

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
RETINOPATÍA EN NEONATOS PREMATUROS DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL
MIGUEL ÁNGEL LLERENA. AYACUCHO. 2021**

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

SUSY ROCIO CUBA HUAMAN

**Callao, 2021
PERÚ**

Document Information

Analyzed document	CUBA HUAMAN SUSY ROCIO.docx (D169546904)
Submitted	6/3/2023 12:17:00 AM
Submitted by	
Submitter email	susyrociocubahuaman@gmail.com
Similarity	3%
Analysis address	fcs.investigacion.unac@analysis.arkund.com

Sources included in the report

SA	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - RODRIGUEZ DE LA CRUZ SOFIA CAROLINA.pdf Document PROYECTO DE INVESTIGACIÓN - RODRIGUEZ DE LA CRUZ SOFIA CAROLINA.pdf (D113940274)		4
SA	TESIS FINAL ROP.docx Document TESIS FINAL ROP.docx (D121124312)		2
SA	RETINOPATIA CORREGIDO.docx Document RETINOPATIA CORREGIDO.docx (D45577447)		1
SA	NESTOR FERNANDEZ ROSAS.docx Document NESTOR FERNANDEZ ROSAS.docx (D54841669)		1

Entire Document

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
"CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE RETINOPATÍA EN NEONATOS PREMATUROS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ÁNGEL LLERENA. AYACUCHO. 2021"
TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA
SUSY ROCIO CUBA HUAMAN
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 GÓMEZ SECRETARIA • Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES VOCAL
ASESORA: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA
Nº de Libro: 07 Nº de Folio: 64 Nº de Acta: 009-2021
Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: Callao, 10 de marzo de 2021
Resolución de Sustentación: N°025-2021-D/FCS.- Callao; 05 de Marzo del 2021
DEDICATORIA El presente trabajo académico está dedicado con mucho cariño a mi esposo e hija y toda mi familia, por su apoyo incondicional durante mi desarrollo profesional.
AGRADECIMIENTO
A Dios, por guiar mis pasos día a día y bendecirme con la gracia de seguir viviendo A mis amados padres que desde el cielo me protegen y guardan para mi mil bendiciones A mis estimados docentes, por la paciencia y la dedicación de brindarme sus conocimientos y experiencias. A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por abrirme sus puertas y brindarme una formación plena.
ÍNDICE
INTRODUCCIÓN 2
CAPÍTULO I. 4 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA
CAPÍTULO II. 7 MARCO TEÓRICO 2.1 Antecedentes 7 2.1.1 Antecedentes Internacionales 7 2.1.2 Antecedentes Nacionales 10 2.2 Bases Teóricas 13 2.3 Bases Conceptuales 20

DEDICATORIA

El presente trabajo académico está dedicado con mucho cariño a mi esposo e hija y toda mi familia, por su apoyo incondicional durante mi desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar mis pasos día a día y bendecirme con la gracia de
seguir viviendo

A mis amados padres que desde el cielo me protegen y guardan
para mi mil bendiciones

A mis estimados docentes, por la paciencia y la dedicación de
brindarme sus conocimientos y experiencias.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por abrirme sus
puertas y brindarme una formación plena.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I.	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	
CAPÍTULO II.	7
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	10
2.2 Bases Teóricas	13
2.3 Bases Conceptuales	20
CAPÍTULO III.	
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.	29
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO	50

INTRODUCCIÓN

La retinopatía del prematuro es una anomalía del desarrollo de la retina y del vítreo que acontece en el niño prematuro. (1) a este s A esto según Brian W.Fleck define "la Retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina, de origen multifactorial, producida por la existencia de una retina inmadura y solo parcialmente vascularizada al producirse el nacimiento prematuro. (2)

El presente trabajo académico titulado Cuidado de enfermería en el neonato prematuro con retinopatía hospitalizado en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena-Ayacucho, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería basados en la prevención de complicaciones en neonatos prematuros con ROP, a fin de mejorar la calidad de atención y recuperación rápida y por ende la estancia hospitalaria.

Para el desarrollo del presente trabajo académico se basa como parte de la experiencia profesional de 04 años como enfermera asistencial del servicio de Neonatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho, servicio que cuenta con unidades como: UCIN I, UCIN II, UCIN intermedios, AIRN (partos eutócico y distócico), alojamiento conjunto, donde se brinda cuidados asistenciales a neonatos a términos y prematuro nacidos y hospitalizados en dicho nosocomio, en donde se realiza el despistaje de ROP a todos los neonatos prematuros

hospitalizados, como tercera causa de morbilidad .Se realizo un Plan de cuidados en neonatos prematuros hospitalizados con diagnóstico clínico de ROP positivo, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que será ejecutado dentro de los cuidados de enfermería, y fue elaborado y presentado en el servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser un punto de referencia para otros servicios de la institución.

Se concluye precisando, que el presente 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 cuidado en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A escala mundial se desconocen las tasas de retinopatía del prematuro o las estadísticas sobre este proceso son inexactas. Ello puede deberse a diversos motivos: si la mortalidad neonatal por muy bajo peso al nacer es elevada, las tasas serán "bajas", especialmente en las unidades que informan de los casos de retinopatía del prematuro respecto al número de ingresos. Por esta razón, para que las estadísticas sobre este proceso sean exactas debe examinarse y someter a cribado a todos los niños de riesgo antes de ser dados de alta. Si no se hace así, no se conocerán con precisión los porcentajes reales de retinopatía del prematuro en una determinada unidad, que podrían ser falsamente bajos y las comparaciones entre las distintas unidades no serán válidas. (3)

El significado y el impacto de la retinopatía del prematuro son cruciales. Cerca del 4-5% de los supervivientes de menos de 1.000 gramos son legalmente ciegos. Un porcentaje más elevado sufre alteraciones visuales significativas. Si se acepta que cada año en Estados Unidos son supervivientes de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales unos 2.000 niños de muy bajo peso al nacer que quedan ciegos o con graves alteraciones visuales, y que la esperanza de vida de estos niños es de 70 años, puede calcularse que cada año se están incorporando a la sociedad 140.000 nuevos años de vida con ceguera. La retinopatía del prematuro grave no sólo da lugar a la ceguera, sino que también se asocia a graves

trastornos del neurodesarrollo. Los niños con muy bajo peso al nacer con retinopatía del prematuro grave cursan mucho peor que aquellos otros que no sufren alteraciones visuales. Al aumentar la gravedad de la retinopatía del prematuro, la tasa de discapacidad grave se incrementa desde cerca del 4 % hasta el 20 % cuando existe retinopatía del prematuro umbral. Más de la mitad de los niños con visión desfavorable sufren discapacidad grave. Con una visión desfavorable, las evoluciones funcionales son peores: el 77% son incapaces de atender a su propio cuidado; el 50 % tienen problemas de continencia; el 43 %, discapacidades motoras, y el 66 %, alteración de la capacidad personal-social, unas 3 a 10 veces más que los controles con visión favorable. (4)

En otros países, como Colombia, por ejemplo, el 33,8% de ingresos por ceguera infantil en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca se debió a retinopatía de la prematuridad. (5)

En Perú, en una muestra de 136 niños de muy bajo peso al nacer y que fueron dados de alta del Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima durante el año 2003, el fondo de ojo fue normal en 29,4% (40) y la incidencia de retinopatía del prematuro de cualquier grado fue de 70,6% (96); teniendo en cuenta el total de 17,586 nacidos vivos en la institución, la incidencia de algún grado de retinopatía del prematuro por 1.000 nacidos vivos equivale a 5,45. (5)

En la Región de Ayacucho, no se han identificado investigaciones sobre la tasa de retinopatía del prematuro. Sin embargo, en el Hospital Regional

de Ayacucho en la consulta ambulatoria oftalmológica del presente año, se han diagnosticado 5 niños con retinopatía del prematuro. Si se considera que, en esta institución, los niños prematuros dados de alta no son referidos a consulta oftalmológica para el examen de fondo de ojo, se estaría dejando de diagnosticar y tratar oportunamente estos casos. Si bien es cierto la incidencia de casos ROP positivos es baja pero la repercusión es trascendental (6), de esto cabe señalar los casos diagnosticados en el servicio de neonatología donde se realiza el diagnóstico presuntivos, de control y oportuno en los neonatos prematuros hospitalizados quienes a su vez reciben oxigenoterapia en sus diferentes formas, puesto que se encuentran con diferentes patologías asociada. Para el 2020 según registros del SIN Neonatal se registraron alrededor de 286 neonatos tamizados de ROP, de todo ellos se evidenciaron 4 casos positivos de retinopatías del prematuro, a quienes se le realiza su seguimiento con apoyo de los padres (6), de ahí la importancia de tener los cuidados necesarios para su cuidado es esencial., surge la necesidad de realizar este trabajo académico que permita una visión más clara de la magnitud del problema de modo que se puedan tomar medidas correctivas necesarias, lo cual permita a su vez diseñar cuidados específicos para mejorar la calidad de la atención en los neonatos, y optimizar recursos en el área de Neonatología. Teniendo como base importante que el Hospital Regional de Ayacucho, recibe neonatos referidos de toda la región Ayacucho.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

ASTUDILLO, M. (2018). En su estudio " Prevalencia y factores de riesgo relacionados con la retinopatía del prematuro en la unidad de neonatología del Hospital Enrique Garcés, desde el año 2005-2016. Nos refiere la prevalencia por año fue 6,7% en el periodo desde 2005 al 2016, predominio del género masculino con un 60 %, un 61 % no ameritó tratamiento, el Grado III el 37,3% y Grado III Plus el 30,5%, fueron los más frecuentes, Muy Prematuro fueron la mayoría con 62,7% de los casos, el oxígeno se les administró al 91,5% de los pacientes, con una mayoría del 49,2% de duración mayor a 28 días. Respecto a las patologías asociadas, se determinó: Apnea en el 33,9% de los casos; Síndrome de Membrana Hialina un 69,5%; Distrés Respiratorio el 50,8%; Sepsis el 55,9%; Anemia <30 el 39%; Hemorragia Intracraneana el 30,5% de los pacientes; el 49,2% requirió transfusión sanguínea. Conclusiones: Existe relación estadísticamente significativa entre ROP y las variables exanguineotransfusión, policitemia, especialmente con prematuros y uso de oxígeno (7).

Cabe señalar que dentro de las patologías enmascaradas de los neonatos prematuros también se identificó que el servicio de neonatología del Hospital de Ayacucho, el Síndrome de Membrana Hialina es una de las causas mas relevantes para el uso prolongado de oxígeno, lo cual conlleva a problemas oftálmicos.

CARPIO, E. (2017). En su estudio " Frecuencia de retinopatía de la prematuridad y factores de riesgo asociados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2010-2015 " señala la frecuencia de retinopatía en prematuros menores o igual a 1500 gr de peso y menor o igual 33 semanas de gestación, fue del 22%. Además, se presentó un mayor porcentaje y un mayor riesgo en aquellos con una estancia hospitalaria (> 30 días). También el sexo femenino presentó 2.53 veces más riesgo de padecer la patología que el sexo masculino. Conclusiones: La frecuencia de ROP fue de casi la cuarta parte de los prematuros. El sexo femenino y un mayor tiempo de estancia hospitalaria mostraron ser factores predisponentes importantes de la ROP en la población estudiada (8). La estancia o tiempo hospitalario en los recién nacidos prematuros en el Hospital de Ayacucho oscila entre 1 a 2 meses como mínimo, puesto que es un proceso lento y progresivo para el desarrollo y maduración de su organismo, a esto atribuir las patologías encaradas con la prematuridad.

ALVARIÑO, J. (2016). En su estudio "Valoración Oftalmológica a fin de diagnosticar retinopatía en recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital España de la ciudad de Chinandega, en el período de enero 2015 – junio 2016", nos refiere que, de los 43 recién nacidos estudiados el 41.9% eran del sexo masculino y 58.1% del sexo femenino. El tipo de nacimiento predominante fue el único con un 76.7% de los prematuros. La vía de nacimiento fue de 51.2% por vía abdominal y 48.8% por vía vaginal. El grupo predominante de edad gestacional fue de 31 a 33 semanas con 41.9 %. El 48.8% de los pacientes pesaron de 1,000 a 1,499 gramos. La prevalencia ROP fue de 2.3%. La modalidad de oxigenoterapia que más se utilizó fue CPAP con un 41.9%. El rango de días con oxigenoterapia a los que obtuvieron expuestos los neonatos fueron de 1-5 días correspondiendo al 48.8%. La condición patológica asociada más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria con un 81.4%. Conclusión: La Prevalencia de ROP fue de 2%. (9)

Frente a este estudio la realidad que se asemeja en el servicio de Neonatología del Hospital en referencia no es ajena, puesto que la modalidad de oxigenoterapia que se usa con mayor frecuencia en los prematuros es el CPAP, por su grado de afectación y maduración pulmonar, cabe recalcar por la cercanía de los ojos a este dispositivo, en ocasiones su uso inadecuado y por cierto el estado activo del neonato, conlleva a que el oxígeno tenga el

contacto directo con los ojos y la repercusiones para el neonato prematuro.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

SANDOVAL, H. (2020) en su estudio "Factores asociados a retinopatía del prematuro en el Hospital Regional de Huacho 2017-2019". En el periodo de 3 años se encontraron 90 casos de un total de 514 prematuros, con una incidencia de 17,5% por cada 100 recién nacidos prematuros en 3 años. El sexo masculino predominó en los casos con un 55,6%, la edad gestacional con mayor porcentaje (76,7%) se encontró entre 28-32 semanas, mientras que los de bajo peso al nacer (1500-2500gr) fueron los de mayor cuantía (46,7%). Los pacientes que recibieron oxigenoterapia fue un 84,4% de los casos en comparación al 43,3% de los controles ($p < 0,000$; $OR = 7,09$; $IC\ 95\%: 3,50-14,38$); los pacientes que hicieron sepsis neonatal representan un 71,1% de los casos, mientras que de los controles un 33,3% ($p = 0,000$; $OR = 4,923$; $IC95\%: 2,616-9,265$). Los pacientes que presentaron anemia fueron 45,6% de los casos, mientras que los controles solo fue 12,2% ($p = 0,000$; $OR = 6,009$; $IC95\%: 2,825-12,785$). Conclusiones: La oxigenoterapia, la sepsis neonatal y la anemia del prematuro, son factores asociados estadísticamente significativos a retinopatía del prematuro. (10)

Los factores asociados y el uso de oxígeno para su tratamiento se relacionan significativamente como señala el autor de dicho estudio, ya que esa realidad no es ajena al del Hospital de Ayacucho, donde se recepciona el mayor número de casos referidos de neonatos prematuros de la región y de este modo se refleja la realidad de atención y los cuidados brindados.

CARRANZA, C (2019). En su estudio " Factores de riesgo neonatales asociados a retinopatía de la prematuridad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero del 2016 a diciembre 2018". Tuvieron como resultado De los 72 (33.3%) recién nacidos prematuros (RNPT) con ROP, la media de edad gestacional fue de $32,4 \pm 2,6$ semanas y la media del peso al nacer fue de $1820,2 \pm 1137,8g$. En el análisis bivariado se evidenció que la menor edad gestacional, muy bajo peso al nacer, anemia, sepsis, hemorragia intraventricular, oxigenoterapia, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, ventilación mecánica, parto vaginal y la persistencia del ductus arterioso fueron factores de riesgo asociados al desarrollo de ROP ($OR > 1$, $p < 0,05$).
CONCLUSIÓN: En nuestra población estudiada los factores con mayor riesgo de ROP fueron la hemorragia intraventricular y la sepsis neonatal, evidenciándose 15,4 y 15,0 veces mayor riesgo de desarrollar ROP en RNPT respectivamente; mientras que la

lactancia materna exclusiva y TTRN demostraron ser factores protectores. (11)

La edad gestacional ponderal decepcionado en el servicio de neonatología del Hospital de Ayacucho oscila entre los 27-35 semanas de edad gestacional según reportes del SIN neonatal y con esto las patologías asociadas. (6) y con esto sus repercusiones a largo plazo.

LUNA, CONSUELO DEL ROCIO (2017). En su estudio Factores asociados a retinopatía en prematuros, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero a diciembre 2017. Se obtuvo que, de los recién nacidos con retinopatía del prematuro, el 54.7% fueron de sexo femenino, mientras que el 45.3% fueron masculinos. Los factores asociados a retinopatía del prematuro fueron: La oxigenoterapia ($p=0.000$, $OR=6.7$, $IC\ 95\%: 3.551 - 12.641$), síndrome de distrés respiratorio ($p=0.000$, $OR=6.322$, $IC\ 95\%: 3.330 - 12.001$), peso al nacer ($p=0.046$, $OR=5.0$, $IC\ 95\%: 1.026 - 24.371$), edad gestacional ($p=0.004$, $OR=3.7$, $IC\ 95\%: 1.533 - 8.929$), Apgar ($p=0.017$, $OR=2.47$, $IC\ 95\%: 1.157 - 5.273$), sepsis ($p=0.011$, $OR=2.173$, $IC\ 95\%: 1.191 - 3.964$), y tipo de parto ($p=0.027$, $OR=1.938$, $IC\ 95\%: 1.076 - 3.490$). Conclusiones: la oxigenoterapia, el síndrome de distrés respiratorio, el peso al nacer, la edad gestacional, el Apgar, la sepsis y el tipo de parto son factores de riesgo asociados a retinopatía del prematuro. (12)

Es importante señalar y tomar como punto de apoyo del estudio en mención, el rol importante de la atención inmediata del recién nacido prematuro, para minimizar los daños a futuro de su desarrollo, según mi experiencia laboral se ha evidenciado que una oportuna atención especializada disminuye el tiempo de hospitalización, tiempo en el uso de oxígeno y la adaptación rápida y favorable del neonato prematuro.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Teoría de Modelo de cuidados de Virginia Henderson

A. Generalidades

Según Virginia Henderson, el ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas: Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de las teorías de las necesidades humanas para la vida y la salud

como núcleo para la acción de enfermería, es considerada como filosofía definitoria de enfermería. (13)

Valoración de enfermería basada en necesidades según Virginia Henderson

a) Respirar normalmente

- ✓ Valoración del patrón respiratorio.
- ✓ Conocimientos de la persona sobre cómo respirar bien.
- ✓ Aspectos ambientales con influencia en la respiración

b) Comer y beber adecuadamente

- ✓ Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos
- ✓ Medidas antropométricas.
- ✓ Aspectos psicológicos de la alimentación.

C) Eliminar los desechos corporales

- ✓ Patrón de eliminación fecal.
- ✓ Patrón de eliminación urinaria.
- ✓ Patrón de eliminación a través de la piel (sudor, transpiración).
- ✓ Patrón de eliminación pulmonar.
- ✓ Menstruación.

D) Moverse y mantener una buena postura corporal

- ✓ Actividades de la vida diaria.
- ✓ Actividad física (ejercicio y deporte)
- ✓ Limitaciones y deformidades corporales.

e) Dormir y descansar

- ✓ Hábitos de sueño y reposo.
- ✓ Problemas para conciliar el sueño.
- ✓ Dificultades para el reposo.

f) Vestirse y desvestirse (seleccionar ropas adecuadas)

- ✓ Capacidad física para vestirse.
- ✓ Limpieza de la ropa.
- ✓ La elección personal de las prendas.

g) Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

- ✓ Temperatura corporal.
- ✓ Condiciones ambientales.

h) Mantener el cuerpo limpio y proteger los tegumentos

- ✓ Hábitos higiénicos: frecuencia, medios utilizados, duración.
- ✓ Capacidad física para la higiene.

i) Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros

- ✓ Conocimientos sobre medidas de prevención.
- ✓ Desarrollo de medidas de prevención.
- ✓ Ejecución de actuaciones de riesgo.

j) Comunicarse con otros

- ✓ Relaciones sociales.
- ✓ Relaciones familiares y de pareja.

- ✓ Equilibrio soledad - interacción social.
- k) Obrar de acuerdo con los valores y creencias**
 - ✓ Sentido de su vida.
 - ✓ Actitud ante la muerte.
 - ✓ Conflicto con los valores/creencias
- l) Trabajar de tal manera que tenga una sensación de realización**
 - ✓ La autoestima y autoimagen de la persona.
 - ✓ La posición de la persona dentro de su grupo.
 - ✓ Rol laboral que desempeña.
 - ✓ Problemas/conflictos laborales.
- m) jugar o participar en diversas actividades de ocio y recreación**
 - ✓ Tipo de actividades recreativas.
 - ✓ Tiempo dedicado a actividades recreativas
- n) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al normal desarrollo y salud y al uso de los recursos de salud disponibles**
 - ✓ Conocimientos de la persona.
 - ✓ Capacidades de la persona.
 - ✓ Limitaciones de aprendizaje.

B. Metaparadigmas

B.1. Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida de los

animales que la integran manteniendo relaciones sexuales entre sí. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia. (13)

B.2. Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital. (13)

B.3. Persona: hace dos definiciones:

- ✓ Es un ser *biopsicosocial*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.
- ✓ El paciente es el ser biopsicosocial al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

B.4. Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia. (13)

2.2.2. Teoría del cuidado Neonatal de Ramona Mercer

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo. en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol materna. (14).

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema (14).

a) El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. (14). En relación a este punto la teórica nos explica el rol importante que juega el padre dentro de la interrelación con la madre e hijo.

- b) El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata. (14) .Su entorno donde se va desarrollando la familia y el aporte que le brinda en su desarrollo social.
- c) El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (14)

Para todo ello Mercer señala estadios de la adquisición del rol materna (14)l

- ✓ Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

- ✓ Formal: empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- ✓ Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- ✓ Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

2.3 Base Conceptual

2.3.1 Retinopatía del prematuro

A. Definición

Prematuro:

La organización mundial de la salud (OMS), lo define como “el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. Se subdivide en extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas; IC 95%: 5,1%-

5,3%), muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; IC 95%: 10,3%-10,5%) y moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas; IC 95%: 84,1%-84,5%). entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, prematuros tardíos (34-36 semanas).
(15)

Retinopatía de la prematuridad:

A fines de la década de 1940, la retinopatía del prematuro apareció repentinamente en los recién nacidos prematuros. “El trastorno, inicialmente llamado fibroplasia retrolental, se caracterizó por un desprendimiento completo de retina detrás de la lente”. La causa de esta primera ola de retinopatía del prematuro fue el uso de oxígeno en incubadoras cerradas, lo que ayudó a mejorar la supervivencia de los recién nacidos prematuros, pero también contribuyó a la ceguera. (16).

Se denomina (ROP, por la sigla en inglés de retinopathy of prematurity) a la retinopatía vasoproliferativa que se presenta en recién nacidos pretérmino (RNPT) quienes, a causa de su inmadurez, nacen con el sistema vascular retiniano incompleto, que en el período posnatal experimenta un desarrollo anómalo. (14)

Podemos señalar también que se debe a una angiogénesis anormal, en la que los vasos sanguíneos retinianos dejan de crecer y desarrollarse normalmente en recién nacidos prematuros, lo que a veces conduce a

trastornos visuales graves y ceguera. La enfermedad se asocia con las tasas de supervivencia y con la gravedad del proceso sistémico y se ve influida por estos factores. Su gravedad es variable y se clasifica mediante un examen detallado del fondo de ojo con oftalmoscopia indirecta. Durante muchos años ha estado en vigor una Clasificación Internacional de la retinopatía del prematuro (ICROP) (15). Examen que diariamente se realiza en el Hospital regional de Ayacucho, en relación a su edad corregida y con mayor énfasis a los prematuros quienes han recibido oxígeno permanente en sus diferentes formas, programando una interconsulta con el servicio de oftalmología.

B. Clasificación:

La retinopatía de la prematuridad se clasifica en 5 estadios y se localiza por extensiones horarias y zonas, todo ello junto con las características de los vasos del polo posterior nos indicará la gravedad de la retinopatía y la necesidad de tratamiento. (16)

➤ Estadios:

- Estadio 1. Línea de demarcación: una línea fina blanca que separa la retina vascular de la avascular.
- Estadio 2. Cresta monticular: la línea de demarcación que aparece en el estadio 1 aumenta de volumen y se extiende fuera del plano de la retina.

- Estadio 3. Existe un crecimiento de tejido vascular hacia el espacio vítreo.
 - Estadio 4. Desprendimiento de retina parcial. Se subdivide en 4A si la mácula está aplicada y 4B si la mácula está desprendida.
 - Estadio 5. Desprendimiento de retina total.
- Enfermedad “plus” es un término descriptivo que se refiere a la dilatación y tortuosidad de los vasos del polo posterior e indica que hay actividad. Puede acompañar a cualquier estadio de retinopatía. En la última clasificación se ha introducido el término “pre-plus”, vasos más tortuosos y dilatados de lo esperado, pero sin llegar a las características de enfermedad plus.
- Localización
- Zona I. Es un círculo cuyo radio es dos veces la distancia entre la papila y la fóvea.
 - Zona II. Comprende un cinturón de retina desde el límite de la zona I hasta la zona serrata nasal en el meridiano horizontal.
 - Zona III. El espacio semilunar restante, por fuera de la zona II.
- Extensión

Se describe la extensión de la retinopatía en sectores horarios.

- Retinopatía umbral es una retinopatía en estadio 3 con presencia de enfermedad plus en zona I o II y que se extienda al menos en 5 horas continuas u 8 horas acumulativas. Indica necesidad de tratamiento.

- Retinopatía agresiva posterior es una forma grave y rápidamente progresiva, de localización posterior y con enfermedad plus.

C. Fisiopatología

Los dos factores desencadenantes son: una retina incompletamente vascularizada (recién nacidos pretérmino) y un aumento de la PaO₂ con hipoxia retiniana relativa. Esto conduce a una vasoconstricción y una disminución de los factores de crecimiento, como los factores de crecimiento semejante a la insulina (IGF-1) y endotelial vascular (VEGF). Esto da lugar a una detención de la vascularización y a obliteración capilar, con disminución de la perfusión y posterior isquemia e hipoxia retinianas. Como respuesta, se aumenta la expresión de diversos factores de crecimiento y angiogénicos (IGF-1, VEGF y otros). Si esta respuesta es intensa y los factores vasogénicos no disminuyen, la angiogénesis (neoformación de vasos sanguíneos) es anormal y desorganizada, con importante vasoproliferación, lo cual puede conducir finalmente a inflamación, retinopatía proliferativa, fibrosis significativa y desprendimiento de retina. (16)

D. Comorbilidades

La ROP podría ser una ventana al estado de desarrollo postnatal en el recién nacido prematuro. A menudo ocurre en combinación con otras morbilidades neonatales, como disfunción neurológica, escaso

crecimiento cerebral, enterocolitis necrotizante, tumor intraventricular y displasia broncopulmonar (8)

En recién nacidos extremadamente prematuros, la ROP severa predice el riesgo de muerte o discapacidad grave a la edad de 11 años; por lo tanto, abordar el crecimiento postnatal deficiente, la hiperoxia, la infección y la inflamación para reducir el riesgo de ROP también podría reducir el riesgo de estas comorbilidades. A su vez como la retina es parte del SNC, la reducción de los factores de riesgo que afectan el desarrollo de la retina postnatal también podría tener un efecto positivo en el desarrollo del cerebro. (4)

E. Diagnóstico

El diagnóstico de la ROP se hace mediante el examen oftalmoscópico oportuno a los niños en riesgo de presentarla: neonatos con peso al nacer (PN) de 1.500 gramos o menos y edad gestacional (EG) de 36 semanas o menos. (14)

F. Factores de riesgo

La principal causa de la ROP es la prematuridad por ser asociada a otros factores de riesgo, entre ellos la oxigenoterapia prolongada o mal monitorizada, la presencia de enfermedad cardiopulmonar y problemas cerebrales asociados. (14)

Los cuatro factores principales que se asocian a la retinopatía del prematuro son: la prematuridad, el uso de oxígeno, el sexo masculino y la raza blanca. Naturalmente, el problema tiende a ser más frecuente y grave en los niños nacidos con edades gestacionales extremadamente bajas (24-27 semanas) y con muy bajo peso de nacimiento (MBPN) (< 800 g). Sin embargo, la enfermedad todavía persiste en muchas partes del mundo en recién nacidos con de más de 32 semanas de gestación y más de 1.750 g de peso. Esto ocurría hace 30-40 años en las naciones industrializadas, donde ahora la retinopatía del prematuro es inexistente en esa edad gestacional y con ese peso de nacimiento. Estos hechos prestan más apoyo al impacto de las prácticas clínicas sobre el desarrollo de la retinopatía grave del prematuro. (15)

Otros muchos factores se han postulado como factores de riesgo asociados, pero no se han confirmado claramente ni demostrado en estudios bien realizados a gran escala. Su discusión detallada cae fuera del ámbito de esta revisión, en la que sólo se citarán y algunos se debatirán brevemente. Los muchos factores investigados relacionados con la retinopatía del prematuro son: hipoxemia, tratamiento con indometacina, déficit de vitaminas E y A, inositol, persistencia del conducto arterioso, falta de alimentación al pecho, esteroides posnatales, exposición a la luz, sepsis a *Cándida*, transfusiones sanguíneas numerosas, administración precoz de hierro, utilización de eritropoyetina e hipercapnia.

El efecto de las transfusiones sanguíneas sobre la retinopatía del prematuro se discute todavía. En un estudio prospectivo de distribución aleatoria donde se combinaron los datos de ambos grupos, no se observó asociación entre las cifras de hemoglobina y hematocrito o el protocolo de transfusiones y la incidencia o la gravedad de la retinopatía del prematuro. (17)

G. Cuidados de enfermería

La ROP se evidencia y atribuye principalmente en neonatos prematuros con evolución neonatal severa, quienes a su nacimiento presentan múltiples factores de riesgo y esto asociado la administración de oxígeno en sus diferentes formas, que en muchos de los casos no monitoreada, por la demanda de pacientes, a esto se atribuye también, la falta de maduración pulmonar con corticoides prenatales, la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), la desnutrición postnatal, la sepsis y las transfusiones sanguíneas. (18)

- La prevención primaria de la ROP consiste en promover el nacimiento en entidades de salud que cuenten con los recursos humanos en calidad y cantidad adecuada, y materiales para su atención.
- la indicación de los corticoides prenatales (maduración pulmonar), que enfermería puede controlar que se haya realizado ante amenaza de

parto prematuro, previo al transporte de la madre embarazada a instituciones de mayor complejidad.

- Promover el uso precoz de CPAP nasal, evitar el uso de asistencia respiratoria para evitar el barotrauma, iniciar la reanimación con FIO₂ entre 30 y 50%, con monitorización inicial cardiorrespiratoria y de saturación de oxígeno, desde el inicio, promueve la estabilidad, verificando con oportunidad el destete progresivo del mismo.
- El uso racional del oxígeno durante toda la hospitalización, el uso de oxímetros de pulso, monitores, con saturación deseada entre 89 y 94%, con límites de alarma entre 88 y 95%, garantiza una estabilidad en la PaO₂, evitando la hipoxia e hiperoxia.
- Evitar complicaciones durante la hospitalización.

CAPÍTULO III.

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

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. Datos de filiación

- ✓ Paciente : C.P RN
- ✓ Sexo : Masculino
- ✓ Procedencia : SOP – Cesárea
- ✓ Fecha y hora de nacimiento : 10/12/2020 10:17
- ✓ Fecha de ingreso al servicio : 10/12/2020
- ✓ Fecha de valoración :10/12/2020
- ✓ Historia clínica : 720351

1.2. Motivo de consulta

Se acude a SOP, se recepción RN de 27 sem, sexo masculino, APGAR 7'8 , líquido amniótico claro, con llanto energético, a los pocos minutos empieza con apnea más dificultad respiratoria marcado, motivo por el cual se decide hospitalizarlo en UCIN I.

1.3. Enfermedad actual

Neonato prematuro de 36sem en 51 días de vida y hospitalización, con diagnósticos indicados, al momento hemodinamicamente estable, con ganancia ponderal adecuado de peso, con buena tolerancia oral y gástrica, oxígeno dependiente 0.5 litros por minuto saturando mayor de 90%

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes Perinatales

Maternos: hijo de madre de 35 años de edad, 4ta gestación, con antecedentes familiares de neoplasia, inadecuado controles pre natales, grupo y factor sanguíneo O positivo, exámenes de laboratorio con resultados negativos, hemoglobina 12,1mg-dcl. Recibió 02 dosis de maduración pulmonar- betametasona.

1.4.2. Antecedentes Neonatales

- ✓ Recién Nacido: 27 semanas por Capurro- pretérmino
- ✓ Tipo de Parto: distócico
- ✓ Sexo: Masculino
- ✓ APGAR: 7' - 8' a los 5 y 10 minutos respectivamente
- ✓ Peso: 1210 kg
- ✓ Talla: 40cm
- ✓ Perímetro cefálico: 27 cm
- ✓ Perímetro torácico: 26.5 cm
- ✓ Perímetro abdominal: 26cm
- ✓ Grupo sanguíneo: O+
- ✓ Hemoglobina: 17.7 gr/Dl

1.5. Examen físico

1.5.1 Control de signos vitales

- ✓ Peso: 1210 kg
- ✓ Talla: 40cm
- ✓ T: 36.6°C
- ✓ FR: 54x'
- ✓ FC: 134x'
- ✓ Sat. O2: 88%
- ✓ Silverman: 6 pts

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

- ✓ Aspecto general: distrés respiratorio, quejumbroso
 - ✓ Piel: ligeramente ictérico
 - ✓ TCSC: poca cantidad, bien distribuido
 - ✓ Cabeza: Normo cefálico, fontanelas normotensas
 - ✓ Ojos: simétricos, cilíndricos y movibles
 - ✓ Oreja: Simétricas y con buena implantación
 - ✓ Nariz: aleteo nasal leve
-
- ✓ Boca: normal sin lesiones. Mucosa hidratada color ictérico leve
 - ✓ Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil.
 - ✓ Tórax: tiraje sub costal, intercostal y xifoideo
 - ✓ Pulmones: movimiento
 - ✓ Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
 - ✓ : Blando depresible, cordón umbilical con dos arterias y una vena, ruidos intestinales disminuidos
 - ✓ Genito urinario: masculino, ambos testículos descendidos
 - ✓ Ano: permeable
 - ✓ Columna vertebral: Normal, sin presencia de anomalías
 - ✓ Extremidades: Superiores e inferiores simétricas funcionales, dedos normales, miembros superiores de color amarillo completo y miembros inferiores color amarillo hasta las rodillas.

1.6. Exámenes Auxiliares

- ✓ Hematológico
- ✓ Bioquímica
- ✓ Rx torax

1.7. Indicación Terapéutica

- ✓ NPO
- ✓ Dextrosa 10,9% 100cc – 4ugmx`VT- 96cc
- ✓ Ampicilina 60 mg EV cada 12 horas
- ✓ Amikacina 18mg EV cada 36 horas
- ✓ Gluconato de CA 10 % 1,2cc EV cada 8 horas
- ✓ Surfactante pulmonar 4,8cc INSURE
- ✓ O2 húmedo por CPAP: PEEP: 5, FIO2 para Sat 90-95%
- ✓ Citrato de cafeína 9mg Ev cada 24 horas
- ✓ CFV- OSA
- ✓ BHE
- ✓ HGT cada 24 horas

1.8. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

NO APLICA

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión:

- ✓ Deterioro de la deglución (00103)
- ✓ Interrupción de la lactancia materna (00105)
- ✓ Lactancia materna ineficaz (00104)
- ✓ Leche materna insuficiente (00216)
- ✓ Patrón de alimentación ineficaz del lactante (00107)

DOMINIO III. Eliminación

Clase 4. Función respiratoria:

- ✓ Deterioro del intercambio de gases (00030)

DOMINIO IV. Actividad y reposo

NO APLICA

DOMINIO V: Percepción – Cognición

NO APLICA

DOMINIO VI. Auto percepción

NO APLICA

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

NO APLICA

DOMINIO VIII. Sexualidad

NO APLICA

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

NO APLICA

DOMINIO X. Principios vitales

NO APLICA

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección:

- ✓ Riesgo de infección (00004)

Clase 2. Lesión física:

- ✓ Riesgo de lesión corneal (00245)
- ✓ Riesgo de sequedad ocular (00219)

Clase 6. Termorregulación:

- ✓ Hipertermia (00007)
- ✓ Hipotermia (00006)
- ✓ Riesgo de hipotermia (00253)
- ✓ Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)
- ✓ Termorregulación ineficaz (00008)

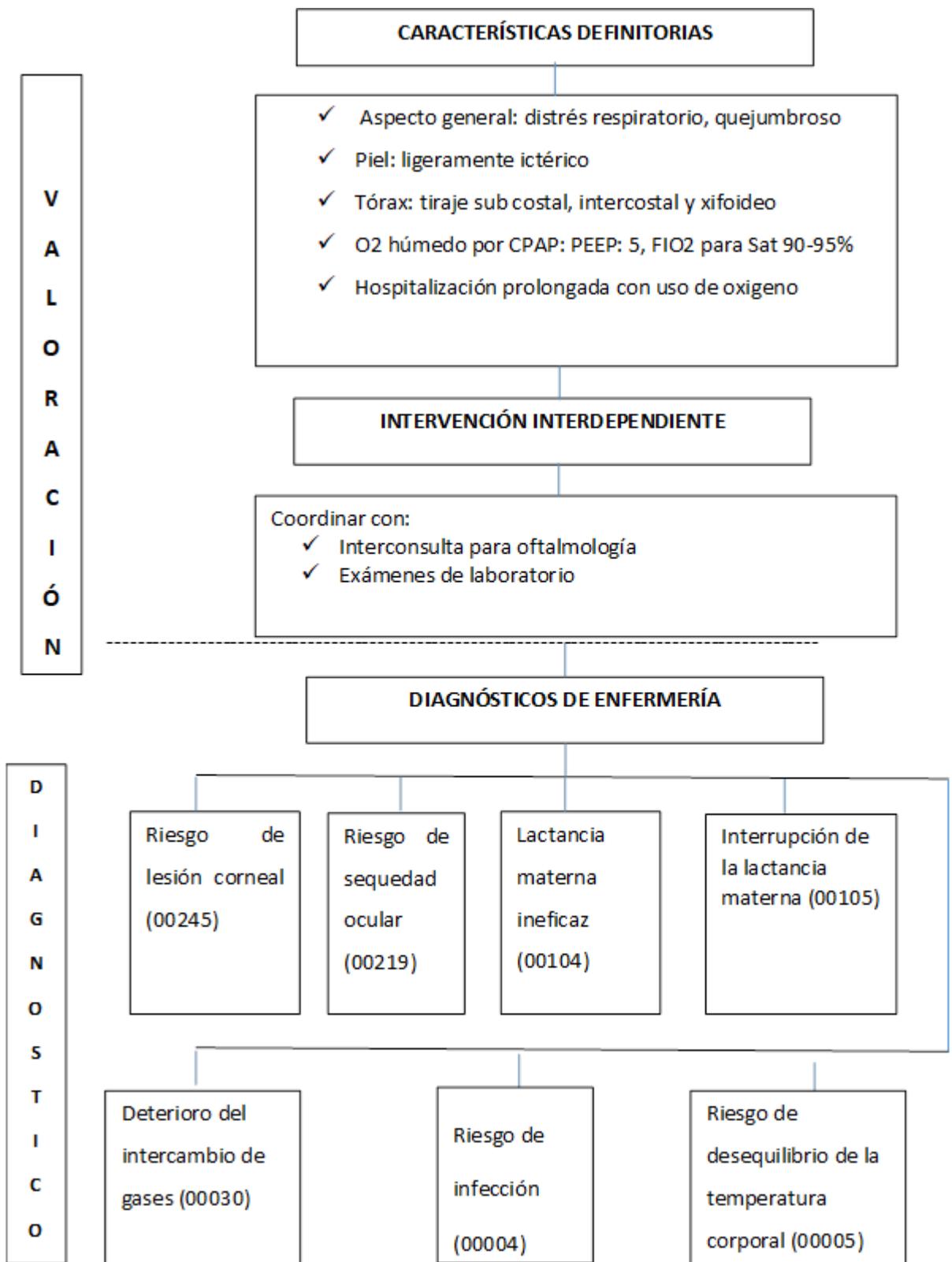
DOMINIO XII. Confort

NO APLICA

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

NO APLICA

1.9. Esquema de valoración



II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

2.1. Lista de hallazgos significativos

- ✓ Recién Nacido: 27 semanas por Capurro- pretérmino.
- ✓ APGAR: 7' - 8' a los 5 y 10 minutos respectivamente
- ✓ Control prenatal inadecuado.
- ✓ Aspecto general: distrés respiratorio, quejumbroso
- ✓ Piel: ligeramente ictérico
- ✓ Tórax: tiraje sub costal, intercostal y xifoideo
- ✓ Nariz: aleteo nasal leve
- ✓ Hospitalización prolongada con uso permanente de oxígeno

2.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

- ✓ Riesgo de lesión cornea (00245) | r/a Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada
- ✓ Riesgo de sequedad ocular r/a Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada

2.3. Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Riesgo de lesión corneal (00245)	Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada	<p>Recién Nacido: 27 semanas por Capurro-pretérmino.</p> <p>Control prenatal inadecuado</p> <p>Aspecto general: distrés respiratorio, quejumbroso.</p> <p>Tórax: tiraje sub costal, intercostal y xifoideo.</p> <p>Nariz: aleteo nasal leve.</p> <p>Hospitalización prolongada con uso permanente de oxígeno</p>	Riesgo de lesión corneal r/a Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada
Riesgo de sequedad ocular (00219)	Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada	<p>Recién Nacido: 27 semanas por Capurro-pretérmino.</p> <p>Control prenatal inadecuado</p> <p>Aspecto general:</p>	Riesgo de sequedad ocular r/a Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada

		<p>distrés respiratorio, quejumbroso.</p> <p>Tórax: tiraje sub costal, intercostal y xifoideo.</p> <p>Nariz: aleteo nasal leve.</p> <p>Hospitalización prolongada con uso permanente de oxígeno</p>	
--	--	---	--

III. PLANIFICACIÓN

3.1. Esquema de planificación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00245</p> <p>Riesgo de lesión corneal r/a</p> <p>Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada</p>	<p>✓ 1902 control de riesgo</p> <p>✓ 1908 detección de riesgo</p>	<p>✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>✓ Prepara el equipo de oxígeno y administrar mediante un humidificador.</p> <p>✓ Administrar oxígeno según indicaciones</p>	<p>Neonato prematuro no presentara complicaciones oftálmicas durante su estancia hospitalaria y administración de oxígeno</p>

		<p>médicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar el flujo de litros de oxígeno. ✓ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. ✓ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede. ✓ Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. ✓ Consultar con otros cuidadores acerca del uso del oxígeno suplementario 	
--	--	---	--

		durante periodos de actividad y/o de sueño.	
Código: 00219 Riesgo de sequedad ocular r/a Prematuridad, oxigenoterapia,	✓ Control del riesgo: ojo seco (1927)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar pomadas o colirios protectores. ✓ Asegurarse de que el párpado queda completamente cerrado ✓ Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración. ✓ Informar al paciente para que no se toque los ojos. ✓ Observar el reflejo corneal. - Retirar lentillas de contacto, si procede. ✓ Aplicar protección ocular, si procede. ✓ Tapar los ojos con parches, si es necesario. 	Neonato prematuro no presento signos de sequedad ocular durante su estancia hospitalaria

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alternar el parche ocular para la diplopía. ✓ Aplicar gotas lubricantes, si procede. ✓ Aplicar ungüento lubricante, si procede. ✓ Bajar el párpado y fijar con esparadrapo, cuando esté indicado. ✓ Aplicar cámara de humedad, si procede 	
--	--	---	--

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. Registro de enfermería:

S	Neonato prematuro reactivo a estímulos, por momentos se torna irritable, agitado y llanto enérgico.
O	Neonato prematuro de 27sem, sexo masculino presenta distrés respiratorio, muy bajo peso al nacer, presenta tiraje sub costal y xifoideo. Al inicio con CPAP: PEEP 5, Fio2 para saturación 90-95%, oxígeno dependiente.
A	Código: 00245 Riesgo de lesión corneal r/a Prematuridad, oxigenoterapia, hospitalización prolongada Código: 00219 Riesgo de sequedad ocular r/a Prematuridad, oxigenoterapia
P	Neonato prematuro disminuirá el riesgo de lesión corneal y resecaedad ocular durante su estancia hospitalaria y uso de oxígeno.
I	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavado de manos permanente ✓ Monitorización de signos de alarma y funciones vitales ✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. ✓ Prepara el equipo de oxígeno y administrar mediante un humidificador. ✓ Administrar oxígeno según indicaciones médicas. ✓ Vigilar el flujo de litros de oxígeno. ✓ Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno. ✓ Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita. ✓ Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría en sangre arterial), si procede. ✓ Asegurar la recolocación de la máscara / cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo. ✓ Consultar con otros cuidadores acerca del uso del oxígeno

	<p>suplementario durante periodos de actividad y/o de sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar pomadas o colirios protectores. ✓ Asegurarse de que el párpado queda completamente cerrado ✓ Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración. ✓ Informar al paciente para que no se toque los ojos. ✓ Observar el reflejo corneal. <ul style="list-style-type: none"> - Retirar lentillas de contacto, si procede. ✓ Aplicar protección ocular, si procede. ✓ Tapar los ojos con parches, si es necesario. ✓ Alternar el parche ocular para la diplopía. ✓ Aplicar gotas lubricantes, si procede. ✓ Aplicar ungüento lubricante, si procede. ✓ Bajar el párpado y fijar con esparadrapo, cuando esté indicado. ✓ Aplicar cámara de humedad, si procede
E	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neonato prematuro no presentara complicaciones oftálmicas durante su estancia hospitalaria y administración de oxígeno ✓ Neonato prematuro no presento signos de sequedad ocular durante su estancia hospitalaria y administración de oxígeno.

CONCLUSIONES

1. El presente trabajo académico permitió identificar las formas preventivas y minimizar los daños causados por el uso inadecuado del oxígeno que repercute en la salud oftalmológica del prematuro.
2. Del total de pacientes con ROP, gracias a investigaciones y experiencia laboral, a los casos positivos se realiza un seguimiento exhaustivo para minimizar sus complicaciones en su adultez.
3. El oxígeno se administró en la mayoría de los prematuros hospitalizados en el Hospital Regional de Ayacucho, con patologías asociados, fueron administrados en tiempos largos, y con afectación mínima de la retina.
4. En relación a las patologías asociadas, se determinó: membrana Hialina; Distrés Respiratorio, para el uso de oxígeno.
5. La edad materna y el inadecuado control prenatal, lleva a desencadenar a partos pretérminos con alto riesgo de mortalidad.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar el uso y cumplimiento de las normativas dictadas por el Ministerio de Salud en cuanto al protocolo de atención y seguimiento para los casos de ROP, exhortando al personal de enfermería registro de datos en las historias.
2. Monitorizar continuamente en prematuros oxígeno dependientes el destete progresivo y así minimizar su uso prolongado.
3. Realizar el seguimiento de las interconsultas a los prematuros identificados con la edad cronológica adecuada y vigilar el examen de fondo de ojo de manera periódica para determinar de manera temprana la aparición de casos para su posterior seguimiento.
4. Establecer una mayor vigilancia en pacientes que presenten patologías asociadas al desarrollo de ROP y referir oportunamente al oftalmólogo para control y tratamiento.
5. Seguir realizando estudios de ROP en nuestros hospitales para obtener datos de referencia locales y actualizar registros que no se cuentan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C C. Pulse Oximetry Trial for Prevention of Retinopathy of Prematurity. 6th ed.: Study Group Pediatric; 2003.
2. Fleck BW. Retinopathy of Prematurity Recent Developments. 3rd ed.: NeoReviews; 2009.
3. M M. Severity of Neonatal Retinopathy of Prematurity is. 5th ed.: Prematurity Cooperative Group; 2000.
4. Zuloaga C, M S, E A. Causas de Ceguera Infantil en Cali. 2005..
5. Doig J. Incidencia de Retinopatía de la Prematuridad y su Evolución en Niños Sobrevivientes de Muy Bajo peso al Nacer Egresados del Instituto Especializados Materno Perinatal de Lima. 2007..
6. SIN HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO MIGUEL ANGEL LLERENA. INFORME DEL SISTEMA INFORMATIVO. 2020..
7. Astupillco M. Prevalencia y factores de riesgo relacionados con la retinopatía del prematuro en la unidad de neonatología del Hospital Enrique Garcés, desde el año 2005-2016. 2018..
8. Carpio E. " Frecuencia de retinopatía de la prematuridad y factores de riesgo asociados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2010-2015. 2017..
9. Alvaríño J. "Valoración Oftalmológica a fin de diagnosticar retinopatía en recién nacidos prematuros atendidos en el Hospital España de la ciudad de Chinandega, en el período de enero 2015 – junio 2016. 2015-2016..

10. Saldoval H. 'Factores asociados a retinopatía del prematuro en el Hospital Regional de Huacho 2017-2019. 2020..
11. Carranza C. " Factores de riesgo neonatales asociados a retinopatía de la prematuridad en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero del 2016 a diciembre 2018. 2019..
12. Luna CdR. Factores asociados a retinopatía en prematuros, Hospital Nacional Hipólito Unanue, enero a diciembre 2017. 2017..
13. Alba Rosales, A, Bellido Vallejo C, Cardenas Casanova V. Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson. In Jaen ICdEd, editor.. España.
14. COLOMBIA UDE. ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE LA TEORISTA RAMONA MERCER AL CUIDADO DE ENFERMERIA BINOMIO MADRE E HIJO. Revista Cuidarte. 2011 Enero-Diciembre ; 2(1).
15. OMS. REPORTE MUNDIAL DE RETINOPATIA DEL PREMATURO. 2018..
16. Quiñones LC. Retinopatía del Prematuro. REVISTA PERUANA DE PEDIATRIA. 2015; 1(87).
17. Giraldo M. Epidemiología de la Retinopatía del Prematuro en Medellín. In. Medellín: Latreia; 2003-2008.
18. S. S. Retinopatía de la Prematuridad y Oxigenoterapia, una relación cambiante: Anales de Pediatría; 2005.
19. Pediatría AEd. Protocolo Actualizado. 2008..
20. Pierce E. Regulation of vascular endothelial growth factor by oxygen in a model of retinopathy of prematurity. 10th ed.: Arch Ophthalmol; 1996.

21. Brooks s. Thr effect of blood transfusion protocol on retinopathy of prematurity: pediatrics; 1999.
22. AM B. que es la retinopatía en prematuro. en prevención de la ceguera de la infancia por ROP. 2008. MINISTERIO DE SALUD UNICEF- BUENOS AIRES.

FICHA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Nº _____

Nombre: _____ H.C. Nº _____
 Sexo: M () F () Peso al Nacer _____ g
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad Gestacional: _____ Semanas
 Madre: _____ Direccion / Telefono _____
 Parto: unico gemelar trillizos Apgar: _____

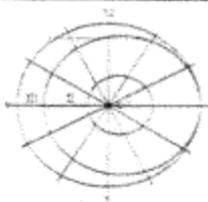
Compilaciones:

- Apneas severas Sepsis Hemorragias severas Anemia
 Transfusiones Ventilación mecánica SDR
 Ictericia Enf. Membrana Hialina Neumonía
 Otros: _____

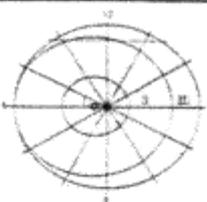
ANEXOS

EXÁMEN OFTALMOLÓGICO

Fecha: ____/____/____ Examen Nº: _____
 Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



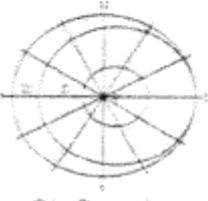
Ojo Derecho



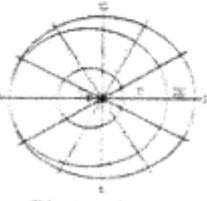
Ojo Izquierdo

Diagnóstico: _____

Fecha: ____/____/____ Examen Nº: _____
 Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



Ojo Derecho



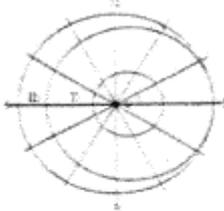
Ojo Izquierdo

Diagnóstico: _____

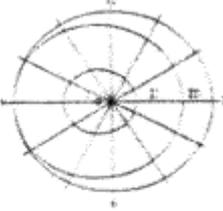
HOJA DE TAMIZAJE DE ROP

Fecha: ___/___/___ Examen N°: ___

Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



Ojo Derecho

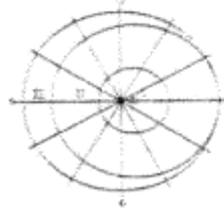


Ojo Izquierdo

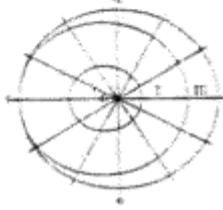
Diagnóstico: _____

Fecha: ___/___/___ Examen N°: ___

Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



Ojo Derecho

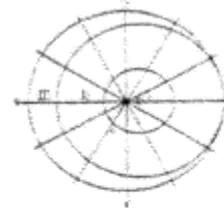


Ojo Izquierdo

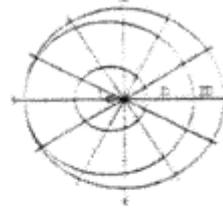
Diagnóstico: _____

Fecha: ___/___/___ Examen N°: ___

Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



Ojo Derecho

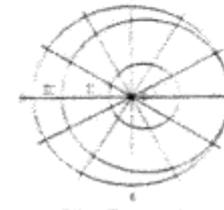


Ojo Izquierdo

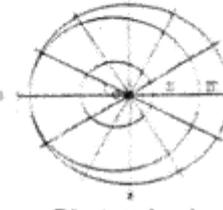
Diagnóstico: _____

Fecha: ___/___/___ Examen N°: ___

Edad Gestacional Corregida: _____ Semanas



Ojo Derecho



Ojo Izquierdo

Diagnóstico: _____

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO AREA DE UCIN II



TAMIZAJE DE ROP AUN NEONATO PREMATURO



