20,5% de todos los ingresos neonatales mostraban signos de dificultad respiratoria (4). Las afecciones respiratorias pueden afectar tanto a los recién nacidos a término, pero existe una mayor incidencia en prematuros por la falta de surfactante.

Ahora bien, durante el año 2015 en Latinoamérica se ha visto un aumento del síndrome de dificultad respiratoria de manera que se ha visto afectado un 60% de los neonatos con una edad de gestión de 28 semanas y se ha evidenciado una incidencia del 5% en aquellos con un tiempo de gestación de 34 semanas, se ha

percibido que la incidencia de esta afección se debe en su mayoría a la cesárea, asfixia perinatal, infecciones, fármacos administrados y en mayor medida al nacimiento prematuro por la falta de desarrollo pulmonar del neonato (5). Por otro lado, a nivel nacional durante el año 2016 de acuerdo el Análisis de Situación de Salud del año 2016 realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) Cajamarca se posicionó como el departamento con mayor índice de mortalidad neonatal (6), además de acuerdo con el boletín Epidemiológico del Perú emitido por el MINSA en el año 2017 se evidenció que el 77% de los recién nacidos prematuros presentaron el desarrollo de membrana hialina o insuficiencia respiratoria, donde un 36% de estos falleció durante las primeras 24 horas de vida, se reveló también que un 9% de las defunciones ocurrieron a domicilio (7).

Por otra parte, a nivel local en el servicio de neonatología del hospital II de Huamanga CARLOS TTUPPIA GARCIA - GODOS"- ESSALUD se han venido implementados los protocolos establecidos por la institución para el cuidado de los neonatos, lo cual ha sido un aporte específico para una buena atención del prematuro. Sin embargo, se han reportado complicaciones con los neonatos de las madres menores a 18 años y las madres mayores de 35 años, por ejemplo, estos han presentado neumotórax, hemorragia intracerebral, hemorragia intrapulmonar, displasia broncopulmonar, dificultad respiratoria, retraso en el desarrollo mental y otros.

Además, de acuerdo con los datos estadísticos del Hospital II Huamanga - ESSALUD durante el año 2020 se ha reportado el nacimiento de 80 prematuros con complicaciones, por ejemplo, 20 presentaron dificultad respiratoria, 42 presentaron taquipnea transitoria, 12 presentaron síndrome de aspiración meconial, 6 presentaron neumotórax y fallecieron 4; esto sin lugar a duda presenta una tasa alta de ingreso hospitalaria que pone en alerta a todo el personal médico, ya que, no se tiene en claro todos los factores condicionantes y las características generales tanto de la madre como del recién nacido que predisponen para la prevalencia de este síndrome.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedente Internacional

SABZEHEI, M; BASIRI, B; SHOKOUHI, M; FAYYASI, A. (2017) en su investigación Causes and Outcomes of Respiratory Distress in Neonates Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of Be'sat Hospital in Hamadan, Iran. Hamadan, Iran. Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 93 recién nacidos. Los principales resultados demuestran que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) se debió en un 36,6% a la neumonía, en un 30,01 a la taquipnea transitoria del recién nacido, se presentaron factores como el bajo peso al nacer de 727,9 gramos y la muerte por la enfermedad en un 19,3%. Se concluye que los factores asociados a la enfermedad son el bajo peso al nacer con una correlación significativa, dado que, la mayoría requirió ventilación mecánica (8)

KOMMAWAR, R. BORKAR, R. VAGHA, J.A LAKHKAR, B. RMESHAM, R.TAKSANDAE, A (2017) en su investigación Study of respiratory distress in newborn. Maharashtra, India. Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 104 recién nacidos, el 19,25% presentaron un peso menor a 1000gr, el 48,25% presento un peso entre 1000gr y 14999gr, se observó que los que presentaban este síndrome tenían menos de 6 controles prenatales, en un 70% la cesárea afectaba el desarrollo del síndrome, se encontró como: una tasa de supervivencia del síndrome del 78,5% y una tasa de mortalidad del 21,5%. Se concluye que las causas más comunes para el desarrollo del síndrome son el bajo peso al nacer, el sexo masculino, la cesárea y la falta de controles prenatales. (9)

QARI, S; ALSUFYANI, A; MUATHIN, S.MARGOUSHY, N. (2018) en su investigación Prevalence of Respiratory Distress Syndrome in Neonates. Taif, Arabia Saudita Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 203 recién nacidos. Los principales resultados revelan que El 57,1% de los recién nacidos eran del sexo masculino y el 42,9% eran del sexo femenino, 4. El 4% de los bebés fueron prematuros extremos, el 86,5% fueron prematuros, el 4,4% fueron prematuros tardíos y el 4,7% fueron a término, la tasa de prevalencia del síndrome respiratorio en recién nacidos fue de 54,7%. Se concluye que el síndrome respiratorio es uno de los principales problemas entre los recién nacidos y una de las principales razones del aumento de la morbilidad y la mortalidad entre los lactantes. Los bebés prematuros son el principal factor de riesgo para el desarrollo del síndrome respiratorio. Las enfermedades de la madre, especialmente la hipertensión y la diabetes, son factores de riesgo muy importantes de la enfermedad en los bebés prematuros. El parto por cesárea, especialmente en bebés prematuros y el sexo masculino, sigue siendo otros factores de riesgo importantes para el síndrome respiratorio (10).

ASMARE, Y. MEKONEN, H. YIRGA, T. HABTEWOLD, T. ENDALAMAW, A (2019) en su investigación Incidence of Respiratory distress and its predictors among neonates admitted at neonatal intensive care unit, Black Lion Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2018. Fue un estudio metodológicamente analítico retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 517 recién nacidos entre 2013 a 2018. Los principales resultados demuestran que la proporción de dificultad respiratoria entre los recién nacidos ingresados en Black Lion unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital especializado fue 42,9% (IC 95%: 39,3-46,1%) con incidencia de 8.1 / 100 (95% CI: 7.3, 8.9)). Siendo hombre [AHR = 2.4 (95% CI: 1.1,3.1)], los recién nacidos por cesárea [AHR: 1, .9 ((95% CI: 1.6,2.3)] diabetes mellitus materna [AHR 2.3 (95% CI: 1.4, 3.6)], parto prematuro [AHR: 2.9 (95% CI: 1.6, 5.1)] y una puntuación APGAR inferior a 7 [AHR: 3,1 (IC del 95%: 1,8; 5,0)] fueron significativas predictores de dificultad respiratoria. Se concluye que Se encontró que la incidencia de dificultad respiratoria entre los recién nacidos es alta, esto se debe a que han nacido

por cesárea, prematuros, presentan una puntuación APGAR <7, y además los nacidos de madres diabéticas tenían más probabilidades de desarrollar angustia (11).

ASASI, C (2019) en su investigación Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y factores asociados de los recién nacidos ingresados al servicio de neonatología del Hospital Regional de Ciudad del Este, Periodo de Enero 2017 a Diciembre 2018. Coronel Oviedo – Paraguay. Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 216 recién nacidos. Los principales resultados revelan que un 43% de los recién nacidos presento dificultad respiratoria, la edad oscilo entre menores de 18 años con un 23% y mayores de 35 años con un 31%, un 62% no cumplió con el número mínimo aceptable de controles prenatales, se observó que las madres de los neonatos con dificultad respiratoria tuvieron diabetes gestacional en un 23%, un 62% presentó hipertensión, y una rotura prematura de membrana en un 20%, por otra parte, también se registró un peso al nacer por debajo de 1500 gr a 2500gr en un 44% y un predominio del sexo femenino en un 55%. Se concluye que los factores con mayor prevalencia para el desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria es el bajo peso al nacer, la edad de la madre, la falta de controles y el bajo peso al nacer (12).

RIJAL, P. SHRESTHA, M. (2018) en su investigación Scenario of Neonatal Respiratory Distress in Tertiary Hospital. Katmandú, Nepal. Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 109 recién nacidos. Los principales resultados demuestran que los recién nacidos desarrollaron dificultad respiratoria que representa el 34,3%, las causas comunes de dificultad respiratoria fueron el meconio síndrome de aspiración en 21,1%, septicemia en 16,5%, taquipnea transitoria del recién nacido en 15,5%, neumonía en 14,6%, la asfixia al nacer y la enfermedad de la membrana hialina se presentaron en cada 11,9% de los recién nacidos. Se concluye que la cesárea fue el factor más asociado con el desarrollo de taquipnea transitoria del recién nacido en el 82,3% de los recién nacidos ($p = .001$). La tasa de mortalidad global por dificultad respiratoria fue del 12,8% (13).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

CONTRERAS, D. (2017) en su estudio de tesis "Factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria neonatal en el Hospital Regional de Ayacucho, Periodo Enero a Diciembre de 2016" Puno, Perú. Fue un estudio metodológicamente observacional, retrospectivo, descriptivo y los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de 307 recién nacidos. Se evidencia que el 63.5% de los pacientes con dificultad respiratoria presentaban bajo peso al nacer, el tiempo de gestión fue de 25 a 43 semana, además, se presentó un predominio de recién nacidos prematuros moderados a tardíos, por otra parte, el apgar al minuto tuvo una media de 6pts. Se puede concluir que los principales factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria son la falta de controles adecuados, madres mayores a 35 años, múltiparas, predominancia en taquipnea transitoria y madres adolescentes. (14).

GUTIERREZ, Y. (2019) en su tesis "Incidencia y Factores asociados a la enfermedad de membrana hialina Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017 – 2018" Lima, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio análisis de casos y controles, retrospectivo, comparativo, se recogió la información a través de una guía de observación a 101 recién nacidos. Los principales factores asociados con la enfermedad de membrana hialina durante el 2017 a 2018 fueron en un 41,12% la sepsis neonatal, 28,04% retinopatía de la prematuridad en 30 neonatos, 8,41% ictericia neonatal, 2,80% hipoglicemia neonatal, 2,80% conjuntivitis. Se concluye que, el principal factor con una fuerte asociación biológicamente sustentable con la membrana hialina es la prematuridad, se obtuvo un OR 5112.00, IC 313.62-83326.49, Chi Cuadrado 132.25 y un $p=0-001$ y, el segundo factor con mayor asociación es la administración de corticoides prenatales con los siguientes valores OR 125.62, IC 16.4- 957.8, Chi Cuadrado 61.15 y un $p=0.00001$ (15).

ARGOMEDO, M & GUZMAN, J (2019) en su investigación "Factores de riesgo perinatales en Enfermedad de Membrana Hialina en el Hospital "La Caleta" 2018" Nuevo Chimbote, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio de casos y controles, analítica, retrospectivo, transversal, se trabajó con una guía de observación para el recojo de datos de 132 historias clínicas. Los principales resultados arrojan que el factor sociodemográfico más asociado con la enfermedad

de membrana hialina es el masculino, puesto que presento una diferencia significativa de 0,003 con un OR de 3,138; mientras que dentro de los factores clínicos se presentaron el peso al nacer, la administración de esteroides y la edad gestacional en cada uno de ellos se presentó una diferencia significativa de 0,002; 0,000 y 0,008. Por otra parte, entre los factores a nivel patológicos asociados se presenta la ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional y la cesárea sin trabajo de parto con una diferencia significativa de 0,001, 0,002 y 0,002. Se concluye que los factores de riesgo de esta enfermedad de síndrome respiratorio son el sexo masculino, una edad gestacional menor a 28 semanas, peso al nacer menor a 1000gr, la diabetes gestacional y la cesárea sin trabajo de parto (16).

PREVOST, Y. (2019) en su estudio de tesis titulado Síndrome de dificultad respiratoria neonatal en prematuros de muy bajo peso al nacer, pequeños para edad gestacional. Estudio multicéntrico sudamericano. Lima, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio de casos y controles, analítica, retrospectivo, transversal, se trabajó con una guía de observación para el recojo de datos de 10563 registros completos de prematuros menores de 32 semanas. Los principales resultados demostraron que los prematuros al nacer estaban por debajo del percentil 10 según la curva de Fenton (expuestos) y entre los percentiles 10 y 90 (no expuestos), de gestaciones únicas y sin malformaciones congénitas. Se estimó el OR asociativo ajustado por edad gestacional, peso, sexo, uso de corticoides antenatales, sepsis temprana, hipertensión y diabetes maternas con regresión logística multivariada y multinivel (niveles pacientes y centro). Se concluyó que no se encontró asociación entre la condición “pequeño para edad gestacional” y el desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria al nacer (OR=1.07, 0.92-1.24) (17).

RODRIGUEZ, F. (2020) en su estudio de tesis titulado Factores de riesgo asociados a enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega periodo enero – diciembre 2018. Puno, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio de casos y controles, analítica, retrospectivo, se utilizó una guía de observación para el recojo de datos de 20 prematuros. Los principales resultados revelan que los factores con mayor prevalencia en el desarrollo de la enfermedad de membrana hialina son, número

de controles prenatales menores a 6 (OR=6,231; $p<0,01$), la edad gestacional menor de 34 semanas (OR=32,249; $p<0,01$), peso al nacer menor a 2500 gr (OR=39,462; $p<0,01$), Sufrimiento Fetal Agudo (OR=13,000; $p<0,01$). Se concluye que los factores asociados con mayor prevalencia son el número de controles, el peso al nacer y la edad gestacional (18).

LINARES, E. (2020) en su estudio de tesis titulado Incidencia de enfermedad de membrana hialina en prematuros de bajo peso al nacer en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero-diciembre 2019. Cajamarca, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio de casos y controles, analítica, retrospectivo, se utilizó una guía de observación para el recojo de datos de 36 historias clínicas. Los principales resultados demuestran que el 24.56% de los recién nacidos fueron prematuros y presentaron bajo peso en un 16.49% de bajo peso, el 27.69% presento enfermedad de Membrana Hialina, y un 41.67 % de grado II, el 58.33% fue de sexo masculino, la edad gestacional fue de 28 a 31 semanas en un 55,56%. Se concluye que el mayor porcentaje de recién nacidos con la enfermedad de membrana hialina presento bajo peso al nacer en un 27,69% (19).

CORDOVA, E. (2020) en su estudio de tesis titulado Factores Asociados a la Enfermedad de Membrana Hialina en Neonatos del Hospital de Chancay, 2016-2018. Huacho, Perú. Metodológicamente la investigación fue un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, se trabajó con una guía de observación para recoger los datos de 50 neonatos con membrana hialina. Los principales resultados revelan que el desarrollo de la membrana hialina está asociada al sexo masculino al 76%, parto vaginal en un 52%, patologías maternas desde antes de estar en gestación en un 86%. Se concluye que la prevalencia del desarrollo de Membrana Hialina en Neonatos se debió al bajo peso al nacer, al sexo masculino, la patología materna más frecuente durante la gestación fueron las ITU, el parto eutócico fue ligeramente mayor al distócico. (20)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Paradigmas de enfermería

Una de las actividades humanas más antiguas es el cuidado, puesto que, desde las primeras civilizaciones se podían identificar miembros que se encargaban de realizar tareas para el cuidado de las personas conservación de la vida. Por tanto, se considera que desde tiempos remotos la humanidad ha necesidad ayuda para sobrevivir en momentos de dependencia, enfermedad y fragilidad (21).

A partir de esta necesidad de conservación fueron surgiendo paradigmas basados en los postulados, conceptos e ideas que los teóricos tenían en común. A continuación, se presentan los tres principales paradigmas relacionados con el estudio.

A. Paradigma de categorización

Bajo este paradigma los fenómenos se simplifican para poder analizarse cuantificarse y posteriormente clasificarse, el objetivo de ello es encontrar la causa de la enfermedad. Así mismo, se pueden distinguir dos orientaciones principales: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad; la primera se caracteriza por mejorar las condiciones higiénicas y, la segunda en mejorar la condición de la salud el paciente. La principal exponente de estos paradigmas fue Florence Nigthingale, quien basó su interés en aplicar los principios de higiene pública en el uso de conocimientos estadísticos, comparativos y en la enseñanza rigurosa y formal hacia los demás. (22)

B. Paradigma de la integración

Fue uno de los paradigmas con mayor prevalencia entre los años 1950 y 1975 y, coincidió con el auge del modelo biopsicosocial. A diferencia del paradigma anterior, en este los fenómenos son integrados en circunstancia particulares y, además, se encontró fuertemente influenciado por la psicología. El elemento central de este paradigma es el ser humano y se le concibe como un todo que está formado por la suma de cada una de sus partes que s e interrelacionan.

El cuidado del ser humano bajo este paradigma es constantes, además el paciente es el protagonista y adquiere una gran responsabilidad en su proceso de sanación (23).

C. Paradigma de transformación

Bajo este paradigma se concibe a la persona de manera holística, es decir, como un ser que posee múltiples dimensiones que conforman una unidad y es indisoluble. Así mismo, se conceptualiza la salud como una experiencia que engloba tanto el entorno como el ser humano.

Por otra parte, este paradigma incentiva que los individuos se comprometan y formen parte en la mejora de su salud y la conservación de la misma. Los principales representantes de este paradigma fueron Rogers (1970), Parse (1981), Newman (1983), Watson (1985), etc (24).

2.2.2 Modelos teóricos

Los modelos teóricos en enfermería se conceptualizan como representaciones que permiten entender aquello que no es tangible, es decir, son abstracciones simbólicas de la realidad enfermera que busca la descripción de conceptos y la interrelación entre los mismos, al mismo tiempo que busca ofrecer una propuesta del funcionamiento de la realidad.

Así mismo, estos modelos buscan representar el ideal de lo que la enfermería deberá ser conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser (25). A continuación, se presentan los modelos teóricos relacionados con el estudio.

A. Modelo de Maryori Gordon.

Marjory Gordon en los años 70 elaboró un sistema de valoración que cumple con los requisitos esenciales para poder hacer una valoración eficaz, por lo tanto, se posiciona como una herramienta útil en la valoración de cualquier modelo disciplinar, ya que, se basa en 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, los cuales son comunes en la mayoría de los pacientes y pueden

contribuir en la mejora de su salud, calidad de vida y el logro de su potencial (26).

A continuación, se presentan los 11 patrones funcionales propuestos:

- Percepción manejo de la salud
- Nutricional metabólico.
- Eliminación.
- Actividad ejercicio.
- Sueño descanso.
- Cognitivo perceptual.
- Autopercepción auto concepto.
- Rol relaciones.
- Sexualidad reproducción.
- Adaptación tolerancia al estrés.
- Valores y creencias.

Patrones funcionales alterados dentro del Síndrome De Dificultad Respiratoria Neonatal y sus complicaciones y secuelas.

Patrones: Percepción manejo de la salud, Nutricional metabólico, Actividad ejercicio, Cognitivo perceptual, Rol relaciones

B. Teoría de Virginia Henderson

El objetivo de la enfermería desde el punto de vista de Henderson es facilitar a la persona el alcance de un grado mayor de armonía entre su mente, cuerpo y el alma con el propósito de engendrar procesos de autoconocimiento con respeto a los autocuidados que debe mantener para estar estable en su enfermedad; para que esto pueda ser alcanzado Henderson señala que debe seguirse un proceso de asistencia de persona a persona. El objetivo de la enfermería de acuerdo con el modelo es lograr un nivel óptimo en el desarrollo del potencial de la persona para que pueda satisfacer sus necesidades básicas en función de su edad, sexo o su etapa de desarrollo (27).

C. Teoría de Martha Rogers

Rogers afirma que los seres humanos son un centro unitario de energía que se coaliciona con los campos de energía que tiene en su entorno, en esta teoría se considera a la enfermería como una labor que se aprende desde la ciencia y se perfecciona como el arte en la práctica y, por ende, se refiere que esta profesión es una ciencia humanística dedicada a la compasión, la cual se aboca a promover y mantener la salud, al igual que a la prevención, asistencia y rehabilitación de enfermedades. El objetivo de esta teoría propuesta por Martha Rogers es que la enfermería procure que se promueva una interacción armoniosa entre el hombre y su ambiente (28).

D. Teoría de Dorothea Orem

La teoría de Dorothea Orem aborda al paciente de forma integral en función de situar los cuidados básicos a favor de la persona, es decir en pro de mejorar su calidad vida. Así mismo, en esta teoría, se conceptualiza a la enfermería como la ciencia y el arte que base sus cimientos en el humanismo, puesto que busca brindar apoyo a la persona para que tenga una mejor autonomía, logrando así un mayor grado de independencia. En conclusión, esta teoría propone que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia salud (28).

E. Teoría de Jean Watson

La teoría de Watson forma parte de la Escuela del Caring (cuidado), las teorías provenientes de esta escuela plantean que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si estas se abren hacia dimensiones como la espiritualidad y la cultura, de tal forma que puedan vincular sus conocimientos con estas dimensiones para mejorar la situación del paciente. En conclusión, la teoría de Watson convoca al personal de enfermería a comprender la mutua relación entre pensamientos, emociones y comportamiento y realizar un enlace con sus conocimientos para dar lo mejor de sí (29).

F. Teoría de Florencia Nithangale

Nightingale plante el fundamento de su teoría en el entorno, las condiciones y fuerzas externas que generan una influencia en la vida de la persona. El objetivo es situar al ser humano en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar sobre él y logre evitar la enfermedad o bien alcanzar su recuperación total. En conclusión, la actividad de la enfermera se encuentra orientada hacia la modificación del entorno del paciente como un instrumento de mejora en sus condiciones de vida personales y de la comunidad que le rodea (30).

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1 Fisiología respiratoria

Para poder tener un mayor alcance en relación a los problemas respiratorios normales es necesario comprender la fisiología respiratoria normal. En base a ello, la función del pulmón en el feto es la producción del líquido pulmonar, en la última etapa del embarazo el líquido es capaz de pasar a tráquea y aportar al líquido amniótico todas las sustancias requeridas inclusive el surfactante.

Durante la etapa de gestación el feto presenta intermitentemente movimientos respiratorios, los cuales pudieran servir para movilizar el líquido pulmonar y entrenar su función en el nacimiento. Por otra parte, los principales cambios fisiológicos posnatales son:

- a. Altas presiones en primeras respiraciones
- b. Eliminación de líquido pulmonar
- c. Caída de resistencia vascular pulmonar
- d. Constricción y cierre funcional del ductus arterioso

Así mismo, es importante considera en el período postnatal las siguientes características fisiológicas:

- a. Resistencia pulmonar elevada
- b. Baja distensibilidad pulmonar
- c. Caja torácica distensible
- d. Respirador nasal
- e. Baja Capacidad Residual Funcional
- f. Alta frecuencia respiratoria
- g. Menor respuesta ventilatoria al CO₂ en prematuros
- h. Respuesta “paradojal” a la hipoxemia
- i. Aumento de espacio muerto en prematuro
- j. Ventilación minuto alta
- k. Reflejos activos de Hering Breuer y de Head
- l. Alto consumo de oxígeno para respiración
- m. Mayor musculatura de arterias pulmonares (31)

2.3.2. Síndrome de dificultad respiratoria

Uno de los síndromes más comunes en los neonatos prematuros es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), el cual se debe a un déficit de surfactante en los pulmones. Así mismo, la incidencia varía con las gestaciones, con la presencia de diabetes en la madre y aquellos bebés nacidos con menos de 37 semanas (32).

El surfactante se produce por neumocitos tipo 2 a partir de la semana 24 de gestación y los niveles incrementan con el aumento de la edad gestacional, es por ello, que se ve una mayor incidencia en prematuros. Se ha estimado que los bebés a término con un peso de 1000gr es diez veces mayor que la cantidad notada en los pulmones de los neonatos que desarrollan el SDR (33).

Entre las principales funciones del surfactante se destacan el poder estabilizar el tejido pulmonar durante la aspiración para el colapso pulmonar, la reducción de la tensión superficial alveolar o la fuerza de cohesión molecular, proteger el pulmón de la injuria endotelial y epitelial, proveer de defensas contra la infección (34)

2.3.3. Revisión histórica del síndrome de dificultad respiratoria

El SDR históricamente fue registrado y descrito por Hochheim a principios del siglo XX y fue representado como el líquido amniótico era aspirado. Los pediatras y obstetras de la época se sorprendían por las observaciones realizadas por los patólogos, quienes referencia que la enfermedad era provocada de membranas alveolares transparentes y brillantes (hialinas) encontradas en los pacientes fallecidos; sin embargo, esta conceptualización se aceptó hasta 1950 cuando se pudo distinguir un patrón mediante una descripción radiológica un patrón retículo granular en la atelectasia neonatal en los recién nacidos (RN) que aspiraban líquido amniótico.

Paralelamente, las investigaciones de Pattle, Clements y Brown dieron a conocer que una baja tensión superficial en los pulmones era necesaria para el adecuado funcionamiento pulmonar, sin embargo, no es hasta 1959 con la investigación de Avery y Mead titulada "Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane disease" (Propiedades de superficie en relación a atelectasias y enfermedad de membrana hialina) donde se comprendió completamente de la relevancia de sus hallazgos, pues evidenciaban que los neonatos con esta enfermedad tenían falta de un material en el alveolo y que esta era la responsable de la baja tensión superficial (35).

En esta línea continuaron los estudios de la mano de Adams y Fujiwara, donde pudieron determinar por cromatografía que los componentes de la sustancia activa de superficie eran predominantemente lecitina y esfingomielina. Así mismo, otros estudios evidenciaron que los pulmones con actividad de superficie pobre tenían una cantina menor en fosfolípidos, además de un porcentaje reducido de lecitina. Lo cual evidenciaba que la disfunción pulmonar de los recién nacidos prematuros con SDR se debía a una cantidad reducida de estos componentes activos más que a la reducción de la calidad de los lípidos.

Durante 1980 Fujiwara utilizó surfactante en los seres humanos los estudios siguientes confirmaron que los surfactantes naturales de diversas fuentes y los compuestos sintéticos comerciales lograban mejorar la función pulmonar y se podía así disminuir la mortalidad neonatal ocasionada por este síndrome (36).

2.3.4. Aspectos clínicos

Los recién nacidos con este síndrome en su mayoría son prematuros, las manifestaciones clínicas son el producto de la función pulmonar anormal y la hipoxemia; este síndrome se presenta rápidamente después del nacimiento, en la cual los neonatos llegar a presentar un cuadro de taquipnea, diversos grados de dificultad respiratoria, la pérdida del volumen en el pulmón con el déficit de surfactante.

Generalmente, La radiografía de tórax pone en evidencia que los pulmones están mal inflados, pues presentan una apariencia de vidrio de sombreado nodular reticular a lo largo de los campos pulmonares y broncogramas aéreos (37)

Otros signos típicos del SDR son un esfuerzo compensatorio para prevenir el colapso alveolar al final de la espiración, el quejido, aleteo nasal que disminuye la resistencia nasal y refleja el uso de musculatura respiratoria accesorio; y retracción esternal, subcostal e intercostal debido a la disminución de la complacencia pulmonar relacionado a una pared torácica muy complaciente. Usualmente, los recién nacidos presentaran palidez con bajos pulsos periféricos, además, la diuresis es habitualmente baja entre primeras 24 a 48 horas y es común el edema. (38) A continuación, se presentan las causas comunes de la dificultad respiratoria:

Tabla 1.

Causas comunes de la dificultad respiratoria

Patología pretermo	Patología a termino	Anomalías congénitas/ condiciones quirúrgicas	Causas no respiratorias de dificultad respiratoria
Síndrome de dificultad respiratoria	Taquipnea transitoria del recién nacido	Vía área pulmonar congénita	Insuficiencia cardiaca (debido a cardiopatía congénita)
Neumotórax	Síndrome de dificultad respiratoria	Malformación Diafragmático congénito	Trastornos neuromusculares
Neumonía	Aspiración de meconio	Fistula traqueosofágica	Isquémico hipóxico
Hemorragia pulmonar	Persistente primeria o secundaria	Atresia de coanas	Acidosis metabólica (Debida al error innato del metabolismo)
Aspiración	Hipertensión pulmonar del recién nacido	Secuestro pulmonar	
Derrame pleural (Quilotórax)	Neumonía	Enfisema lobular congénito	
Enfermedad pulmonar crónica	Neumotórax		
	Aspiración		
	Derrame pleural (Quilotórax)		
	Hemorragia pulmonar		
	Deficiencia de proteína tensioactiva		
	Deficiencia de proteína tensioactiva		
	Displasia capilar alveolar		

Fuente: elaboración propia

2.3.5. Factores de riesgo

Los principales factores que llegan a afectar el desarrollo adecuado del pulmón al nacer implican la prematurez, factores genéticos como etnia blanca, diabetes materna, sexo masculino e historia de SDR en hijos previos. Por otra parte, también se presentan las malformaciones torácicas que ocasionan hipoplasia pulmonar, por ejemplo: la hernia diafragmática que puede llegar a incrementar el riesgo de déficit de surfactante. También se presenta el déficit congénito de proteína B del surfactante el cual da origen a la proteinosis alveolar congénita que durante sus primeras etapas asemeja a una enfermedad de membrana hialina y usualmente es letal en los recién nacidos.

Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen al trabajo de parto. Los RN que nacen antes del trabajo de parto, no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroides que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante. En la siguiente tabla se muestran los factores que aumentan y los que disminuyen el riesgo de EMH o SDR (39). A continuación, se presenta una tabla resumen de los factores de riesgo tanto aumentado como disminuido:

Tabla 2.
Factores de riesgos para Síndrome de dificultad respiratoria

Riesgo aumentado	Riesgo disminuido
Prematurez crónica	Hipertensión materna
Diabetes materna	Hipertensión materna inducida por embarazo
Gestación múltiple	Ruptura prematura de membranas
Parto por cesárea	prolongas
Parto precipitado	Corticoides prenatales
Asfixia	Adicción materna a opioides
Estrés por frío	
Rn anteriores con EMH	
Sexo masculino	
Caucásicos (Tez blanca)	

Fuente: elaboración propia

2.3.6. Estrategias para el manejo del pulmón inmaduro

Se considera que el síndrome de dificultad respiratoria es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de los neonatos prematuro, por ello, han surgido una serie de estrategias para el manejo del pulmón inmaduro de los neonatos, las cuales se presentan a continuación:

A. Corticoides prenatales

El uso de los corticoides prenatales ha cambiado el pronóstico de en los neonatos prematuros. El primer estudio clínico controlado fue realizado en 1969 por Liggins en Nueva Zelanda, los cuales demostraron la eficacia de los mismos para la mejora del síndrome.

B. Surfactante insure

En los años 90 se introdujo la terapia con surfactante exógeno para tratar la enfermedad de membrana hialina y con ello se observó una disminución en la tasa de la morbilidad neonatal; además este tratamiento contribuyó con la introducción de nuevos métodos para la asistencia respiratoria como, por ejemplo: la presión continua positiva en la vía respiratoria mediante la cánula nasal (CPAP)

Se considera que la estrategia dentro del protocolo INSURE (Intubación, Surfactante, Extubación) relacionado al CPAP es la menos invasiva para poder brindar un tratamiento al síndrome de dificultad respiratoria en los prematuros extremos. Además, es uno de los primeros pasos que se recomienda antes del uso del ventilador mecánico.

C. Biotecnología en los ventiladores mecánicos

El uso de biotecnología aplicada a las unidades de cuidados intensivos neonatales ha permitido que se realice una monitorización no invasiva en la frecuencia respiratoria, la saturación sanguínea de O₂, la presión parcial de O₂, la presión parcial de CO₂, la concentración de CO₂ en aire expirado, la medición de la tensión

arterial, entre otros. Todo ello ha permitido una valoración continua del estado vital del prematuro sin tener que realizar manipulación del mismo.

D. Uso racional de oxígeno en el pulmón inmaduro

La utilización de ventiladores de última generación no ha solucionado por si solo el problema del pulmón inmaduro, por ello, es sumamente importante que se siga un estricto protocolo para evitar el daño de la hiperoxia desde el momento del nacimiento del prematuro).

Por tanto, es importante el uso del blender o mezclador de aire, el uso de monitores y sobretodo el uso de alarmas para identificar los riesgos de hipoxia o hiperoxia. El uso de estos protocolos ha permitido que se evite el daño pulmonar y, por ende, que se reduzcan las posibles secuelas.

E. Alimentación parenteral y enteral en el prematuro

Otro aspecto de suma relevancia en los prematuros extremos es su nutrición, ya que, la gran mayoría de los neonatos presentan muy bajo peso al nacer, por tanto, es necesario que se optimice la práctica nutricional de los prematuros extremos, teniendo presente que el fin es lograr una velocidad de crecimiento luego de su nacimiento similar a la de los fetos con la misma edad gestacional (40).

2.3.7. Avance del manejo de prematuros extremos

La neonatología mundial sufrió un cambio histórico después del año 1963, puesto que, en Estados Unidos de América el Presidente de la República, John F. Kennedy tuvo un hijo prematuro con 34 semanas y menos de 2000gr, el cual falleció por enfermedad de membrana hialina. Este hecho tan trágico para la familia del presidente que impulso una política para la investigación en neonatología. De esta manera a partir de la década de los 70 se marcó el inicio de los avances en neonatología tanto en conocimientos como tecnológicos. A continuación, se presentan los avances más relevantes a partir de la época mencionada:

- Corticoides prenatales (maduración pulmonar, 1970).
- Uso del CPAP y luego el ventilador neonatal, 1970.
- Alimentación parenteral, 1970.
- Terapia con surfactante, 1987.
- Mejores ventiladores e incubadoras.
- Mejor conocimiento de la fisiología fetal y neonatal.
- Mejora del transporte intraútero.
- Comités de revisión de casos de mortalidad perinatal.

Con estos avances la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros extremos presencio una mejora significativa en los años 70 con tres hechos que marcaron la historia, siendo estos el uso de corticoides administrados prenatalmente a la madre para madurar los pulmones fetales, la utilización del CPAP (continuous positive airway pressure o presión positiva continua en las vías aéreas) y luego el ventilador mecánico

A inicios de los años 80 fue descubierto el surfactante, y se empleó en 1987 en los Estados Unidos, siendo otro hecho importante para la sobrevivencia de los prematuros. Más adelante y con los avances tecnológicos fueron desarrollándose mejores incubadoras y ventiladores mecánicos; además la investigación experimental en animales ha contribuido enormemente en un mejor y mayor conocimiento de la fisiología fetal y neonatal.

En las últimas décadas se observa que los países desarrollados han optimizado el transporte intraútero mediante un sistema de referencia adecuado y oportuno hacia centros de nivel terciario y también con el funcionamiento de los comités de revisión de casos de mortalidad perinatal, que ha permitido una retroalimentación de información para el apoyo y toma de medidas correctivas oportunas en las instancias correspondientes. (41)

2.3.8 Cuidados De Enfermería

El plan de cuidados de enfermería debe ser integral basado en las necesidades que presenta todo RNPT y también teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, tratamiento y condición de prematuros.

Desde el abordaje teórico se puede dividir el tratamiento en dos aspectos fundamentales, los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo del surfactante, y los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pre termino, y que afectan directamente su condición respiratoria.

CUIDADO HEMODINAMICO (mediante la correcta monitorización de la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la perfusión periférica)

CUIDADOS DE TERMOREGULACION: Mantener al recién nacido con SDR en ambiente térmico neutro implementando los cuidados necesarios para prevenir hipo e hipertermia.

CUIDADO EN LA TERMOREGULACION

CUIDADOS PARA EL NEURODESARROLLO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL STRESS Y DEL DOLOR: Observación de la conducta del recién nacido por parte de enfermería, diagnosticando estrés o desorganización.

Estos cuidados se basan en:

- Valorar la conducta del RN desde el nacimiento mediante signos fisiológicos y de la conducta para diagnosticar el estrés.
- Implementar medidas de control, anidamiento y disminución de estímulos ambientales para lograr una conducta organizada en el menor tiempo posible.
- Disminuir los estímulos dolorosos innecesarios brindando tratamiento farmacológico si fuere necesario.
- Acompañar a la familia fomentando su presencia el mayor tiempo posible.
- Ofrecer cuidado piel a piel apenas sea posible, favoreciendo así la termorregulación y la organización de la conducta.

CUIDADOS INFECTOLOGICOS

- Estricto lavado de manos antes y después de cada contacto y procedimiento
- Mantener la integridad de la piel
- Técnica estéril para todos los procedimientos invasivos.
- Técnica estéril para aspiración de secreciones especialmente con circuito abierto de respiración.
- Mantener esterilidad de la humidificación de los gases.
- Cuidado de catéteres umbilicales
- Mantener la unidad del paciente con todo lo necesario para su atención
- Espacio físico adecuado
- Mantener adecuada relación enfermero paciente

Estricta técnica estéril en el fraccionamiento de leche humana o formula y preparación de medicamentos o soluciones parentales.

Es necesario en todos los casos tener una política de cuidado centrado en la familia con ingreso irrestricto de los padres en cualquier momento del día.

Involucrarlos tempranamente en el cuidado de su hijo con tareas sencillas que pueden realizar como cambiar pañales, controlar temperaturas, acariciarlo (35).

CAPITULO III

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. DATOS DE FILIACION

Dato institucional: Hospital II HUAMANGA

Fecha de ingreso: 11/09/20

Paciente: RN. ASM.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento 01/09/20

Hora de nacimiento: 16:31 pm

Historia clínica: 894576

1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Neonato de sexo femenino ingresa a la unidad por prematuridad y presentar cuadro de dificultad respiratoria.

1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Recien Nacida pretermino de sexo femenino, producto de parto distócico del día 1/09/2020 a horas 16:31 pm, con 34 semanas por examen físico, peso al nacer 1.950gr, talla 46, flácido con Apgar 6 al min y 7 a los 5 minutos, Frecuencia cardiaca 110 x', coloración de acrocianotica, presenta llanto irregular, reacciona a estimulo, esfuerzo respiratorio se evidencia llanto, extremidades ligeramente flexionadas, según la evaluación silverman suma puntaje 8 con evidencia que quejido respiratorio, dilatación de la respiración nasal, retracción costal marcada, y discordancia toracoabdominal.

Se procede a la aplicación de una dosis de surfactante, se intuba y se deja en ventilador mecanico ya que realiza cuadro de apneas, posteriormente se inicia destete, se extuba y se coloca CPAP 9/9/20.

1.4. ANTECEDENTES

1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

RN producto de parto distócico del día 1/09/2020 a horas 16:31 pm, con 34 semanas por examen físico, peso al nacer 1.950gr, talla 46, flácido con Apgar 6 al min y 7 a los 5 minutos, (frecuencia cardíaca de más de 100 x', de acuerdo al esfuerzo respiratorio presenta llanto, en el tono muscular, las extremidades algo flexionadas, respuesta a estímulos, presenta llanto y coloración acrocianótica. La evaluación de Silverman dió un puntaje de 2, con los siguientes signos: quejido respiratorio se encuentra ausente, en la respiración nasal hay dilatación de narinas, no hay retracción costal y la concordancia toraco-abdominal es adecuada en la inspiración

1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Maternos:

Nombre: M. S. M.

Edad: 30 años

Estado civil: conviviente

Grado de instrucción: secundaria completa

Control prenatal: 05

Antecedentes patológicos: cursa infección de vías urinarias, presenta ruptura prematura de membrana de 4 días de evolución, recibe inductores de madurez pulmonar con esquema completo.

1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES: Ninguno

1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

- Padres de religión católica

1.5. EXAMEN FISICO

1.5.1 Control de signos vitales

- T°: 36.°C
- Frecuencia cardíaca: 100 x'
- Frecuencia respiratoria: 72 x'
- Sat O₂: 82%

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

- Piel: palidez de tegumentos, ligeramente deshidratada, mucosa secas.
- TCSC: sin alteración
- Linfáticos: sin alteración
- Cráneo: Caput succedaneum
- Fontanelas: normotensas y sin modificación
- Ojos: simétricas sin alteración
- Nariz: simétricas sin alteración
- Oreja: simétricas sin alteración
- Boca: simétricas, mucosa ligeramente secas, encías acrocianóticas, lengua ligeramente morada, labios ligeramente secos.
- Cuello: cilíndrico sin alteración
- Clavículas: simétricas sin alteración
- Torax: con retracción xifoidea +++
- Pulmones: MU disminuido en ACP
- ACV:
- Abdomen: blandos depresibles, RHA presentes
- Genitourinario: sexo femenino, sin alteración
- Ano: permeable
- Neurológico:
- Ortolani – Barlow: negativo

1.6. EXÁMENES AUXILIARES

- Hemograma, hemoglobina, plaquetas, grupo factor
- PCR – VCG
- Glicemia y Ca serico
- Rx de tórax

1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Tratamiento farmacológico:

Droga	Dosis	via
Dextrosa 12%	120 cc	Ev
Cefepime	25mg	
Vitamina k	1mg	Ev
Amikacina	60 mg	ev
Aminofilina	12mg	Ev
Omeprazol	1 mg	Ev

Tratamiento:

Se procede a la aplicación de una dosis de surfactante, se intuba y se deja en ventilador mecánico ya que realiza cuadro de apneas, posteriormente se inicia destete, se extuba y se coloca CPAP 9/9/20

1.8. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE PATRONES

I. Patrón percepción/mantenimiento de la salud.

- **Características higiénicas de la vivienda, especificar:** La casa es de material y patio de tierra, la asean cada 8 días y cuando lo amerite lo realizan antes.
- **Existencia de hacinamiento en el hogar (sí) (no):** Sí habitan 6 personas en la casa.
- **Tratamiento médico en el hogar:** No
- **Especificar:** Ninguna

II. Patrón nutricional/metabólico

- Peso: 1,95 gr Talla: 46 cm
- Perímetro torácico: 32 cm
- Glucemia: 150 mg/dl

Característica de:

- Piel: Palidez de tegumentos, levemente deshidratada, mucosas secas.

- Cabello: Escaso, opaco, color castaño claro.
- Uñas: Cortas, limpias.
- Mucosa oral: Reseca.
- Encías: Acrocianóticas.
- Lengua: Ligeramente morada, hidratada.
- Labios: Ligeramente morados y levemente secos.
- Faringe: Rosada, sin datos de hiperemia.
- Muñón umbilical: Cuenta con muñón normal a punto de caerse por cicatrización.

III. Patrón de eliminación.

Estado físico actual

Característica de: Heces: Meconiales y semipastosas

Sudor: No

Peristaltismo intestinal: Sí

Otros, especificar: Ninguna

Evacuación en 24 horas, especificar: 1 vez

Micciones en 24 horas, especificar: 6 veces

IV. Patrón actividad/ejercicio

- Estado físico actual
- Características:
- FC: 177
- Ritmo cardiaco: acelerado
- Llenado capilar : 2 seg
- FR: 72X
- Temperatura: 36 °c
- PA: 66/35 PAM: 46mmHg
- SPO2: 80%
- Secreciones broncopulmonares: si existen
- Fuerza muscular: no se puede valorar por sedación.

Otros, especificar: Con el apoyo ventilatorio disminuyeron datos de dificultad respiratoria.

Capacidad de padres/tutores para crear un entorno propicio para el crecimiento y desarrollo del recién nacido (sí) en caso negativo, especificar ¿razones? Adecuado

V. Patrón reposo/sueño

Ciclo del sueño, especificar: Duerme las horas que requiere un recién nacido o a veces por sedación.

VI. Patrón cognitivo/perceptual

Estado físico actual

Presencia de reflejos normales en el recién nacido, especificar ¿cuáles? No se puede valorar por sedación.

Fontanela anterior y posterior, especificar: Tamaño normal para su edad.

Características de la información que tiene los padres/tutores sobre los cuidados del recién nacido en el hogar, especificar: La madre conoce el padecimiento de la paciente y sabe que tiene que llevar una dieta correcta con su hija.

Existencia de capacidad en los padres/tutores para la toma de decisiones (sí) en caso negativo especificar ¿por qué? Saben tomar decisiones.

VII. Patrón de autoimagen/Autoconcepto

- **Existencia de preocupaciones en los padres/tutores (sí)** en caso afirmativo, especificar ¿Cuáles? Recuperación del peso de su hija.
Existencia de algún temor en los padres/tutores (sí) en caso afirmativo, especificar ¿A qué? A la muerte.
- **Satisfacción en los padres/tutores con el cumplimiento del cometido (sí), especificar ¿por qué?** Está satisfecha por ver a su hija alimentarse por su sonda y colocación de nutrición enteral.

- **Estado de ánimo de los padres/tutores, especificar:** Tranquilos cuando entran a visita.
- **Ayuda que la enfermera(o) puede brindarles, especificar:** Manejo de la nutrición en el paciente.

VIII. Patrón rol/relaciones

Lugar que ocupa el recién nacido en la familia: Segundo hijo.

Número de hermanos: Uno, un varón.

Estado civil de los padres, especificar: Unión libre.

Existencia de sentimientos de pérdida en los padres/tutores (sí) en caso afirmativo, especificar ¿por qué? Miedo a que se muera su hija

Existencia de dificultades en la familia: (sí) en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? Económico principalmente.

Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle, especificar: Mejorar comunicación efectiva entre paciente y enfermera.

IX. Patrón sexualidad/reproducción Estado físico actual

- Indiferencia sexual u otros, especificar: Ninguna.

X. Patrón afrontamiento/estrés

Existencia de estrés en padres/tutores relacionado con el cuidado del recién nacido (sí) en caso afirmativo, especificar ¿causas? Cuidados en la dieta Adaptación de la familia al recién nacido (sí), en caso negativo, especificar ¿por qué? Sí aceptan a la paciente con su Patología. Ayuda que la enfermera (o) puede proporcionar a los padres/tutores, especificar: Manejo y cuidados de crecimiento y desarrollo.

XI. Patrón valores /creencias.

Actitud religiosa de los padres/tutores, especificar: Ninguna solo predica la religión católica. Demanda de servicios religiosos para el recién nacido (no), en caso afirmativo, especificar ¿cuáles? Ninguno Mitos y creencias de los padres/tutores relacionados con el cuidado del recién nacido, especificar: Ninguno Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle, especificar: Apoyo emocional y espiritual, reforzamiento de la fe y esperanza.

V
A
L
O
R
A
C
I
Ó
N

CARACTERÍSTICAS

Piel: Presencia de procedimientos invasivos, lesiones por venopunción (Catéter Venoso Central).
Nutrición: NPO
Leucocitosis: Hipertermia, dolor crónico
Hospitalización
Desconocimiento de los padres

INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE

Coordinar con:
- LABORATORIO (Bioquímica hemograma)
- Imágenes (Rx)
- Médico pediatra

D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
O

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Patrón respiratorio ineficaz r/c, fatiga de musculos respiratorios

Patrón de alimentacion ineficaz r/c prematuridad

Riesgo de desequilibrio de la T° corporal r/c sedacion

II. DIAGNÓSTICO

Diagnósticos de Enfermería

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica, fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea, aleteo nasal, ortópnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria: frecuencia cardiaca 177 lpm, con ritmo cardiaco acelerado, frecuencia respiratoria, 72 rpm, cuenta con secreciones pulmonares, con falta de energía, quejido respiratorio, retracción xifoidea, disminución de la saturación de oxígeno SaO₂ : 80%, cianosis, periodos de apnea, gasometría arterial anormal con acidosis respiratoria.

Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con prematuridad manifestado por incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración, incapacidad para iniciar una succión eficaz, incapacidad para mantener una succión ineficaz: cambio en la alimentación de leche humana a fórmula para prematuros.

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con extremos de la edad, sedación: temperatura 36° C.

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS PREMATUROS CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO	CLASE 4: RESPUESTA CARDIOVASCULAR/ PULMONARES			
Diagnostico Enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<p>Definición: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.</p> <p>Etiqueta: 00032 Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p>Factores relacionados: Inmadurez neurológica, fatiga de los músculos respiratorios.</p> <p>Características definitorias: Disnea, aleteo nasal, ortopnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la presión espiratoria: FC=177 X', con ritmo</p>	<p>Estado respiratorio: Ventilación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de los músculos accesorios. - Retracción torácica - Disnea de reposo - Expansión torácica asimétrica - Espiraciones alteradas 	<p>1. Grave</p> <p>2. Sustancial</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>Mantener a: 1</p> <p>Aumentar: 4</p>

<p>cardíaco acelerado, FR= 72x', cuenta con secreciones pulmonares, con falta de energía quejido respiratorio, retracción xifoidea, disminución de la saturación de oxígeno SpO2: 80%, cianosis, periodos de apnea, gasometría arterial anormal con acidosis respiratoria.</p>				
--	--	--	--	--

<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>
<p>Oxigenoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar oxígeno suplementario según órdenes. - Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. - Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial).

Intubación y estabilización de vías aéreas:

- Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal.
- Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesaria, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados y vigilar la paciente por si aparecieran complicaciones en la inserción.
- Auscultación el tórax después de la intubación
- Fijar el tubo endotraqueal con dispositivo de estabilización.
- Marcar el tubo endotraqueal en la posición de los labios, utilizando las marcas de centímetros del tubo endotraqueal y registrar.
- Verificar la colocación del tubo con una radiografía, asegurando la canulación de 2 a 4 cm x encima de la carina
- Minimiza la palanca y tracción de la vía aérea artificial colgando el intubado de ventilador de soportes desde arriba, utilizando montajes flexibles de catéter y soportando los tubos durante el giro, succión y conexión/desconexión del ventilador.

Monitorización respiratoria:

- Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.
- Anotar la ubicación de la tráquea.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación en las vías aéreas principales.
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.
- Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV1 y FVC).
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede.
- Anotar los cambios de SaO₂ y CO₂, corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.

- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o que la empeoren.
- Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

Aspiración de vías aéreas:

- Determinar la necesidad de la aspiración oral o traqueal.
- Auscultar los sonidos antes y después de la aspiración.
- Proporcionar sedación si procede.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea de la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal.
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración cerrado.
- Basar la operación de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de aspirar secreciones y en la respuesta del paciente en la aspiración.
- Hiperinflar o hiperoxigenar en cada pase y después del último pase de aspiración.

- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Variar la técnica de la aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Anotar el tipo y la cantidad de secreciones obtenidas.

DOMINIO 3: ELIMINACION E INTERCAMBIO		CLASE 2 FUNCION GASTROINTESTINAL		
Diagnostico Enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación de DIANA
<p>Definición: Alteración de la capacidad del lactante para succionar o coordinar los reflejos de succión/deglución, que da lugar a una ingesta inadecuada para las necesidades metabólicas.</p> <p>Etiqueta: 00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante.</p> <p>Factores relacionados: Prematuridad</p>	Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Ingestión de nutrientes - Ingestión alimentaria - Ingestión de líquidos - Relación peso y talla - Hidratación 	<p>1. Desviación grave al rango normal.</p> <p>2. Desviación sustancial al rango normal.</p> <p>3. Desviación moderado al rango normal.</p>	<p>Mantener a: 3</p> <p>Aumentar: 5</p>

<p>Características definitorias: Incapacidad para coordinar la succión la deglución y la respiración, incapacidad para iniciar una succión eficaz, incapacidad para mantener una succión ineficaz: cambio en la alimentación de leche humana a fórmula para prematuros.</p>			<p>4. Desviación leve al rango normal. 5.Sin desviación del rango</p>	
---	--	--	--	--

<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>
<p>Alimentación enteral por sonda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro. - Aplicar sustancias de anclaje a la piel y dejar el tubo de alimentación con esparadrapo. - Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro. - Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.

- Confirmar la colocación del tubo mediante rayos X antes de administrar los alimentos o medicamentos a través del tubo, según protocolo del centro.
- Observar si hay presencia de ruidos intestinales cada 4 a 8 horas, si procede.
- Vigilar el estado de líquidos y electrolitos.
- Consultar con otro miembro del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de ese tipo de alimentación.
- Comprobar la frecuencia del goteo por gravedad o la frecuencia del bombeo cada hora.
- Antes de cada alimento intermitente hay que comprobar si hay residuo.

Ayuda para ganar peso:

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, si procede.
- Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede.
- Analizar las posibles causas de bajo peso corporal.
- Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.

- Proporcionar cuidados bucales antes de la alimentación.
- Ayudar o alimentar al paciente si procede.
- Proporcionar alimentos adecuados al paciente: fórmulas mezcladas por medio de la sonda o nutrición parenteral total (NPT).
- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- Proporcionar suplementos dietéticos, si procede.
- Registrar el progreso de la ganancia del peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

DOMINIO SEGURIDAD/PROTECCION	11: CLASE 6: TERMORREGULACION			
Diagnostico Enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
Definición: Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura	Termorregulación: Recién Nacido	- Inestabilidad de la temperatura	1. Grave 2. Sustancial	Mantener a: 3

<p>corporal dentro de los límites normales.</p> <p>Etiqueta: 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.</p> <p>Factores relacionados: Temperatura 36°C</p> <p>Características definitorias: Temperatura 36°C</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Respiraciones irregulares - Taquipnea - Cambios de la coloración cutánea 	<p>3. Moderado</p> <p>4. Leve</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>Aumentar: 5</p>
--	--	--	---	--------------------

<p>INTERVENCIONES (NIC)</p>
<p>Regulación de la temperatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas si procede. - Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice. - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.

- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la frecuencia cardiaca si procede;
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar signos de hipertermia o hipotermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Mantener la T corporal del recién nacido; Colocar al recién nacido en incubadora o cuna térmica si es necesario.
- Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos que tiene el exceso de frío, si procede.
- Ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Regulación de la temperatura intrahospitalaria

- Vigilar continuamente la temperatura del paciente.
- Comprobar la temperatura corporal.
- Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/ refrigeración.
- Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación.
- Cubrir la cabeza.
- Mantener al bebé en cuna térmica.

IV. EJECUCIÓN

Para la ejecución del presente Proceso de Enfermería, se trabajó con el cuidado del paciente en el Hospital de EsSalud Carlos Tuppia García Godos de Huamanga-Ayacucho, en el servicio de Neonatología, así también se recabaron datos necesarios de la historia clínica obteniendo datos y antecedentes al proceso salud enfermedad.

De acuerdo a la valoración realizada, se identificaron tres diagnósticos de Enfermería. Se colocaron por jerarquización, el primer diagnóstico es el principal y es de tipo real, pone en riesgo la vía área del paciente por lo tanto su vida, debido a que es específico al patrón respiratorio en este diagnóstico se planearon intervenciones generales como: oxigenoterapia, intubación endotraqueal, monitorización de vías respiratorias y aspiración de las vías aéreas, dentro de las cuales se ejecutaron actividades específicas dando atención a las respuestas humanas de este diagnóstico, todo esto plasmado en el plan de cuidados individualizado.

En el desarrollo del trabajo una vez obtenido el diagnóstico, se procedió a buscar los resultados esperados y los sugeridos de tal manera que se seleccionaron los indicadores otorgándoles un puntaje de acuerdo a la escala de medición logrando así la escala basal, refiriéndose como se encontraba la paciente, dando un puntaje grave de solo un punto, con las acciones que se planeaba se pretendía llevar a la paciente a una puntuación Diana de cuatro a un riesgo leve.

Se ejecutaron todas las intervenciones y actividades planeadas ya descritas en el plan de cuidados individualizado, adquiriendo buenos resultados con el paciente ya que llegó a estar hemodinámicamente estable, resaltando el cuidado rápido y oportuno de Enfermería en coordinación con el equipo de salud, para el manejo de paciente crítico.

Conforme se realizaron las intervenciones en el desarrollo de este diagnóstico, el resultado de la escala basal y Diana varió un poco ya que se han ido aplicando día con día estas intrusiones, habiendo efectos inmediatos y de largo plazo, la recuperación de la vía aérea con intervenciones rápidas y oportunas se estabilizó, lo cual permitió que el mismo cuidado se continuara por varios días en momentos

oportunos manteniéndose en puntuación de cuatro a cinco, hasta que se destete totalmente de las mediaciones y se modifiquen de acuerdo a individualidad de la paciente.

Por otro lado se hace mención que se cuenta con un segundo diagnóstico real, referente a la alimentación del paciente, donde se obtuvo una escala basal de tres con desviación moderado al rango normal y se pretende llevar a cinco, sin desviación del rango normal. Se ejecutaron actividades generales como: alimentación enteral por sonda y ayuda para ganar peso, desplegándose actividades específicas e individualizadas.

Por último tenemos un diagnóstico de riesgo en cuanto a su termorregulación, el cual se encontró en un puntaje basal de tres, comprometido moderadamente y se pretende con las intervenciones llevar a un puntaje de cinco donde no se encuentre comprometido. Se ejecutaron actividades generales como regulación de la temperatura corporal y regulación de la misma dentro del área hospitalaria, individualizando estas actividades de acuerdo a la necesidad de nuestra paciente.

V. EVALUACIÓN

Los objetivos generales como específicos antes planteados y ejecutados en etapas anteriores de este proceso de enfermería fueron cumplidos en un 90% aproximadamente de manera general, ya que se obtuvo un cambio positivo de tres en la escala Diana posterior a principales intervenciones en el primer diagnóstico, este dado al patrón respiratorio ineficaz, el cual avanzó a cuatro positivo.

De la misma manera en el segundo diagnóstico de patrón de alimentación ineficaz del lactante, se obtuvieron resultados favorables colocando sonda orogástrica posterior al ayuno, iniciando la nutrición enteral y parenteral con el objetivo de que la paciente se nutra y gane peso, para que disminuya alteraciones por el déficit del mismo, se obtuvo buen puntaje al final de la intrusión específica que fue precisamente la alimentación, esta intervención se sigue evaluando constantemente hasta alcanzar el dos positivo como post-intervención.

Posteriormente en el último diagnóstico se marcó objetivamente, guardar la termorregulación en la paciente, motivo por el cual se colocó en cuna térmica conectando sensores para regular de manera electrónica la cuna y mantener la temperatura corporal, se mantuvo en un ambiente agradable con el fin de no complicarse a hipotermia y con las consecuencias propias de la misma, que aunado a las rémoras de los diagnósticos anteriores sería fatal para nuestra paciente.

El plan de cuidados fue un método eficaz para la recuperación de la paciente ya que se ejecutó en un 100% al inicio, posteriormente estas rémoras tanto generales como específicas, fueron disminuyendo en cuanto a respuestas humanas, de tal manera que la paciente recuperó su hemodinamia, pocos días después se extubo quedando apoyada de un CPAP nasal, sin problemas respiratorios reales, pero sí con riesgo de presentar alguna complicación, continua con plan de alimentación para ganar peso y antibióticoterapia para prevenir sepsis tardía.

Los signos vitales se encuentran estables. Esto no quiere decir que la paciente está fuera de peligro, porque aún se encuentra delicada, pasó al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos Especiales (UCEN) que es una terapia crítica intermedia, vigilando su evolución.

En cuanto a la escala Diana la paciente continúa con resultado positivo ya acaece varios días de intervención, la puntuación de cambio alcanzó el cuatro positivo, quedando en puntaje de no comprometida, ya que finalmente se obtuvo este último, en uno positivo.

En los dos últimos diagnósticos después de varios días la paciente alcanzó el puntaje cinco, también con dos positivo, manteniéndose en ese rango por los cuidados diarios de todo el personal de salud, una vez destetada del ventilador por indicación médica se trasladó de cuna térmica a incubadora, alcanzó un peso de 2,500 gramos, iniciando ambientación de incubadora, posteriormente paso al área de pediatría en el área hospitalaria, continuando con apoyo de oxígeno indirecto a 0.5 litros por minuto, sigue comiendo favorablemente por técnica mixta es decir, una cantidad succionada y otra por sonda orogástrica, la leche que consume es la de su madre, de la misma manera se mantiene en el plan de adaptación al medio termorregulador de manera propicia.

Finalmente, la paciente continuó con cuidados de Enfermería de manera específica e individualizada, alcanzando la termorregulación y una vez que se desteto progresivamente el oxígeno indirecto y succione toda la leche que le corresponde por peso y edad en una sola toma, sin problema alguno en vía respiratoria, se realizará un plan de alta.

REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

S

Paciente RN producto de parto distócico, con peso al nacer 1.950gr, talla 46, flácido con Apgar 6 al min y 7 a los 5 minutos,(frecuencia cardiaca de más de 100 x', de acuerdo al esfuerzo respiratorio presenta llanto, en el tono muscular, las extremidades algo flexionadas, respuesta a estímulos, presenta llanto y coloración acrocianótica

O

RN producto de parto distócico del día 1/09/2020 a horas 16:31 pm, con 34 semanas por examen físico, peso al nacer 1.950gr, talla 46, flácido con Apgar 6 al min y 7 a los 5 minutos (frecuencia cardiaca de más de 100 x', de acuerdo al esfuerzo respiratorio presenta llanto, en el tono muscular, las extremidades algo flexionadas, respuesta a estímulos, presenta llanto y coloración acrocianótica. La evaluación de Silverman dió un puntaje de 2, con los siguientes signos: quejido respiratorio se encuentra ausente, en la respiración nasal hay dilatación de narinas, no hay retracción costal y la concordancia toraco-abdominal es adecuada en la inspiración

A

Patrón de alimentación ineficaz r/c prematuridad

Patrón respiratorio ineficaz r/c, fatiga de musculos espiratorios

Riesgo de desequilibrio de la T° corporal r/c sedación

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Interrupción de la lactancia materna r/c dificultad respiratoria prematuridad.

P

Favorecer la ventilación.

Mantener permeable la vía aérea.

Mejorar el patrón respiratorio.

Disminuir el riesgo a infección.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas, control del riesgo, hidratación.

Mantener lactancia materna, y vínculo afectivo madre e hijo.

I

Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

Curación de catéter venoso central tomando en cuenta los protocolos para este acto.

Se brinda comodidad y confort.

Se administra tratamiento médico según indicación con dosis correctas según kardex.

Se brinda apoyo y orientación a los familiares. Se supervisa las indicaciones médicas.

E

Paciente hemodinámicamente estable, aparentemente tranquila, temperatura 37 °C, en buen estado de higiene, incrementa su peso, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua y monitorización permanente.

CONCLUSIONES

1. El proceso de atención de enfermería es la aplicación de métodos científicos con diversos enfoques uno de ellos es el enfoque holístico que se siguió en la aplicación de este proceso de enfermería en el que se refleja cambios e innovaciones que se han producido en esta loable profesión, ya que el trabajo de Enfermería en los últimos años ha sido pieza clave en el campo de acción, de la autonomía y de la responsabilidad de la enfermera de forma considerable, alcanzando así la Enfermería un alto nivel de reconocimiento por la práctica diaria.
2. Definitivamente esta ciencia basada en un amplio sistema de teorías, se ve reflejada en el Proceso de enfermería como método científico para sustentar la práctica asistencial diaria. Este método con su enfoque deliberativo exige la resolución de problemas basados en habilidades cognitivas y técnicas para cubrir las necesidades o respuestas humanas de los pacientes.
3. Es de mucha importancia el rol y el desempeño que realiza la enfermera especialista en neonatología en la atención directa de los neonatos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria ya que es de vital importancia una atención oportuna y específica para así disminuir los riesgos inmediatos de las morbimortalidad. Asimismo la enfermera cumple un papel muy importante en la atención integral del niño en las diferentes etapas con una intervención de carácter holístico ya que el ser humano es el centro del cuidado y la razón de la enfermería
4. Este plan de cuidados no solo puede ser alcanzado por la actuación de la enfermera, ya que se tiene la intervención de un gran equipo de profesiones expertos y una coordinación mutua para poder brindar una atención especializada de manera humanista.

RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería del área de neonatología debe de tener un alto conocimiento científico y mucha experiencia en los procedimientos ya que este síndrome de dificultad respiratoria en el neonato requiere de mucho cuidado.
2. Capacitar al personal para lograr un atención optima en los recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria.
3. Estandarizar las acciones de enfermería mediante un protocolo oficial que sirva de guía a los enfermeros asistenciales sobre los cuidados que se deben aplicar en los recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria.
4. Involucrar a la familia en la recuperación del neonato para su pronta recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gallacher D, Hart K, Kotecha S. Common respiratory conditions of the newborn. *Breathe (Sheff)*. 2016; 12(1): p. 30-42.
2. Organización Mundial de la Salud. mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños. ; 2020.
3. Pramanik A, Rangaswamy N, Gates T. Neonatal respiratory distress: a practical approach to its diagnosis and management. *Pediatric Clinics of North America*. 2015; 62: p. 453–460.
4. Parkash A, Haider N, Khoso Z, Shaikh A. Frequency, causes and outcome of neonates with respiratory distress admitted to Neonatal Intensive Care Unit, National Institute of Child Health, Karachi.. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2015; 65(7): p. 771–775.
5. Rivera E. Factores de riesgo asociados al síndrome de distres respiratorio en recién nacidos. Hospital Regional Virgen de Fatima, periodo 2014. Chachapoyas; 2015.
6. MINSA. Mortalidad Fetal y Neonatal en el Per. Gerencia de Epidemiología; 2016.
7. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú. ; 2017.
8. Sabzehei M, Basiri B, Shokouhi M, Fayyazi A. Causes and Outcomes of Respiratory Distress in Neonates Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of Be'sat Hospital in Hamadan, Iran. *International Journal of Pediatrics*. 2017; 5(12): p. 6253-6260.
9. Kommawar R, Borkar R, Vagha J, Lakhkar B, Rmeshram R, Takasandae A. Study of respiratory distress in newborn.

International Journal of Contemporary Pediatrics. 2017; 4(2): p. 490-494.

10. Qari S, Alsufyani A, Muathin S, Margoush N. Prevalence of Respiratory Distress Syndrome in Neonates. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2018; 70(2): p. 257-264.
11. Asmare Y, Mekoneh H, Yirga T, Habtewold T, Endalamaw A. Incidence of Respiratory distress and its predictors among neonates admitted at neonatal intensive care unit, Black Lion Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2018. Pediatric and child healthMaternal and Child Health. 2018; 15(7).
12. Asasi C. Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y factores asociados de los recién nacidos ingresados al servicio de neonatología del Hospital Regional de Ciudad del Este, Periodo de Enero 2017 a Diciembre 2018. Tesis de pregrado. Coronel Oviedo: Universidad Nacional de Caaguazú; 2019.
13. Rijal P, Shrestha M. Scenario of Neonatal Respiratory Distress in Tertiary Hospital. Journal of Nepal Health Res Counc. 2019; 16(39): p. 131-135.
14. Contreras D. Factores asociados al síndrome de dificultad respiratoria neonatal en el Hospital Regional de Ayacucho, Periodo Enero a Diciembre de 2016. Tesis de pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
15. Gutierrez Y. Incidencia y Factores asociados a la enfermedad de membrana hialina Hospital Nacional Hipolito Unanue, 2017 – 2018. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019.

16. Argomedeo M, Guzman J. Factores de riesgo perinatales en Enfermedad de Membrana Hialina en el Hospital “La Caleta”, 2018. Nuevo Chimbote: Universidad San Pedro; 2019.
17. Prevost Y. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal en prematuros de muy bajo peso al nacer, pequeños para edad gestacional. Estudio multicéntrico sudamericano. Tesis de pregrado. Universidad Cayetano Heredia; 2019.
18. Rodriguez F. Factores de riesgo asociados a enfermedad de membrana hialina en neonatos prematuros del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega periodo enero – diciembre 2018. Puno: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2019.
19. Linares E. Incidencia de enfermedad de membrana hialina en prematuros de bajo peso al nacer en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero-diciembre 2019. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020.
20. Cordova E. Factores Asociados a la Enfermedad de Membrana Hialina en Neonatos del Hospital de Chancay, 2016-2018. Universidad Nacional José Faustino Sanchez Carrion; 2020.
21. Rodriguez A. Metodología de enfermería: fases del proceso de enfermería. Valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de enfermería: concepto y tipos según taxonomía Nanda. Planificación de los cuidados enfermeros: resultados e int. 2019.
22. Gonzalez M, Monroy A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería universitaria. 2016; 13(2): p. 124-129.
23. Ramos C. Los paradigmas de la investigación científica. Avances en psicología. 2015; 23(1): p. 9-16.

24. Olivé C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. Fundamentos disciplinares. *Salus*. 2015; 19(3): p. 20-26.
25. A E. Correlacion entre el modelo conceptual y el modelo profesional del cuidado. *ENE, Revista de Enfermería*. 2016; 10(2).
26. Blanquel D, Gutierrez D, Mendoza L, Pablos G, Soto A, Godinez M. Utilidad de los modelos teóricos en la elaboración del PAE: opinión de estudiantes de enfermería. *CuidArte "El Arte del Cuidado*. 2015; 4(7): p. 16-21.
27. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista cubana de enfermería*. 2015; 3(31).
28. Huamán S, Miranda A, Vásquez J, Luzgado B, García A, Arteaga L. Utilización de Modelos y Teorías de Enfermería de Escuelas del Ser Humano. *Revista científica de ciencias de la Salud*. 2015; 8(10).
29. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima - Callao, 2015. *Enfermería Herediana*. 2016; 9(2): p. 127-136.
30. Álvarez J, Guevara M, Orellana C. Florence Nightingale, la enfermería y la estadística otra mujer fantástica. Tema central: *Enfermería*. 2018; 29(3): p. 372-379.
31. Perret C, Perez C, Poblete M. *Manual de Pediatría*. 2018.
32. Muhe L, McClure E, Nigussie A, Mekasha A, Worku BWA. Major causes of death in preterm infants in selected hospitals in

- Ethiopia (SIP): a prospective, cross-sectional, observational study. *The Lancet Global Health*. 2019; 7(8): p. 130-138.
33. Burgos M. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, Año 2015. Pregrado. Ambato: Universidad Regional de Los Andes; 2017.
 34. Diaz M, Ramirez C, Vergara F. Prevalencia de etiologías del Síndrome de Dificultad. *Matroneria Actual*. 2020; 1(16): p. 07-16.
 35. Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería neonatal*. 2016;; p. 6-9.
 36. Barquet B, Rios R, Cordero G. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Perinatología y reproducción humana*. 2016;; p. 169-179.
 37. Gallacher D, Hart KKS. Common respiratory conditions. *Breathe*. 2016; 12(1): p. 30-42.
 38. Gutierrez J, Castellanos E, Garcia H, Padilla H, Perez D, Plascencia A, et al. *Manual de Neonatología*. 2019.
 39. Jin J, Lee S, Lee Y. Risk factors for respiratory distress syndrome in full-term neonates. *Yeungnam University Journal of Medicine*. 2018; 35(2): p. 187-191.
 40. Sweet G, Carnielli V, Greisen G, Hallman M, Osek E, Pas A, et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2019 Update. *Neonatology*. 2019; 115(4).

41. Nakasone A. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; 64(3).

ANEXOS



LUGAR PARA LAVADO DE MANOS AL INGRESO DEL SERVICIO



STAR DE ENFERMERIA



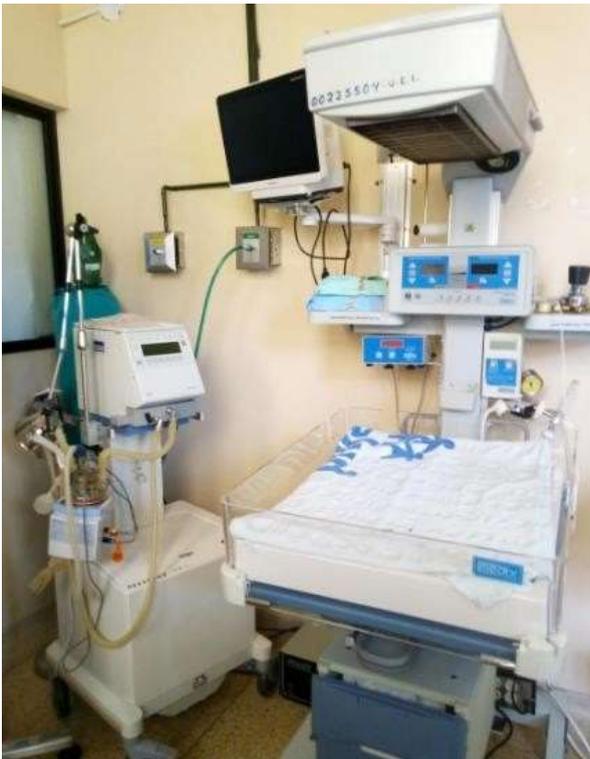
COCHE PARA PREPARACION DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

CUIDADOS INTERMEDIOS



AMBIENTE PARA NEONATOS HOSPITALIZADOS

UCI



INCUBADORA CON MONITOR AMBIENTE PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS



AMBIENTE PARA EL BAÑO DEL NEONATO

AMBIENTE DE AISLADOS

