

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDOS CON TAQUIPNEA
TRANSITORIA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL
DEPARTAMENTAL HUANCAVELICA, NIVEL II-2-2020.**

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

IDA GABRIEL SANTOS

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 71-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Marzo del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCION	2
1. Descripción de la situación problemática.....	5
2. Marco Teórico.....	8
2.1 Antecedentes del estudio.....	8
2.2 Bases Teóricas.....	14
2.3 Marco Conceptual.....	15
3. Desarrollo de Actividades para el plan de Mejoramiento	
En relación a la situación problemática.....	28
Plan de cuidados de enfermería.....	28
3.1 Valoración.....	28
3.2 Diagnóstico de enfermería.....	34
3.3 Planificación.....	36
3.4 Ejecución y Evaluación.....	40,
4 Conclusiones.....	41
5. Recomendaciones.....	42
6. Referencias Bibliográficas.....	43
7. Anexos	45

INTRODUCCION

El presente trabajo académico título “Taquipnea Transitoria del Recién Nacido”, trata de neonatos que nacen por cesárea sin trabajo de parto u otros posibles factores de riesgo, la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es un desorden respiratorio generalmente leve o moderado de evolución benigna cuya causa es la absorción retardada del líquido pulmonar fetal generalmente ocurre en las primeras horas de vida, puede retardarse hasta 72 horas o más , la taquipnea transitoria del recién nacido es considerado una patología benigna de pronta resolución donde representa una de las causas más frecuentes de morbilidad en los neonatos ,además de ser un tema de importancia actual, donde se ve de manera cotidiana ,como un proceso respiratorio no infeccioso que se presenta con más frecuencia en los recién nacidos a términos o cercanos a término, ante la importancia de la morbilidad - mortalidad y la frecuencia de casos realizo el estudio a fin de intervenir en los cuidados de enfermería en bases a los factores prenatales y maternos, en el parto y postnatales en el recién nacido, así como aspectos propios de hospitalización y manejo en la Unidad de Atención Inmediata del servicio de Neonatología del Hospital Departamental de Huancavelica, Nivel II-2 .

En el servicio de neonatología del Hospital Departamental Huancavelica Nivel II-2, ubicado en la ciudad de Huancavelica donde se tiene como misión brindar atención con calidad a todos los pacientes recién nacido con diversas patologías de partos eutócico y distócicos ,para lo cual se cuenta con la Unidad de Atención Inmediata de Recién Nacido, la unidad de cuidados intensivos neonatal y intermedios I y II, en el mes de Enero 2020 aproximadamente hubo 113 nacimientos de los cuales 61 (53%) fueron de parto por cesárea de ello 7 neonatos presentaron Taquipnea Transitoria

que requerían ser vigilados con detenimiento y ayuda de profesionales competentes que tengan la capacidad de detectar oportunamente el trastorno clínicamente, donde fueron evaluados por la presencia de dos criterios: frecuencia respiratoria > a 60 por minuto, retracciones sub costal, xifoides e intercostal, aleteo nasal, estridor espiratorio y cianosis que ponen en peligro la vida del recién nacido.

En calidad de enfermera que vengo laborando permanentemente por más de 5 años en el servicio de Neonatología y cumpliendo el rol de enfermera asistencial en la Unidad de Atención Inmediata de recién nacido realizando la recepción de los recién nacidos de parto por cesárea o parto vaginal, además interviniendo en la atención del recién nacido que presenta dificultad respiratoria admitido en el servicio de neonatología para su respectiva valoración y tratamiento.

Sabiendo que la etiología de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es benigna y auto limitada sin repercusiones pulmonares a largo plazo algunos recién nacidos pueden evolucionar a falla respiratoria severa requiriendo cuidados intensivos, antibioterapia, oxigenoterapia bajo diferentes modalidades de administración incluyendo asistencia ventilatoria mecánica, para lo cual la primera acción consiste en la aspiración de fluidos naso bucales fetales, seguido de apoyo incluyendo el mantenimiento de un ambiente térmico neutral colocando en una incubadora, administrando el suplemento de oxígeno por encima de 90%, el trabajo es comunicativo. Debido a ello me motiva el desarrollo del presente trabajo académico lo cual tiene por objetivo: describir los cuidados de enfermería que se brinda al neonato con Taquipnea Transitoria, además mejorar estos cuidados brindados, finalmente evaluar la calidad de la atención brindada al recién nacido y sobre todo prevenir las complicaciones ya que son elementos

indispensables para el diseño e implementación de estrategias de mejora orientadas a reducir las tasas de mortalidad neonatal ,siendo este un indicador de cumplimiento obligatorio según la estrategia materno neonatal a nivel nacional

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Según la Organización Mundial de la Salud la mortalidad neonatal es el indicador básico para expresar el nivel de desarrollo y la calidad de la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio de salud. , además menciona que los primeros 28 días de vida constituyen la etapa más vulnerable de la supervivencia del ser humano. Según la OMS en el 2015, de los 5.9 millones de muertes ocurridas en menores de 5 años, un 45 %, es decir, 2.7 millones, correspondieron a muertes durante este periodo. Aproximadamente un millón de muertes ocurren al primer día del nacimiento, sumando cerca de dos millones en la 3,4 primera semana de vida.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) .La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se encuentra en constante aumento, identificándose en países en los que incluso supera el 50% de partos, aunque la OMS recomienda un porcentaje no mayor al 15%. En el Ecuador, según cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP), las cesáreas para el año 2014, representaron el 41.2% del total de nacimientos (Yépez et al..2015), en el Hospital de la Policía Quito No 1, según un estudio (González Dávila, 2012) desarrollado entre el 2003 y 2012, el 44.48% de los nacimientos fueron por cesárea, lo que constituyó un potencial incremento en patologías neonatales asociadas como la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

Según la Organización Mundial de Salud la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido representa del 0.3 a 0.5% de los recién nacidos, es decir comprende del 35 al 50% de los casos de dificultad respiratoria que ingresan a la unidad de cuidados intensivos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) , la tendencia de la tasa de mortalidad neonatal (menores de 28 días) para el año 2014 representó el 75% de la mortalidad infantil (menores de un año); siendo la mortalidad neonatal tardía (7 a 27 días de edad) de 36% y precoz (1 a 6 días de edad) de 64%. (Ministerio de Salud Pública. Guatemala, 2015) Las principales causas de mortalidad neonatal son: el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis bacteriana y la hipoxia intrauterina-asfixia al nacimiento (Ministerio de Salud Chile, 2010) lo que hace urgente medidas de diagnóstico y manejo temprano y oportuno.

Un 10% de RN con dificultad respiratoria necesitará medidas de soporte durante los primeros minutos; pero un 1% requerirá soporte avanzado. En una revisión de los motivos de ingreso a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Canadá mostró que del total de Recién Nacido admitidos en las UCIN, 44.2% eran Recién Nacidos pretermino temprano, 26.2% eran RN a término temprano y 29.6% eran Recién Nacido mayores de 39 semanas. Estos niños fueron los que requirieron más frecuentemente de asistencia ventilatoria (Angulo & García, 2016); la mortalidad en estos casos asciende hasta el 15% en Recién Nacido a término. (MSP, 2016)

Cerca del 40% de admisiones de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales por patologías respiratorias corresponden a Recién Nacido con Taquipnea Transitoria entre pretermino tardío y a término temprano (Angulo & García, 2016), a pesar de su estadía por lo general menor a 72 horas, esto prolonga el tiempo de hospitalización, incrementa el uso de antibióticos y la ansiedad en los padres. (Kasap et al., 2008)

En Latinoamérica nacen cerca de 11 millones de niños cada año. Un aumento de la tasa de cesárea a partir de un 15% al 35% observado en los últimos años representa 2 millones de cesáreas adicionales por año. En el Perú la tasa de cesáreas se ha mantenido alrededor del 21% en el sector público, en el sector privado las tasas se han acelerado desde el inicio de la presente década pasando de 28,6% en el periodo 1991-1993 a 48,6% en el periodo 2002-2005.

La cesárea es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones respiratorias neonatales, principalmente para el síndrome de dificultad respiratoria y la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, tanto en neonatos a término y prematuros. Los neonatos nacidos a término por cesárea tienen mayor probabilidad de desarrollar morbilidad respiratoria que los nacidos por vía vaginal; además, este riesgo aumenta para el grupo de niños nacidos por cesárea electivas, es decir, antes de que se inicie el trabajo de parto, con implicaciones potencialmente graves

En el Perú aproximadamente del 1 a 2% de todos los recién nacidos desarrollan Taquipnea Transitoria de Recién Nacido lo que representa el 32% de los cuadros de dificultad respiratoria neonatal, los registros de hospitalización muestran que el 0.8% de 1000 nacidos vivos cursan Taquipnea Transitoria.

El síndrome de dificultad respiratoria constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad mortalidad. La mayor parte de pacientes que nacieron por cesárea (61 %) cuyo factor de riesgo materno más frecuente fue la ruptura de membrana, 18%, los recién nacidos a término (55%) y de sexo masculino (65%) fueron los que mayor mortalidad presentaron la

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es la causa más común de distres respiratoria en el neonato de cada 1000 nacidos vivos de 5 a 7 presentaron esta condición.

A nivel local el Hospital Departamental Huancavelica Nivel II-2, según registro del servicio de Neonatología en el mes de enero 2020 hubo 113 nacimientos de los cuales el 61 (53%) son partos por cesárea con características propias de las madres y/o distintos factores que presentaron el recién nacido que fueron diagnosticado clínicamente, inmediatamente finalizado el embarazo, la evolución y el pronóstico de los niños son variables y dependen en gran medida del principal factor causante como es la cesárea sin trabajo de parto, cuyo riesgo de dificultad respiratoria es 11 veces mayor que el de los niños a términos por vía vaginal lo cual incrementa complicaciones neonatales

Sin embargo el servicio de neonatología no cuenta con una guía de atención de enfermería actualizadas en neonatos con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido , la desventaja que se tiene es el incremento de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales , prolongándose su estancia y aumentando el costo a la institución , por ello es de vital importancia el manejo de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido sea de acuerdo a guías establecidas de uso común por todas las enfermeras del servicio de Neonatología , especialmente de la unidad de Atención Inmediata , porque la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es un trastorno adaptativo de la función respiratoria neonatal definido como una función respiratoria anormal durante la transición de la vida fetal a la neonatal. , así mismo es necesario que todo el equipo multidisciplinario de salud unifique su lenguaje en los procedimientos a fin de disminuir el riesgo potencial de complicaciones y no revestir peligro para el recién nacido, entendiendo que la patología

respiratoria en el recién nacido representa una de las causas más frecuentes de morbilidad en los neonatos . Por lo tanto es un tema de interés que motiva estudiar, fortalecer conocimientos, realizar guías, protocolos sobre el tema a fin de ofrecer una atención de calidad y calidez

2. MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes del Estudio.

A Nivel Internacional.

CHAVEZ TANDAZO, Paula. 2018, Guayaquil- Ecuador; realizo el estudio titulado “Factores de Riesgo Asociados a la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el Hospital General Guasmo Sur “. Objetivo: Identificar la incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y los factores comúnmente asociados a la aparición de la misma en recién nacidos de 37 a 41 semanas de gestación, se realizó un estudio retrospectivo observacional y de cohorte transversal, resultado de un Universo de 292 RN que llegaron al área de UCIN, provenientes de AIRN desde Septiembre a Marzo del 2018; de los cuales 62 nacieron con Distres Respiratorio siendo 49 atendidos por cesárea y 13 fueron de parto vaginal. Este estudio demostró que el porcentaje con Distres Respiratorio fue de 21% y de los 62 niños con Distres Respiratorio, 25 (40 %) presentaron TTRN, Conclusión: El estudio se concluye que los porcentajes universales que los niños obtenidos por cesárea constituyen el riesgo más alto de presentar una Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. Además que la permanencia hospitalaria ayuda al desarrollo de infecciones intrahospitalaria en el RN aumentado los gastos con los días de hospitalización.

TINAJERO GARZON, cristina y col. 2016, Quito; realizaron un estudio sobre “Taquipnea Transitoria del Recién Nacido Asociada a Cesárea con y sin Labor de Parto en Embarazos Mayores de 34 Semanas en el Hospital de la Policía Quito N°1 2016” . Objetivo: Determinar si la labor de parto constituye un factor protector para Taquipnea Transitoria en Recién Nacidos por cesárea, mayores de 34 semanas de gestación. Estimar la incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido por grupos de edad y sexo. Determinar el tiempo de estadía en la unidad de Neonatología de los RNs con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. Metodología: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. La población constituyó todos los partos por cesárea mayores de 34 semanas, desde enero 2001 hasta diciembre 2016. Se establecieron dos grupos (con y sin labor de parto) y se identificó los recién nacidos con y sin taquipnea transitoria. Resultados: Se identificó 50 casos de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido del total de la muestra (332), lo que corresponde a una prevalencia del 15.1%. La edad gestacional promedio en

el estudio fue de 38 semanas, y en los casos de Taquipnea Transitoria fue 36 semanas. El 58% de Recién Nacidos con Taquipnea Transitoria estuvieron entre 34 y 36 semanas, es decir fueron prematuros leves con diagnóstico de peso adecuado al nacer (PAAN), y en su mayoría de sexo femenino. Los recién nacidos admitidos a la unidad de Neonatología permanecieron ingresados entre 6 y 96 horas, con un promedio de 38 horas. Se analizaron varios factores de riesgo para Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, entre ellos: edad materna, embarazo múltiple, distocias de presentación y compromiso del bienestar fetal, Conclusión: El estudio concluye que no existe una asociación significativa entre estos factores de riesgo y el desarrollo de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido sometidas a cesárea con labor de parto. El grupo de recién nacido a término temprano y pretermino tardío son los grupos de edad gestacional que con mayor frecuencia presentaron Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, tanto en el grupo de labor como sin labor de parto.

ROYO PEREZ, D. y col. 2015, Zaragoza-España; realizaron el estudio sobre “Taquipnea Transitoria Del Recién Nacido: Principales Factores de Riesgo, Evolución y Complicaciones”. Objetivo: Conocer la incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, los factores maternos y perinatales asociados, el tratamiento recibido y las complicaciones que se produjeron. El estudio fue descriptivo retrospectivo los pacientes ingresados entre los años 2010 a 2014 con el diagnóstico de Taquipnea Transitoria de Recién Nacido, en él. Se encontraron un total de 206 casos, y una incidencia de 1,105 (0,95%), varones: 62%, edad gestacional 36,47 +/-2,49 semanas, peso RN: 2768,1+/-709,3 gramos. Destacando como factores de riesgo el nacimiento por cesárea (49,7% vs 24%), edad gestacional menor de 38 semanas (52% vs 7%) y precisar reanimación en sala de partos (22,3% vs 10%). Precisar ventilación no invasiva el 66% de los pacientes, fluido terapia y antibioterapia intravenosa el 72,8%. Se inició la nutrición enteral a las 26,9+/-23,6 horas de vida. Los días totales de estancia fueron 10,4+/-8,6. Presentaron complicaciones (neumotórax e hipertensión pulmonar), 9 pacientes (4,3%). Conclusión: El estudio concluye que los principales factores de riesgo asociados a TTRN fueron el parto por cesárea y la prematuridad moderada-tardía

TELLO YANDUN, Joanna. 2016. Cuenca- Ecuador; realizo el estudio sobre “Distres Respiratorio en Recién Nacidos de la Clínica Humanitaria de la Defundación Pablo Jaramillo Factores Asociados, 2014”. Objetivo: Determinar el distres respiratorio en recién nacidos y los factores maternos y neonatales asociados. Se

realizó un estudio de casos y controles (n=35) de recién nacidos de la clínica Humanitaria.

Del grupo de 70 pacientes, el 60% de los recién nacidos fueron de sexo masculino, el 57.1% presentó distres respiratorio moderado. Los factores maternos más importantes fueron la vía de nacimiento más frecuente fue por cesárea el 60% y parto distócico el 14.3%, el 80% no recibió corticoides antenatales. En los factores neonatales se encontró Apgar anormal al primer minuto de vida, es decir, recién nacido con asfixia moderada el 31.4%, y asfixia grave el 2.8%, la cardiopatía congénita estuvo asociada a distres en el 28.6% y el retardo de crecimiento intrauterino estuvo presente en el 11.4% de los casos, otras patologías a las que se expuso el recién nacido con distres fueron alteraciones metabólicas (14.3%), malformaciones (5.7%) y macrosomía (2.9%). Conclusiones: Se concluye que el distres respiratorio está relacionado al Apgar menor a 7 en el primer minuto de vida, el nacer mediante cesárea, presentar cardiopatía congénita o retardo de crecimiento intrauterino, los otros antecedentes maternos y neonatales tuvieron mayor exposición, pero no representaron un riesgo para desarrollar distres respiratorio.

García Hernández y col.2015.Mexico; realizaron un estudio sobre “Morbilidad y Mortalidad de un Centro Regional en Atención Neonatal del Occidente de México 2012 – 2015”.

El Objetivo: Conocer la morbimortalidad de un centro de atención neonatal de la región Centro Occidente. Materiales y métodos, se realizó un estudio transversal retrospectivo de los expedientes clínicos de los menores de 28 días de vida ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales y a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos (UCINEX) del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” en el periodo de enero de 2012 a agosto de 2015. Las variables estudiadas fueron procedencia, diagnóstico de ingreso, causa de defunción y porcentaje de mortalidad por diagnóstico de ingreso. Los datos fueron recolectados y analizados en Excel. Resultados: Se encontró de un total de 4316 pacientes, fallecieron 602 (13.9%). Los principales diagnósticos de ingreso fueron recién nacido pretermino 19.3% (n=832), Taquipnea Transitoria del Recién Nacido 8.6% (n=372) y síndrome de distrés respiratorio 7.3% (n=313). Las causas de muerte fueron choque séptico 36%(n=217), insuficiencia respiratoria 19% (n=115) y choque cardiogénico 16% (n=95). La prematurez ocupa el mayor porcentaje en la mortalidad con un 20%, seguido de anomalías cardíacas con 14% y malformaciones congénitas no especificadas con 11%. Conclusión: El estudio concluye que deben contar con el personal capacitado, mayor número de unidades neonatales equipadas, regionalización de la atención del recién nacido en

estado crítico y los cuidados en el transporte neonatal han contribuido a la reducción de la tasa de mortalidad, sin embargo aún se requiere mayor inversión en infraestructura y recursos para una mayor cobertura en la atención al recién nacido.

A Nivel Nacional.

GOICOCHEA AGUILA, Silvia. 2019 .Tara potó- Perú; realizo el estudio sobre “Factores de riesgo asociados a Taquipnea Transitoria en el recién nacido del Área de Neonatología del Hospital MINSA II - 2 Tarapoto. Enero – Diciembre 2018”

.Objetivo: Conocer los factores de riesgo asociados a Taquipnea Transitoria en el Recién Nacido del área de Neonatología del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Enero – Diciembre 2018. Los materiales y método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, observacional de casos y controles, con una muestra de 32 recién nacido con Taquipnea Transitoria para casos y 32 recién nacido para controles. En los Resultados se encontró que los factores asociados a Taquipnea Transitoria son la edad gestacional a término OR (1,034) IC (0,897 a 1,193) p valor de 0.010, sexo masculino, OR = 1,278, IC (0,879 a 1,858), un p 0.001; cesárea OR= 1,273, IC (0,974 a 1,664) un p valor de 0.0211; Infección Urinaria materno con OR= 1,000, IC (0,553 a 1,808) un p valor de 0.040. Conclusión: Se concluye que la edad gestacional a término, sexo masculino, cesárea, Infección Urinaria materno se considera significativamente como factor de riesgo asociado a Taquipnea Transitoria en el Hospital II – 2 Tarapoto. Enero a Diciembre del 2018.

TRUJILLO ÁNGELES, Walter A. 2018. Lima – Perú; realizo el estudio sobre “Factores de Riesgo Asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el Hospital de Ventanilla en el Periodo de Enero – Diciembre 2016 “.

Objetivo: Identificar si los factores en estudio están asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el servicio de Neonatología en el Hospital de Ventanilla en el periodo de enero-diciembre del 2016, se realizó un estudio analítico, observacional y retrospectivo de casos y controles; con la aplicación de una ficha de recolección de datos. Resultados: Se encontró de los neonatos en estudio el 51,78% no presentaron Taquipnea Transitoria y del total de los recién nacidos con Taquipnea Transitoria se encontró que los recién nacidos que presentaron parto por cesárea (41,6%), p=0,00 de un OR=43,18; los recién nacidos cuyas madres presentaron Ruptura Prematura de Membrana (18,3%), p=0,00 un OR=4,17; los recién nacidos cuyas madres no presentaron diabetes gestacional (44,2%), p=0,736 y OR: 0,84. sexo

masculino (39,1%), $p=0,00$ y $OR=8,18$, e IC 95% (4,24 – 15,78), los recién nacidos que presentaron APGAR al minuto de vida menor 7 puntos (23,9%), $p = 0,01$ $OR=2,04$ IC 95% (1,14 – 3,64); los recién nacidos que presentaron macrostomía fetal (31,0%), $p=0,00$ un $OR=4,98$ y IC 95% (2,71 – 9,15). Conclusiones: El estudio concluye que los factores que se asociaron significativamente a la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido fueron el parto por cesárea, la ruptura prematura de membranas, el género masculino, el APGAR al minuto de vida < 7 puntos y la macrosomía fetal. Por el contrario, el factor que no se asoció significativamente fue la diabetes gestacional.

CASTILLO, G. 2018 Lima – Perú; realizo el estudio sobre “Factores Asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en Pacientes del Servicio de Neonatología del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz Durante el Periodo Julio 2015 - Julio 2017”, Objetivo: Determinar los factores asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en pacientes del servicio de Neonatología en el Hospital I Es salud Octavio Mongrut Muñoz durante el periodo Julio 2015- Julio 2017. Realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Con una muestra de 54 casos y 162 controles. Resultados: Se encontró en relación a los factores neonatales, el sexo al nacer ($OR: 2,17$; $p=0,01$; $IC95\%=1,15-4,06$), macrostomía fetal ($OR: 3,19$; $p=0,00$; $IC95\%=1,31-7,75$) y depresión neonatal ($OR: 8,97$; $p=0,00$; $IC95\%=2,99-26,88$) estuvieron asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido. De los factores obstétricos, el parto por cesárea ($OR: 6,86$; $p=0,00$; $2,98-15,79$) y la ruptura prematura de membranas ($OR: 4,05$; $p=0,00$; $IC95\%=1,99-8,22$) presentaron asociación con Taquipnea Transitoria de Recién Nacido. y con respecto a los factores maternos, solo la infección de tracto urinario materna ($OR: 3,74$; $p=0,00$; $IC95\%=1,83-7,63$) es considerada como factor de riesgo, a diferencia de la diabetes gestacional ($OR: 2,76$; $p=0,06$; $IC95\%=0,88-8,63$) y el asma materno ($OR: 4,2$; $p=0,46$; $IC95\%=0,91-19,58$). Conclusiones: El estudio se concluye que el sexo al nacer, la macrosomía fetal, depresión neonatal, parto por cesárea, la ruptura prematura de membranas y la Infección Urinaria materna están asociados significativamente a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, la diabetes gestacional y el asma materna no alcanzaron significancia estadística en el estudio.

ESTELA VEGA, Jorge .2018 Cajamarca –Perú; realizo el estudio sobre “Factores de riesgos de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el Hospital Regional de Cajamarca

Enero Diciembre 2016”. Objetivo: Determinar los factores asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca Enero- Diciembre 2016, material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 54 neonatos, distribuidos en dos grupos: con y sin taquipnea transitoria. Resultados: Se realizó el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a taquipnea transitoria fueron: diabetes gestacional (OR: 9.64; $p < 0.05$), cesárea(OR:7.42, $P < 0.05$), macrosomia fetal (OR: 4.08: $P < 0.05$) ruptura prematura de membrana (OR : 4.60, $P < 0.05$) Conclusiones: Se concluye que la diabetes Gestacional, la cesárea, la macrosomia fetal y la ruptura prematura de membranas son factores asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

DEL CARPIO SALAS, Carlos. 2017. Arequipa – Perú; realizo el estudio titulado “Frecuencia y Factores de Riesgo Asociados a Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en el Hospital Regional Honorario Delgado Espinoza 2012 al 2016.”, Objetivo: determinar la frecuencia y los factores de riesgo para Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en pacientes hospitalizados en el Servicio de Neonatología. Método :Se realizó un estudio de casos y controles donde la población estudiada consistió en 531 recién nacidos con el diagnóstico de Taquipnea Transitoria de Recién Nacido desde el año 2012 al 2016, se tomó una muestra aleatoria de la población mediante una fórmula de muestreo en poblaciones finitas para conformar grupos que concluye 240 casos y 240 controles .En ambos grupos se determinó los antecedentes maternas y factores propios del parto para relacionarlos con la aparición de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido . Resultados :Se encontró 531 casos de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en los años de estudio ,que represento el 6.02%del total de nacidos vivos y se halló como factores de riesgo para Taquipnea Transitoria de Recién Nacido: Parto por cesárea (OR 5.6 IC 2.04 – 8.4), Cesárea sin trabajo de parto (OR 1.8 IC 1.1-3.1), Ruptura prematura de membranas (OR 3.1 IC 1.8-5.3), Sexo masculino (OR 5.1 IC 6.4-7.5), prematuridad (OR 2.8 IC 1.8-4.6). no se encontró asociación con enfermedades crónicas de la madre como factores de riesgo .Conclusiones : Se concluye que el incremento de cesáreas en nuestro medio son el principal factor de riesgo para la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido , además se puede considerar el trabajo de parto previo a la cesárea como un factor protector para esta patología

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Teoría o Modelo de Enfermería de Marjory Gordon.

Este modelo enfoca una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon,

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso: la valoración de los pacientes , agrupa 11 patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos que afectan al individuo. Este sistema es ampliamente utilizado para la valoración de enfermería que refleja el carácter global de cada paciente , incluyendo lo físico, espiritual, emocional y social que está estrechamente alineado con la taxonomía de NANDA..

Este constituye un proceso planificado y sistematizado, recoge información e interpretación donde implica toma de decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante en el área de competencia, la existencia de mayor grado de evidencia en las distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas , test, cuestionarios ,etc.) en el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud .

La Valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon son:

1. Patrón de percepción y control de la salud.
2. Patrón nutricional-metabólico
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón actividad- ejercicio.
5. Patrón de sueño- descanso.
6. Patrón cognitivo- perceptivo.
7. Patrón de autopercepción- auto concepto.
8. Patrón rol-relaciones.
9. patrón sexualidad y reproducción,
10. patrón de adaptación tolerancia al estrés.
11. patrón valores – creencias (14)

Tras haber realizado la valoración de cada patrón funcional ,en el caso la valoración clínica , los aspectos que se consideraron en el recién nacido ,la evaluación física se realizó Céfalo –Caudal, próximo distal y algunos aspectos de importancia como : color, piel, tamaño de la cabeza ,,orejas. Tórax, miembros superiores e inferiores, abdomen, genitales, eliminaciones fisiológicas, llanto, reflejos, así como también se tomó en cuenta la valoración

por aparatos y sistemas como : aparato respiratorio, aparato tegumentario , sistema digestivo, sistema urinario, sistema nervioso.

El manejo de neonatos con Taquipnea Transitoria de Recién Nacido es precisar conocimientos y actitudes necesarios para evitar situaciones de riesgo y complicaciones que empeorarían su pronóstico , para ello se establecería un protocolo estructurado en base a patrones del Modelo de MORGON GORDON de 11 patrones y el rol de enfermería que es de vital importancia ya que el profesional de enfermería deben ser capaces de valorar, prevenir , controlar e identificar aquellas situaciones de riesgo que pueden presentar el neonato con taquipnea transitoria de recién nacido, evitando las posibles complicaciones y ayudando a su recuperación y prestando una atención de calidad.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Taquipnea Transitoria del Recién Nacido:

Definición:

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, enfermedad del pulmón húmedo o distrés respiratorio tipo II, es una dificultad respiratoria que aparece al nacer o poco después es de una evolución benigna y de poca duración. Muy frecuente en los recién nacido a término y nacidos por cesárea. Ocurre por un retraso en la reabsorción de líquido pulmonar fetal hacia la circulación linfática pulmonar; esta mayor cantidad de líquido ocasiona una reducción de la distensibilidad pulmonar y provoca una taquipnea que puede llegar hasta 120 respiraciones por minuto, signo clínico que le dio nombre a esta entidad. (1)

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1966 por Avery y cols. Se denominó también “pulmón húmedo”, “distrés respiratorio inexplicable del RN”, “taquipnea neonatal”, “síndrome del distrés respiratorio tipo II” y, más recientemente, “mal adaptación pulmonar”. Predomina en el neonato a término, pero también se puede observar, con cierta frecuencia, en el pretermino límite nacido por cesárea. Se estima una incidencia de 11‰ nacidos vivos y supone el 32% de los cuadros de distres respiratorio neonatal es una alteración leve y auto limitada, aunque estudios recientes sugieren que pudiera ser un factor de riesgo para el desarrollo ulterior de sibilancias en etapas precoces de la vida. (2)

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es una enfermedad no infecciosa, que ocurre generalmente en el niño pretermino (<37 semanas de

gestación) o cercanos al término, nacidos por cesárea. Se caracteriza por una frecuencia respiratoria $>60x'$, y dificultad respiratoria después de las primeras seis horas de vida. Se debe a la retención de líquido pulmonar y con atrapamiento secundario de aire. La eliminación del líquido pulmonar comienza con el trabajo de parto hasta en un 45%, seis horas previas al nacimiento, debido al incremento de las catecolaminas maternas. Esto causa un cambio funcional del canal epitelial de sodio, lo que conduce la absorción de sodio y líquido pulmonar al intersticio; posteriormente este líquido será drenado a través de los linfáticos y a la circulación venosa pulmonar. El líquido pulmonar restante que no logró ser absorbido a través del canal de sodio se elimina gracias al incremento de la presión de O₂ con las primeras ventilaciones del recién nacido lo cual induce una vasodilatación capilar, lo que permite el paso del líquido al espacio vascular.

Habitualmente la eliminación del líquido pulmonar requiere hasta seis horas; sin embargo, se puede obstaculizar, lo cual incrementa el grosor de la membrana alvéolo capilar y propicio la taquipnea transitoria del recién nacido

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es una enfermedad respiratoria que se presenta respiraciones rápidas e hipoxemia causado por un retraso de la reabsorción del líquido presente en los pulmones fetales y que requiere oxígeno suplementario. Al cual se le conoce como la enfermedad del pulmón húmedo o reabsorción demorada de líquido pulmonar, cursa con buen pronóstico; enfermedad benigna de los recién nacidos de término o cercanos al término, quienes presentan dificultad respiratoria desde el momento del nacimiento. Taquipnea prolongada pues incrementa la duración de la hospitalización, el uso de antibióticos y la ansiedad de los padres.

Prevalencia:

La prevalencia informada de la Taquipnea a Transitoria del Recién Nacido varía según algunos autores, que atribuyen hasta un 40% de la dificultad respiratoria neonatal a la Taquipnea Transitoria de Recién Nacido y una incidencia global de alrededor de 11 por cada 1000 nacimientos. Es probable que el número de lactantes que ingresan en unidades neonatales con taquipnea transitoria del recién nacido aumente, vista la tendencia al parto por cesárea programada para un número cada vez mayor de indicaciones obstétricas y fetales. (5)

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, se presenta con mayor frecuencia en recién nacidos a términos o cercanos a ellos, pero también con cierta predisposición familiar, se presenta de 1 a 2 % de todos los recién nacidos vivos, la cesárea aumenta la posibilidad de dificultad respiratoria, especialmente cuando no existe labor inicio de parto.(6)

Aproximadamente del 1 al 2% de todos los recién nacidos desarrollan taquipnea transitoria lo que representan el 32% de los cuadros de dificultad respiratoria neonatal. En el Perú los registros de hospitalización muestran que el 0.87/1000 nacidos vivos cursan con taquipnea transitoria. (9)

Se ha observado que, en los recién nacidos a término, ocurridos por cesárea el riesgo de dificultad respiratoria es 11 veces mayor que el de los niños a término nacidos por vía vaginal; la elevada frecuencia de cesárea se debe a las siguientes prescripciones, como son las cesáreas previas o programadas el cual es un 48%, las distocias un 29%, por sufrimiento fetal un 16%, y por presentación pelviana un 5%, de estas las distocias se incluyeron todas las categorías del llamado parto disfuncional.

Epidemiología.

Las patologías que producen dificultad respiratoria en el recién nacido comprometen al 1% de nacimientos, lo que equivale a 300 casos nuevos cada año. (MSP. 2016) La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es la condición respiratoria más frecuente, afecta entre 1 y 9 de cada 1000 RN; su frecuencia real no se conoce, pero se estima una incidencia entre 0,5 y 2.8% en todos los partos y del 1 al 30% en las cesáreas electivas (Angulo & García, 2016). Es decir, su incidencia se ubica en un amplio rango, pero en probable aumento debido al incremento de potenciales factores de riesgo como las cesáreas a nivel mundial.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que la tendencia de la tasa de mortalidad neonatal (Recién nacidos menores de 28 días) para el año 2014 representó el 75% de la mortalidad infantil (menores de un año); siendo la mortalidad neonatal tardía (7 a 27 días de edad) de 36% y precoz (1 a 6 días de edad) de 64%. (Ministerio de salud pública de Guatemala, 2015) Las principales causas de mortalidad neonatal son: el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis bacteriana y la hipoxia intrauterina-asfixia al nacimiento (Ministerio de Salud Chile, 2010) lo que hace urgente medidas de diagnóstico y manejo temprano y oportuno.

Un 10% de recién nacido con dificultad respiratoria necesitará medidas de soporte durante los primeros minutos; pero, un 1% requerirá soporte avanzado. En una revisión de los motivos de ingreso a las unidades de cuidado intensivo neonatal de Canadá, se mostró que del total de Recién Nacido admitidos en las UCIN, 44.2% eran recién nacido pretermino, 26.2% eran Recién Nacido a término temprano y 29.6% eran recién nacidos mayores de 39 semanas. Estos niños fueron los que requirieron más frecuentemente de asistencia ventilatoria (Angulo & García, 2016); la

mortalidad en estos casos asciende hasta el 15% en Recién Nacido a término. (MSP, 2016)

Cerca del 40% de admisiones de Unidades de cuidados intensivos neonatales por patologías respiratorias corresponden a recién nacido con Taquipnea Transitoria entre pretermino tardío y a término temprano (Angulo & García, 2016), a pesar de su estadía por lo general menor a 72 horas, esto prolonga el tiempo de hospitalización, incrementa el uso de antibióticos y la ansiedad en los padres. (Kasap et al., 2008) (8)

Fisiopatología:

Aunque la causa precisa de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido no está perfectamente aclarada, la mayoría de los autores están de acuerdo con la teoría inicial de Avery y cols., que postulan que esta entidad se produce por la distensión de los espacios intersticiales por el líquido pulmonar que da lugar al atrapamiento del aire alveolar y el descenso de la distensibilidad pulmonar, trayendo todo ello como consecuencia la taquipnea, signo más característico de este cuadro. En función de la fisiopatología se consideran 3 factores relacionados.

- Reabsorción tardía del líquido pulmonar fetal.
- Inmadurez pulmonar.
- Deficiencia de surfactante

Otros consideran que se produce por retraso de la eliminación del líquido pulmonar por ausencia de compresión torácica (parto por cesárea) o por hipersedación materna o bien por aumento del líquido inspirado en cuadros de aspiración de líquido amniótico claro, la acumulación del líquido produce una disminución en la distensibilidad pulmonar, atrapamiento de aire alveolar y un aumento en la resistencia de la vía aérea, lo que produce la dificultad respiratoria característica, Las situaciones involucradas en la disminución de la absorción son: hipoproteinemia, hipertensión pulmonar y disfunción ventricular ya que aumentan la presión venosa central disminuyendo la absorción del líquido por el sistema linfático. Algunos autores han relacionado la disminución en la depuración del líquido pulmonar con el parto por cesárea. Otro factor que se asocia a la taquipnea transitoria del recién nacido es la deficiencia de surfactante pulmonar en estos neonatos. (2)

La inmadurez pulmonar es uno de los factores principales de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, relaciona lectinaesfingomielina madura, pero fosfatidilglicerol negativo ya que la presencia de esta indica maduración pulmonar completa; finalmente algunos mantienen que la taquipnea transitoria del recién nacido, puede ser consecuencia de una inmadurez leve del sistema de surfactante. En cualquier caso lo que se produce es un retraso en el proceso de adaptación pulmonar a la vida extrauterina que habitualmente se produce en minutos y en neonatos se prolonga durante varios días

Durante la vida intrauterina los alveolos pulmonares distendidos se encuentra llenos de un trasudado producido por los capilares pulmonares. El pulmón del recién nacido sufre una serie de adaptaciones trascendentales que modifican la circulación fetal. El reemplazo del líquido pulmonar fetal por aire, es un fenómeno mecánico que requiere de la aplicación de presiones transpulmonar elevadas para lograr insuflar el pulmón en las primeras respiraciones, estas fuerzas deben superar tres elementos:

- Viscosidad del líquido pulmonar.
- Tensión superficial.
- Resistencia de los tejidos.

La expansión del tórax, así como el primer llanto, hacen que los bronquios aspiren aire que llena los alveolos pulmonares, se libera una sustancia tensa activa denominada surfactante que evita el colapso alveolar con la espiración pulmonar y la aparición de un síndrome de dificultad respiratoria

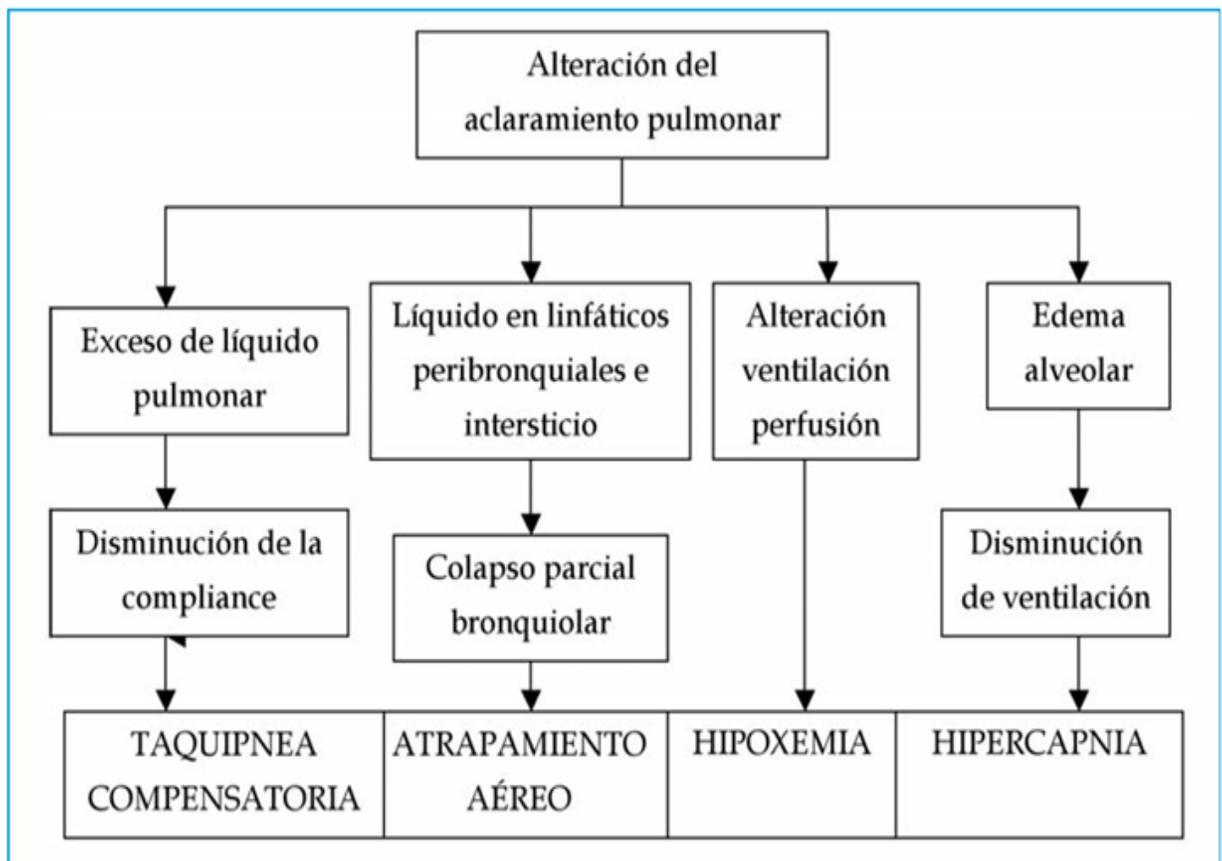


FIGURA 1, Fisiopatología de taquipnea transitoria del recién nacido.
 Autores: Coto Cotallo, GD, López Castro Fernández Colomer B, (3)

Factores Asociados a Taquipnea Transitoria del RN.

No se conoce claramente los factores que influyen para que el epitelio pulmonar pase de secretar a reabsorber, sin embargo, se han postulado algunos factores endógenos que favorecen el aclaramiento del líquido pulmonar fetal (LPF). Entre ellos están las catecolaminas (beta adrenérgicos), arginina- vasopresina, prostaglandinas, prolactina, surfactante, oxígeno, factor de necrosis tumoral alfa, factor de crecimiento epidérmico. (Baquero & Galindo, 2005)

La activación de uno de estos factores favorecedores de reabsorción de líquido pulmonar podría llevar a una cascada de eventos, tal es el caso de la administración de glucocorticoides en el segundo trimestre de embarazo (Romero de Fasolino & Rodríguez, 2008), que aumenta la sensibilidad de los canales de sodio a los beta adrenérgicos en la membrana alveolar.

Factores Obstétricos:

- **Nacimiento por Cesárea.** La cesárea pone en riesgo al neonato de tener líquido pulmonar en exceso como consecuencia de no haber experimentado todas las etapas del parto, incluyendo el aumento de catecolaminas, la liberación de hormonas y el efecto mecánico de atravesar el canal vaginal para activar la absorción del líquido pulmonar fetal. (C L Hermansen, 2010) (9).
- **Parto Prolongado.** El parto prolongado podría ser un factor de riesgo para Taquipnea Transitoria del Recién Nacido., Se explica por el periodo de “ hipoxia “ fisiología durante las contracciones de parto que al tomar más tiempo del habitual podría alterar mecanismo moleculares para la activación de los canales de Na y Cl,, así mismo la bomba Na k. At. Pasa mediados por las catecolaminas y retener líquido pulmonar . De la misma manera el parto prolongado se asocia a otras.
- **Clampeo Tardío del Cordón Umbilical.** El clampaje demorado del cordón influye en la ventilación y la estabilidad hemodinámica cardiovascular y cerebral del neonato Bhatt et, al (María Ceriam & Ceriani,Cenados,2017) en una investigación realizada en ovejas , estudiaron la influencia cardiovascular y cerebral. Sus resultados demostraron que si el clampeo se demora, al menos hasta que después de la primera respiración mejoraba. Marcadamente la función cardiovascular, debido al aumento del flujo sanguíneo pulmonar en el recién nacido y la consecuente, estabilidad hemodinámica cerebral en los momentos Crisen 2010).

El clampeo tardío puede producir policitemia hiperbilirrubinemia, aumento del volumen sanguíneo aumento de la presión venosa central, disminución del retorno venoso y linfático, por lo cual hay alteraciones en la absorción del líquido pulmonar fetal y por ende taquipnea transitoria (4) .

- **Asma Materna.** Esta patología podría asociarse al desarrollo de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, sin embargo el mecanismo fisiológica no se conoce a un (Cl. Hermanen 2010). Se cree que podría tratarse de una disfunción en la regulación de las catecolaminas que intervienen en la reabsorción del líquido pulmonar (Demissie Marcella Breakenridge & Rhoads 1998), pero en estudios al respecto se ha demostrado un riesgo incrementando de atopía y asma en neonatos que desarrollan taquipnea transitoria , lo que podría incluso demostrar una conexión genética entre otras patologías .
- **Diabetes Gestacional.** La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido se produce de dos a tres veces más frecuente en los recién nacido de madres diabetes , El mecanismo real tampoco está muy claro , pudiera asociarse a una disminución de la absorción del líquido alveolar en el pulmón fetal , por falta de sensibilidad en receptores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF&) e incremento de enzimas como la 11 bhidroxieseroide de deshidrogenasa tipo I (Gare 2008) que destruye los corticoides maternas y disminuye los mismos a nivel fetal con lo que contribuye a un retraso en la producción de surfactante .
- **Líquido Amniótico Meconial** .Prácticamente su fisiología con la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y morbilidad respiratoria neonatal obedece a la aspiración de líquido meconial (Recee & Haabbins, 2008) , lo que incrementa la viscosidad del líquido de las vías áreas y dificulta su expulsión y reabsorción llevando al recién nacido a grados variables de hipoxia .
- **Edad Materna.** La edad materna sobre los 35 años independientemente de otras circunstancias representa un factor de riesgo para patologías obstétricos como diabetes gestacional , trastornos hipotensivos e incrementa el números de cesáreas (Heras Pérez , Gobernado , Tejedor, Mora Cepeda & Álvarez Gómez 2011), por lo que se considera un factor de riesgo indirecto para

varias patologías materno neonatales y entre ellas la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

- **Distocias de Presentación (pelviana, transversa) y embarazo múltiple.** La mala posición fetal es un factor de riesgo indirecto para Taquipnea Transitoria del Recién Nacido al incrementar el número de cesáreas (Gabriel et al 2009).
- **Uso de Narcóticos en la Madre.** existen pocos acerca del tipo de anestesia durante la cesárea como factor influyente en la aparición de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, sin embargo se han planteado estudios que evalúan parámetros del cordón umbilical y su relación con diferentes tipos de anestesia general epidural y raquídea (Gunaydin Tas& Fay daci 2012)(Reynolds & Seed,2005) encontrando un leve beneficio a favor de la anestesia raquídea.

.Factores Neonatales:

- **Recién Nacido Masculino.** La dehidrotestosterona se presente en los varones disminuye la síntesis de fosfatidilcolina para la producción de surfactante en los neumocitos tipo II por el contrario los estrógenos presentes en fetos de sexo femenino aumentan el número de receptores a catecolaminas que facilitan la producción de surfactante y la activación de mecanismos fisiológicos para reabsorción de líquido pulmonar (Pi Guillén , Ciminari & Gómez 2013) ,Varios estudios han demostrado que el sexo fetal masculino constituye un factor de riesgo para Taquipnea Transitoria del Recién Nacido(Gabriel et, al 2009) (Cl Hermansen 2010) (Gunaydin et ,al 2012) .
- **Apgar Bajo (< 7 puntos).** El test de Apgar es un método rápido para evaluar el estado general del recién nacido a través de 5 parámetros: frecuencia cardíaca esfuerzo respiratorio, tono fetal, reflejo de irritabilidad y color de la piel (Powell&Porber , 2003).
Se evalúa al minuto y 5 minutos tras el nacimiento y su uso contribuye a la identificación de patologías neonatales como el distres respiratorio. Cabe recalcar que su uso individual no es diagnóstico de asfixia perinatal (Powell & Prober , 2003) sin embargo permite una evaluación rápida del estado neonatal para tomar las medidas respectivas . Valores menores de 3 a los 5 minutos sugieren asfixia, lo que debe ser confirmado con estudios de cordón umbilical. Valores menores a 7 sugieren algún grado de

compromiso circulatorio o ventilatorio moderado (Gunaydin et al 2012), razón por el cual este parámetro es tomado en cuenta al momento de valorarla Taquipnea Transitoria del Recién Nacido en estudios de asociación de factores de riesgo con dicha patología (Gabriel et al , 2009).

- **Peso elevado y Bajo al Nacer.** No constituyen un factores de riesgo , sin embargo el peso elevado aumenta el riesgo de cesárea y distocias , así como asfixia perinatal y resultados adversos respiratorios en general . Pero por otro lado, el bajo peso pudiera explicarse por el posible comportamiento del RN como prematuro. Un estudio realizado al respecto (Gabriel et la 2009) no encuentra asociación significativa de estas condiciones con el desarrollo de taquipnea transitoria de recién nacido
- **Prematurez.** Pese a la producción inicial de surfactante desde la semana 23 (Acuna María J. Arce et al ,2010), al producir un parto prematuro e incluso a término sobre todo menos a 39 semanas, el riesgo de taquipnea transitoria de recién nacido , se encuentra incrementando, fisiológicamente se explica por la falta de tiempo prenatal de reabsorción de líquido pulmonar y la falta de cese de su producción (Angulo & García) .
Los recién nacidos prematuros y/o en aquellos que nacen sin trabajo de parto previo, no tienen oportunidad de eliminar tempranamente el líquido pulmonar, por lo que comienzan su vida extrauterina con un exceso liquido en sus pulmones (4).
- **Post Madurez.** constituye un factor de riesgo indirecto por presentar mayor posibilidad de distocia de labor y cesárea , así como de otro trastornos respiratorios por la presencia de meconio en el líquido amniótico (Angulo & GARCIA , 2016)

Cuadro Clínico:

- Quejido espiratorio y cianosis. (raro) .
- Taquipnea persistente son disnea. (que se resuelve en aproximadamente 5 días)
- Retracción intercostal mínimas o ausentes.
- Ruido respiratorio normal.
- Puede observarse respiraciones agitadas o aleteo nasal.
- El proceso se resuelve a 12 a 72 horas.
- La saturación de oxígeno se encuentra dentro de los parámetros normales.

Escalas para Valoración de Dificultad Respiratoria

ESCALA DE DOWNES.

SIGNOS.	0	1	2
Frecuencia respiratoria	<59 X'	60 -80 X'	>81 X'
Cianosis central	No	Con aire ambiental	Con O ₂ al 40% o apneas
Entrada de aire	Buena	Regular	Mala
Quejido espiratorio	No	Débil, audible con fonendoscopio	Audible a distancia
Retracciones subcostales	No	Moderadas	Marcadas

Fuente: Componente Normativo Neonatal. Ministerio salud publica Ecuador, Agosto 2008 Pág. 96.

Elaborado por: José H. Segura M.

- ✓ Puntuación:
- ✓ -1-3: dificultad respiratoria leve =oxígeno al 40% con Hood.
- ✓ -4-6 :dificultad respiratoria moderada = Presión , positiva continua de la vía aérea (CPAP)
- ✓ -<7 : dificultad respiratoria severa= ventilación mecánica (23).

ESCALA DE SILVERMAN-ANDERSON.

SIGNOS.	0	1	2
Movimientos torácico - abdominal	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Disociación torácico-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y Constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso
Quejido respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Fuente: Componente Normativo Neonatal. Ministerio de Salud Publica Ecuador .Agosto 2008 Pág. 97.

Elaborado por: José Segura M.

Diagnóstico Diferencial:

- Síndrome de mala adopción pulmonar.
- Neumonía.
- Sepsis.
- Enfermedad de membrana hialina leve.
- Aspiración meconial.
- Cuadros post asfixia.
- Cardiopatía congénita.

Tratamiento.

- Se administra oxígeno húmedo si es posible tibio a través de cabeza (Fase 1) para mantener una presión de oxígeno (PaO₂) normal según los requerimientos determinados por los gases en sangre y / o monitoreo por oximetría de pulso de la saturación de oxígeno en hemoglobina (SO₂) la cual debe permanecer en 88-95 %.
- Balance hídrico.
- Control de funciones vitales.
- Reposo gástrico y vía periférica hasta que la frecuencia respiratoria sea menor de 80 por minuto, entre 60 a 80 respiraciones por minuto, se administre preferentemente leche materna por sonda oro gástrica (

SOG) y lactancia materna si la frecuencia respiratoria es menor de 60 por minuto,

- Mantener la temperatura axilar de 36.5° C (incubadora).
- Ante la sospecha de otra patología actuar guía específica.
- La necesidad de apoyo con oxígeno con el dispositivo de presión positiva (CPAP) y / o ventilación mecánica de ser necesario derivar a cuidados intensivos. (9)

Manejo de Taquipnea Transitoria:

El manejo de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido parte del conocimiento de los factores de riesgo para tomar las medidas necesarias en cada caso previo al nacimiento del recién nacido , aunque muchos de estos factores no son modificable , los conocimientos al menos permiten preparar el ambiente para recibir un niño con riesgo de desarrollo a patologías.

El reconocimiento temprano y oportuno de los signos de cada patológica respiratoria permite tomar conductas de manera oportuna para evitar complicaciones y recuperaciones demoradas.

Las medidas en general son de soporte y vigilancia, seguido por el apoyo de oxígeno ya sea por control de signos vitales, asegurando la vía área respiración y circulación.

La primera acción consiste en la aspiración de fluidos naso bucales fetales , seguido por el apoyo de oxígeno ya sea por cánula nasal a flujo libre o con presión ventilatoria , Si la frecuencia respiratoria sobrepasa 80 por minuto se recomienda suspender la alimentación oral y el uso de sonda nasogástrica, manteniendo un acceso intravenosa para hidratación. Si la taquipnea persiste más allá de 4 a 6 horas se debe completar estudios como hemograma general, PCR y hemocultivo y si la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido va más allá de 36 horas se considera signo de Taquipnea persistente y además de investigar causas infecciosas , debe sospechar cardiopatías fetales que pudieran ocasionarla (Kasap et al :2008).

La restricción de líquidos ha demostrado ser beneficiosa para el curso de la Taquipnea únicamente en casos de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido severa , es decir con una duración mayor de 48 horas soporte ventilatorio de difícil destete (Stroustrup Trasande & Holzman , 2012).

La maduración pulmonar fetal previo a cesáreas programadas es una práctica electiva , sin embarazo , algunos estudios han demostrado una

disminución significativa en el desarrollo de taquipnea transitoria de recién nacido y admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) si es administrada 48 horas previas a la cirugía en menores a 39 semanas (Gyamfi- Bennerman , 2016) (ACOG-American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016). Este hallazgo aún se encuentra a criterio de cada médico, considerando los riesgos posibles del uso de corticoides en embarazos a término entre los que sobre todo se habla de la hipoglicemia y sus efectos posteriores aun bien aclarados .

Seguimiento:

- A. Mantener la concentración de oxígeno necesario para mantener una adecuada saturación entre 88 a 95%.
- B. Aportar los líquidos basales habituales o con discreta restricción por 24 a 48 horas. En el trabajo se demuestra que la restricción leve o moderado de líquidos, iniciando con 60ml/kg/día no causa problemas y puede disminuir el tiempo de estancia.
- C. Iniciar tempranamente el aporte nutricional suficiente si es posible por vía enteral, la succión debe ser cautelosa, dependiendo de los datos de dificultad respiratoria. Cuando la frecuencia respiratoria es mayor de 70 por minuto, es necesario usar sonda gástrica u oro gástrico para alimentación.
- D. Cuando la dificultad respiratoria es moderada a grave se recomienda dejar en ayuno y dar aporte intravenoso.
- E. El propósito por lo general es benigno y en 24 a 48 horas puede disminuirse el apoyo y retirar el alta será en 72 a 96 hora de nacido el paciente.

El enfoque ideal para la prevención de Taquipnea Transitoria de Recién Nacido es reducir la incidencia de la cesárea, lo cual ha ido en aumento y contribuye significativamente a la morbilidad respiratoria en recién nacidos a término y pretermino. Así mismo las asociaciones de obstetricia y ginecología recomiendan que las cesáreas electivas se realicen a mayores de 39 semanas de gestación en base a la fecha de la última menstruación o esperar el inicio de trabajo de parto espontaneo. (11)

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO CON RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3.1 Valoración

Datos de Filiación:

Nombres del paciente:

- **Apellidos , Nombres** : MARTINES QUISPE .RN..
- **Edad** : 2 horas de nacido.
- **Sexo** : Masculino
- **Peso** : 2570 gr.
- **Tipo de parto**: Cesárea.
- **Lugar de procedencia** : Centro poblado de Pucapampa- Yauli
- **Cama** : incubadora.
- **Fecha de Ingreso**: 07-01-2020.
- **Fecha de Nacimiento**. 07-01-2020
- **Hora de Nacimiento**. 17.20. hrs.
- **Servicio**: Atención inmediata

Motivo de Consulta:

Neonato de sexo masculino que a las dos horas de vida extrauterina presenta taquipnea, dificultad respiratoria es ingresado al área de Neonatología del Hospital Departamental Huancavelica Nivel II-2.

Enfermedad Actual

Neonato único nacido vivo de sexo masculino proveniente de parto por cesárea de 36 semanas de gestación; activo reactivo, adecuado para la edad gestacional es ingresado al área de Neonatología por presentar media hora de vida extrauterina, tiraje intercostal, retracción xifoidea, quejido espiratorio, respiración 110 por minuto, saturación de oxígeno: 78%

Antecedentes.

Antecedentes Prenatales - Postnatales:

- Infección urinario materna, hace un mes.

- Controles prenatales incompletos.
- parto por cesárea.

Antecedentes Personales. No refiere.

Antecedentes Familiares. No refiere, pero su progenitora refiere tener antecedentes familiares de diabetes e hipertensión.

Antecedentes Socioeconómicos y Culturales. Los padres son de la zona rural de la provincia posee un nivel económico bajo, tienen creencias en cuanto a la religión evangélica que repercute en salud de su hijo.

EXAMEN FISICO:

- **Apariencia General:** Recién nacido de sexo masculino.
- **Signos Vitales:** Temperatura: 36.3°C FR de 110, FC 168x, saturación de oxígeno de 78% y con apoyo de oxígeno hasta los 95% medidas antropométricas peso 2570 gramos.
- **Piel:** piel rosada, se evidencia cianosis periférica marcada íntegra sin presencia de lesiones.
- **Cabeza:** cabeza normo céfalo, fontanelas anterior y posterior palpables, planas y suaves sin contusiones..
- **Cara:** Simétrica no presenta ninguna anomalía.
- **Oídos:** Cartílagos de la oreja bien implantados..
- **Nariz:** de aspecto normal, presenta aleteo nasal leve.
- **Cavidad Oral y Oro faringe:** Labios íntegros, sin lesiones, ausencia de dientes, paladar íntegro y bien formado, lengua grande tiene fisuras reflejo de búsqueda y succión pobres.
- **Tórax:** Redondo, simétrico, clavículas alineadas vertebras simétricas, presencia de respiración rápida, retracción intercostal y subcostal leve..
- **Abdomen:** suave depresible, presencia de cordón umbilical completo, limpio, seco, sin presencia de masas.
- **Columna:** Recta y en línea media sin defectos visibles.
- **Extremidades:** Simétricas, normales, móviles.
- **Genitales:** Normales, descenso de los testículos, oral central.
- **Ano** : Presencia de ano permeable.
- **Llanto:** Enérgico, irritable.
- **Reflejos:** Pobre succión como de deglución.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Radiografía de Tórax,

Taquipnea Transitoria: Refuerzo de la trama bronca vascular, hiperinflación y cisuritis.

Exámenes Auxiliares de Laboratorio.

Eosinofilos	12.46.	Neutrófilos	43.24
Hemoglobina	21.3	Hematocrito	65.5
Plaquetas	262		
Glucosa	68mg/dl		
VDRL	No reactivo	PCR	Negativo

Los resultados de los exámenes laboratorio dentro los parámetros normales

Diagnóstico Diferencial.

Síndrome de Dificultad Respiratoria.

Diagnóstico Definitivo.

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido

Aparato o Sistema afectado

Respiratorio que lo tiene alterado debido a la Taquipnea Transitoria.

3.1.1, Valoración según Modelo o Clasificación de Dominios. Y Clases.

DOMINIO2: Nutrición (00107) Patrón de alimentación ineficaz del lactante, Relacionado con prematuridad manifestado por incapacidad para iniciar una succión eficaz y falta de continuidad en la succión del pecho de la madre.

CLASE 2 : Patrón de alimentación.

DOMINIO 2: Nutrición (00104) .Patrón de alimentación Ineficaz del lactante relacionado con la interrupción de la lactancia materna .

CLASE 1 : Lactancia Materna.

DOMINIO3: Eliminación e intercambio (00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal, aumento, Disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

CLASE 2: Motilidad gastrointestinal

DOMINO 4: Actividad /Reposo (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inmadurez manifestado por Taquipnea.

CLASE 4: Respuesta cardiovascular/pulmonares.

DOMINIO 4: Actividad/ Reposo (00198) Trastorno del patrón sueño relacionado con interrupciones iluminación y ruidos manifestado por insatisfacción con el sueño.

CLASE 1: Patrón de sueño.

DOMINO 7: Rol / Relaciones. (00061) Alteración de los procesos familiares relacionado por la alteración de las rutinas familiares, cuidados hacia su bebé durante las 24 horas manifestado por dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas, evidenciado por sentirse, triste, con mucha angustia.

CLASE 1: Rol de cuidador

Dominio 11:Seguridad /protección (00005)Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal , susceptible a la fluctuación de temperatura entre la hipotermia y la hipertermia que puede comprometer la salud de recién nacido para lo cual vigilar o mantener la temperatura corporal dentro los valores normales .

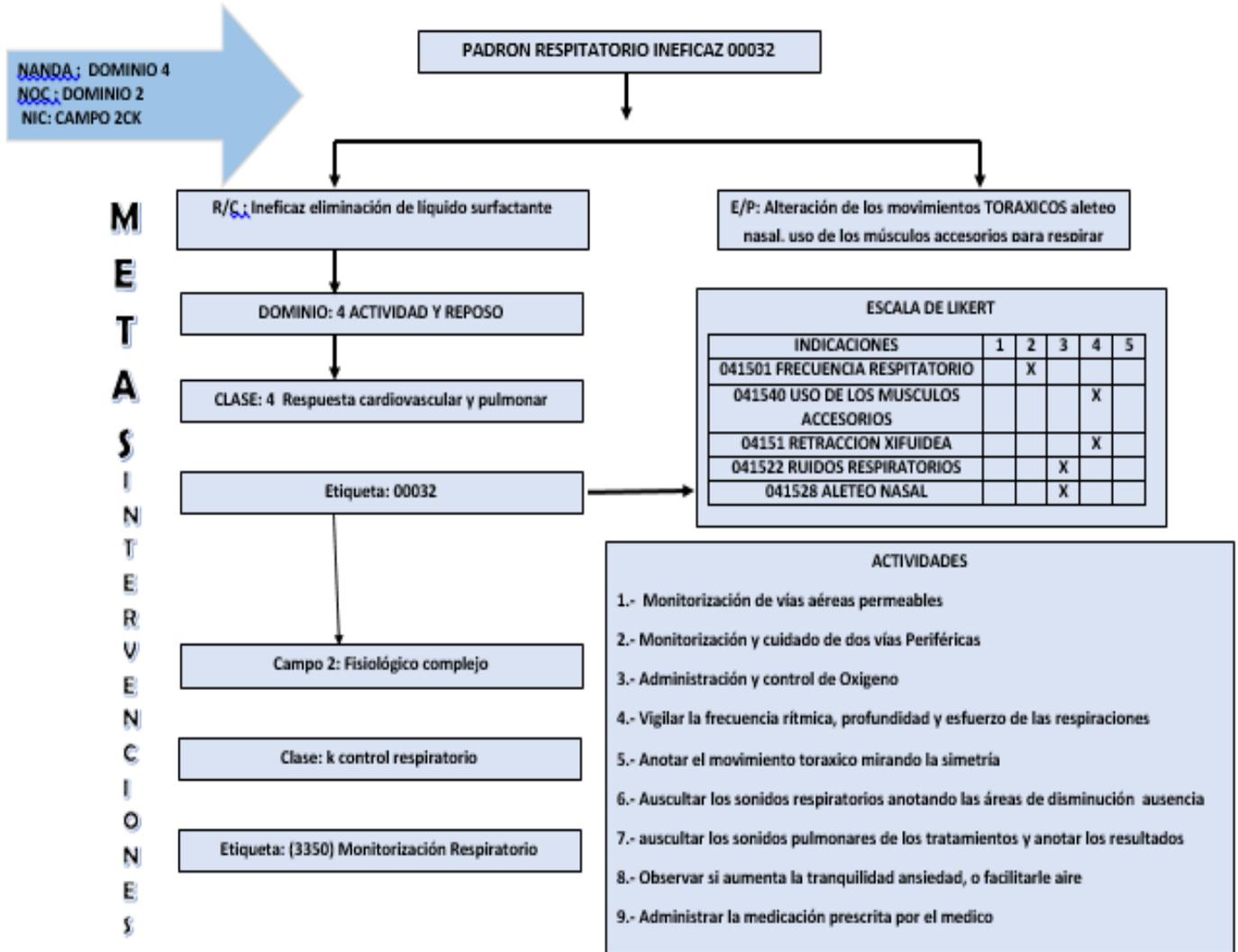
CLASE 6: Termorregulación

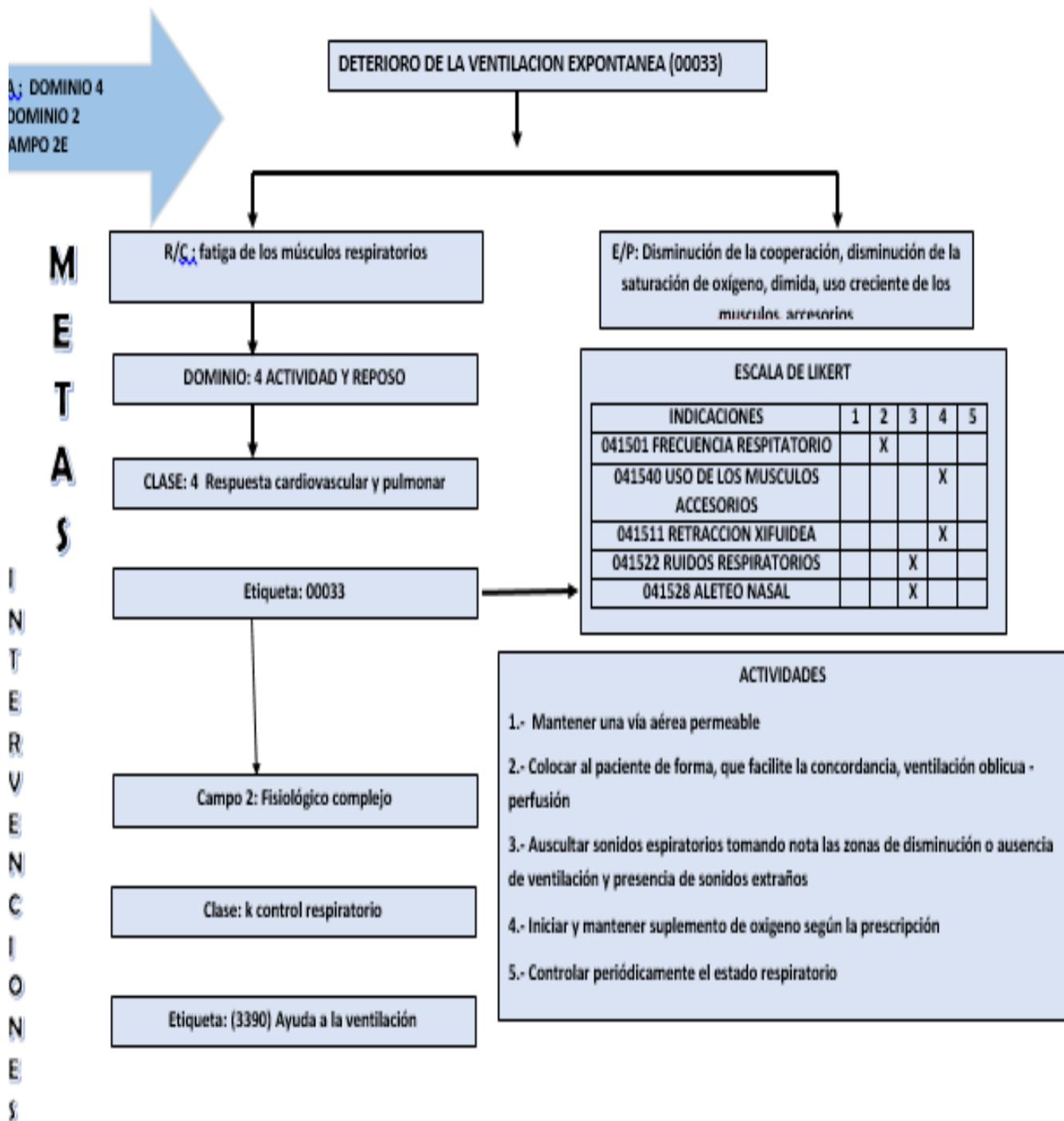
DOMINIO 11: Seguridad / Protección. (00004) Riesgo de infección relacionado con presencia de herida abierta (cordón umbilical),

CLASE 1: Infección.

3.1,2 Esquema de Valoración

3.2.1 ESQUEMA DE VALORACION





Fuente: Proceso de enfermería en Taquipnea Transitoria del Recién Nacido de 2 horas de vida. Extrauterina, propuesta. De caso clínico, Universidad Técnica de Babattoyo. Ecuador 2018.
Elaborado: Yeraldine, Castellano.

3.2. Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inmadurez neurológica, fatiga de los músculos respiratorios, manifestado por taquipnea, aleteo nasal, disnea, uso de los músculos accesorios para respirar, disminución de la presión inspiratoria, disminución de la presión espiratoria: frecuencia cardiaca 168/ rpm, con ritmo cardiaco acelerado, frecuencia respiratorio 110 por minuto, con falta con energía, quejido respiratorio, retracción xifoideo, disminución de la saturación de oxígeno (SaO₂):78%, cianosis, periodos de apnea, con patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con prematuridad, manifestado por incapacidad para coordinar la succión, la deglución, incapacidad para iniciar una succión eficaz y desequilibrio de la temperatura corporal, manifestado por temperatura 36.3°C y factores del patrón sueño relacionado a barreras ambientales (eliminación, ruidos), manifestado por insatisfacción con el sueño.

Priorización de los Diagnósticos de Enfermería

- Respiración ineficaz relacionado con la inmadurez neurológica, manifestado por disnea, taquipnea. Aleteo nasal leve, retracciones sub costales e intercostales, quejido.
- Patrón de alimentación ineficaz relacionado con prematuridad, manifestado por incapacidad para iniciar la succión ineficaz, cambio en la alimentación de leche materna a fórmula.
- Trastorno del patrón sueño relacionado a barreras ambientales, iluminación, ruidos manifestado por insatisfacción con el sueño..
- Alteración de los procesos familiares relacionado por la alteración de las rutinas familiares, manifestado por dificultad para llevar a cabo, cesárea requerida, con la hospitalización evidenciado por sentirse, triste, con mucha angustia y temor ..
- Riesgo de infección relacionado a presencia de herida abierta (cordon umbilical)..
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con Temperatura 36.3°C

3.2.1. Esquema de Diagnóstico de Enfermería

Problema	Factor relacionado	Evidencia	Diagnostico
Patrón respiratorio ineficaz	Inmadurez Neurológica, fatiga de los músculos respiratorios	Manifiesto por disnea, taquipnea, aleteo nasal, retracciones subcostales e intercostales, quejido	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inmadurez manifestado por taquipnea
Lactancia materna ineficaz	Prematuridad	Manifestado por falta de continuidad en la succión del pecho mostrándose incapaz de cogerse correctamente al pecho materno. .	Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con la prematuridad
Desequilibrio de la temperatura corporal	Extremo de edad, sedación	Temperatura 36.3°C	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con la fluctuación
Trastorno del sueño interrumpido por dificultad respiratoria al despertar con frecuencia	Barreras ambientales e interrupciones: iluminación, ruidos	Manifestado por insatisfacción con el sueño	Patrón de sueño alterado, relacionado a barreras ambientales

3.3 Planificación.

3.3.1. Esquema de Planificación.

Diagnostico de enfermería	Objetivo. NOC	Intervención de enfermería. NIC	Evaluación
<p>(00032). Patron respiratorio ineficaz relacionado con la inmadurez neurológica, manifestado por taquipnea , fatiga de los músculos respiratorios</p>	<p>Resultado: Estado. Respiratorio Ventilación. RN. Mostrará mejoría de la dificultad terapia respiratoria. Recién nacido presentara FR.,FC dentro del rango normales</p>	<p>Oxigenoterapia. Actividades:. *Administrar oxigeno a través de Casco cefálico a un fio2 45% y un flujo de 5lt humidificado Para mantener Sto2> a 90%. Evaluar la eficacia de la oxigenoterapia mediante la oximetría de pulso. Aspiración de vías aéreas. *Realizar aspiración de secreciones para mantener las vías respiraciones permeables. Monitorización respiratoria. *Monitorizar los signos vitales a horario. *Realizar la valorización con las escalas. *Monitorizar el patrón respiratorio vigilando su frecuencia , ritmo , profundidad y esfuerzo respiratorio,</p>	<p>Neonato continua con apoyo ventilatorio en casco cefálico, manteniendo saturación de oxigeno de 90% con un objetivo logrado.</p> <p>No se aspira secreciones ya que el neonato no evidencia secreciones solo se realiza una limpieza de la boca con una gasa.</p> <p>El objetivo es parcialmente alcanzado ya que la monitorización de signos vitales el RN presenta FR.70xm con una mejoría en la disminución de FC 150xm T° a 37°C y una saturación de 90%</p>

<p>(00104. Patrón e alimentación ineficaz ,Relacionado con prematuridad , manifestado por incapacidad para iniciar la succión ineficaz</p>	<p>Resultado: Estado nutricional. Recién nacido presentara lactancia materna exclusiva con reflejo de succión y deglución adecuada</p>	<p>Alimentación enteral por sonda: * Realizar la inserción de una sonda oro gástrica . * Realizar el peso del recién nacido diario y vigilar la tendencia de perdida y ganancia de peso . * Realizar la succión no nutritiva para estimular la succión (colocar el pulgar y el índice bajo la mandíbula del bebe para favorecer el reflejo de succión).</p>	<p>Objetivo no alcanzado, Recién nacido presenta sonda oro gástrica. *Al control del peso del neonato presenta una disminución de 20 gr. en relación al peso e nacimiento . *Objetivo parcialmente logrado, evidenciando que la succión es pobre . Neonato recibe LME extraída de 10cc por sonda con buena tolerancia. * Objetivo logrado ,madre se muestra sensibilizada sobre importancia de la lactancia materna exclusiva realizando extracción manual cada 3 horas</p>
--	--	---	---

<p>(00198) Trastorno del patrón del sueño , relacionado con interrupciones , (iluminación, ruidos)</p>	<p>Resultado. Patrón del sueño adecuado durante la estancia. Recién nacido evidenciara tranquilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Valorar el patrón del sueño durante el turno. *Brindar comodidad y confort cada 3 horas , cambio de posición, cambio de pañales .. * Propiciar un ambiente cálido en incubadora manteniendo temperatura corporal en rangos normales , disminuyendo los ruidos , iluminación cubriendo la incubadora con protectores . * Disminuir la manipulación al neonato programando con intervalo de 3 horas . * Vigilar que la lactancia sea adecuado para el neonato propiciando un descansó. 	<p>Objetivo alcanzado ya que se disminuye la luz , los ruidos y la manipulación mínima hacia el RN .,realizando las actividades en horarios , evidenciando que el recién nacido logra conciliar sueño por intervalos</p>
--	---	--	--

<p>(00005). Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal, relacionado con extremos de la edad ,manifestado por temperatura 36°C</p>	<p>Termorregulación : Recién nacido con estabilidad de la temperatura</p>	<p>Regulación de la temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Controlar la temperatura cada 2 horas. * Vigilar la temperatura hasta que se estabilice. * Observar y registrar signos de hipotermia e hipertermia. * Colocar al recién nacido en incubadora o cuna térmicas . <p>Regular la temperatura intrahospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Vigilar continuamente la temperatura del recién nacido. * Cubrir la cabeza del recién nacido. * Mantener al RN en incubadora o cuna térmica.. * Comprobar la temperatura corporal. 	<p>Se cumplió con el objetivo evidenciando la termorregulación del recién nacido , motivo por el cual el neonato continua en una incubadora térmica , se mantuvo en un ambiente agradable con el fin de evitar complicaciones</p>
---	--	---	---

3.4. Ejecución y Evaluación

3.4.1. Registro de Enfermería SOAPIE

S	Recién nacido ingresa al servicio de neonatología en incubadora a hospitalización
O	RN es evaluado por pediatra presentando dificultad respiratoria, taquipnea, aleteo nasal, con secreciones pulmonares, disminución de la saturación de oxígeno , no recibe la lactancia materna.
A	Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez neurológico evidenciando en alteraciones en la profundidad respiratoria, taquipnea, fatiga de los músculos respiratorios, patrón de alimentación ineficaz del lactante R/C la prematuridad, manifestado por incapacidad para iniciar la succión ineficaz. Trastorno del patrón del sueño R/C con interrupciones, manifestado por insatisfacción con el sueño y riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C con extremos de edad manifestado por temperatura 36.3°C sedación.
P	Mantener el estado respiratorio y ventilación e intercambio gaseoso. Mantener el aporte de oxígeno y saturación. Mantener la lactancia materna exclusiva (LME) durante la estancia hospitalaria con buen reflejo de succión y deglución, mantener el patrón el sueño adecuado durante la estancia hospitalaria. Mantener la termorregulación.
I	Administrar oxígeno por casco cefálico a un fio2 45% y un flujo humidificado para mantener StO2 <a 90%,controlar la eficacia de la oxigenoterapia mediante el pulso oximetría, aspirar las vías aéreas, monitorizar los signos vitales y valorización de las escalas y realizar la inserción de la sonda oro gástrica.
E	Los objetivos planteados y ejecutados se cumplió en un 90%, se continuo con cuidados de enfermería modificado e individualizado.

4. CONCLUSIONES.

- a) El neonato con Taquipnea Transitoria presento el problema por la prematuridad, parto por cesárea sin trabajo de parto, conforme la intervención se encuentra en proceso de adaptación.
- b) La administración de oxígeno hace que supero la dificultad respiratoria con los cuidados de enfermería en la oxigenoterapia en el modo Hood o fase I , iniciando con un FiO₂ a 45% y un flujo de 5lt por minuto, el cual fue disminuyendo ya que al monitoreo de la saturación de oxígeno fue de 90% logrando una buena adaptación y progresando el destete de oxígeno.
- c) El propiciar un plan y programación de horarios para la atención del neonato, la disminución en la manipulación y brindar un ambiente con disminución de ruidos e iluminación, se logró que el recién nacido se encuentre tranquilo, menos irritable conciliando sueño lo cual le favoreció una mejoría.
- d) Se realizó la intervención educacional a la madre sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva , sensibilizo a la madre la cual facilito la extracción de su leche , el cual favorece la recuperación del recién nacido
- e) Se concluye que la labor de la enfermera especialista o con experiencia adquirida durante años de trabajo en el servicio de Neonatología y su capacitación en forma permanente, a pesar de la carga laboral, falta de personal de enfermería , falta de dotación de material, fortalece el equipo para brindar una atención individualizada e integral de los neonatos disminuyendo las complicaciones y la mortalidad neonatal.

.5. RECOMENDACIONES.

- a)** A la profesional de enfermería deberá realizar vigilancia estrecha y continua desde las primeras horas de vida en el recién nacido que presenta factores de riesgo para taquipnea transitoria ,así mismo vigilar en forma continua la saturación de oxígeno con la oximetría de pulso con registros a horario, garantizando oxigenoterapia con FiO2 mínima indispensable y mantener la saturación de oxígeno entre 88 a 95%.
- b)** La enfermera deberá utilizar un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados en el neonato con Taquipnea Transitoria del Recién Nacido mediante el Proceso de Atención de Enfermería involucrando a la familia y comunidad.
- c)** Se recomienda a las enfermeras realizar la educación sobre la importancia de la lactancia materna y enseñar la extracción manual con los cuidados de bioseguridad ,siéndola leche un alimento indispensable para el recién nacido con Taquipnea Transitoria el cual le favorecerá su recuperación ..
- d)** Se recomienda a las autoridades del Hospital Departamental el incremento de personal de enfermería , con el objetivo de evitar errores por la carga laboral, del mismo modo debe valorar la laborar de la enfermera especialista en el servicio de Neonatología ya que fortalece el equipo para brindar una atención individualizada e integral al neonato , finalmente se sugiere crear la Unidad de adaptación para neonatos con riesgo, con el debido reconocimiento estructural y funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.** FRANY W. Castro López, Omayta Urbina Laza, Vol.1, Ed. Ciencias Médicas ;2017.
- 2.** Coto Cotallo GD,. López Sastre J, Fernández Colomer Álvarez.
- 3.** Caro F., Ibáñez Fernández .A. Asociación Española de Pediatría 2008.3.M, Alejandro Gonzales –Garay .Ed. Vol.32, Acta Pediátrica de México 2011.
- 4.** Villanueva D. Ávila R. Dies P .Ibarra D. Velázquez N. Villa M. Insuficiencia. Respiratoria Neonatal. Edición revisada y actualizada. México Inter sistema 2016.
- 5.** Avery G.Fletcher M.Mac. Donald m. Tratado de Neonatología ed.6TA, Filadelfia,2006.
- 6.** Gonzales A, Hernández J, Casanueva E. estudio de Asociación entre los factores de riesgo Materna y Neonatales para el Desarrollo de Taquipnea Transitoria del recién Nacido, Revista investigación Médica México 2009.
- 7.** Ministerio de Salud del Perú, Guía Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. Lima.2007.
- 8.** OPS, Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Mortalidad materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción, síntesis y enfoque estratégico observatorio de la infancia (2008).

9. CHAVEZ P,” Factores de riesgo Asociado a la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, en el Hospital General Guasno Sur. Guayaquil-Ecuador-trabajo de investigación.
10. Atención del Recién Nacido con Taquipnea Transitoria, PAC neonatal 4L2. Edited-pdf..
11. Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud. “Guía de Práctica Clínica GPC. Editorial General 2016. Wwwcenetec salud gob.mx.
12. Breña –Ramos, Verónica “Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de distres respiratorio”. .Artículos –Salud y Administración Septiembre- Diciembre

ANEXOS

IMAGEN N° 01



PREPARADOS PARA IR A SALA DE OPERACIONES

IMAGEN N° 02



ENTRANDO A SALA DE OPERACIONES PARA LA CESAREA

IMAGEN N° 03



RECEPCION DEL RECIEN NACIDO EN LA CESAREA

IMAGEN N° 04



BRINDANDO ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO

IMAGEN N°5



NEONATO DIAGNOSTICADO CON TTRN

IMAGEN N° 06



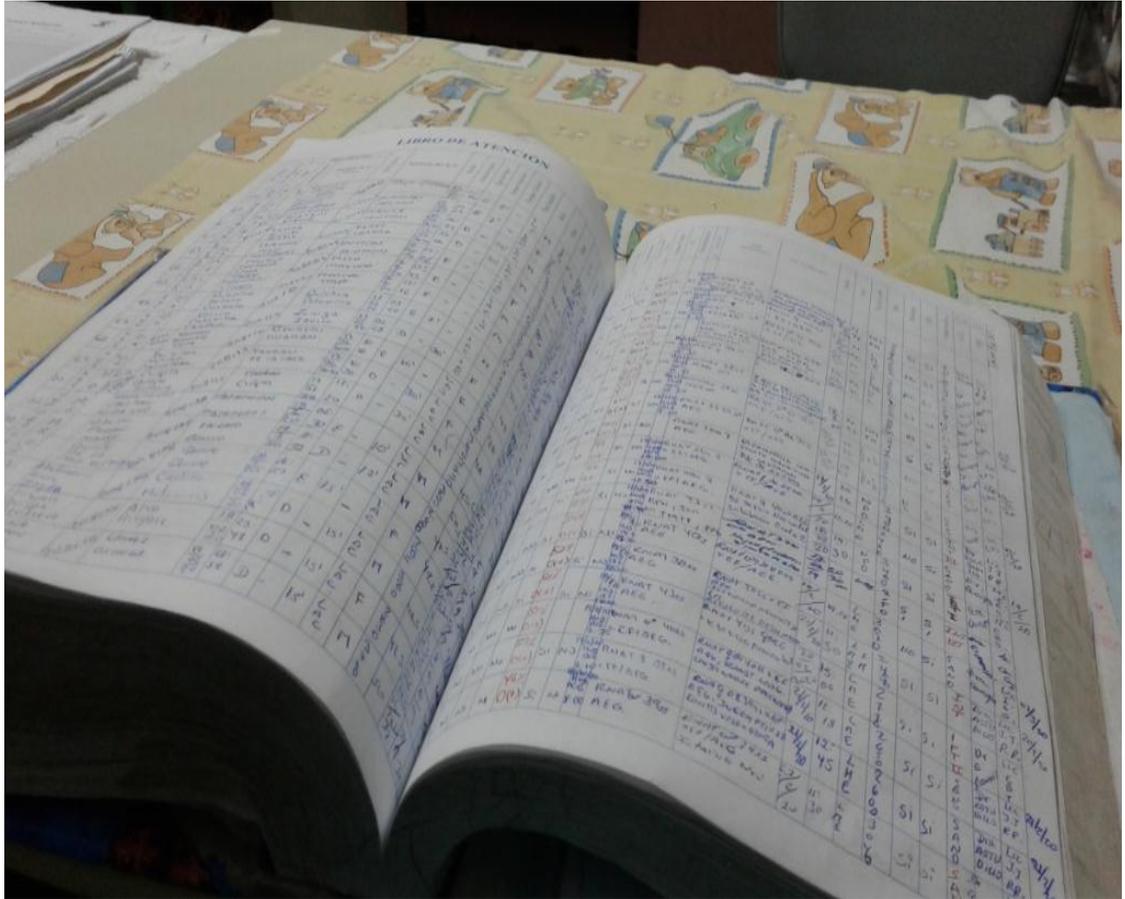
ADMINISTRANDO OXIGENOTERAPIA

IMAGEN N° 07



MONITOREO DE ENFERMERIA PARA TTRN

IMAGEN N° 08



LIBRO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA