

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON  
TAQUIPNEA TRANSITORIA EN EL HOSPITAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN. HUANTA – AYACUCHO. 2019**

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

**RAIDA HUANCAHUARI EVANAN**

**Callao - 2020**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA, ANA LUCY SICCHA MACASSI                      PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA                      SECRETARIO
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 178-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 10 de Diciembre 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.

## **DEDICATORIA**

*El presente trabajo lo dedico a mis padres, mis hijos Romy Mariel, Romel Jesùs Enrique y mi esposo Romel por su tiempo, paciencia y apoyo incondicional en el logro de cada objetivo de mi vida*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiar siempre mi camino

A mis amados padres, por su apoyo incondicional

A mis estimados docentes, por guiar mi formación profesional

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por permitirme alcanzar  
mis sueños.

## ÍNDICE

Índice	01
Introducción	02
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	05
Capítulo II. Marco teórico	07
2.1 Antecedentes	07
2.1.1 Antecedentes Internacionales	07
2.1.2 Antecedentes Nacionales	08
2.2 Bases Teóricas	10
2.3 Bases Conceptuales	11
Capítulo III.	17
Desarrollo de Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática.	17
Conclusiones	30
Recomendaciones	31
Referencia Bibliográfica	32
Anexos	34

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo desarrolla el tema de la taquipnea transitoria en el recién nacido, tal estado se caracteriza por la persistencia de líquido pulmonar en el organismo del producto, justo después del nacimiento debido a una falta de eliminación de mismo por ausencia de contracciones uterinas generadas por un influjo hormonal que se produce durante el trabajo de parto. Este estado es frecuente en recién nacidos pre término y/o en aquellos que nacen sin trabajo de parto previo a la cesárea, lo que limita la oportunidad de eliminar adecuadamente el líquido pulmonar, obligando al recién nacido a empezar su vida extrauterina con un excedente de líquido en sus pulmones, produciendo en la mayoría de los casos el fenómeno denominado taquipnea, la que se caracteriza por una frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto.

La razón que motiva el desarrollo del presente trabajo es que la taquipnea transitoria del recién nacido se ha convertido en uno de los problemas de salud neonatal más frecuentes, producido por diferentes factores entre ellos las características propias de las madres o situaciones que se presentan en el intraparto; ello se hace evidente cuando la gran parte de recién nacidos son diagnosticados inmediatamente finalizado el embarazo, tratándose luego la evolución y el pronóstico que son variables y que dependen mucho del factor causante, como la cesárea sin trabajo de parto, cuyo riesgo de dificultad respiratoria es 11 veces mayor que en los niños a término nacidos por vía vaginal, lo cual incrementa complicaciones neonatales.

La importancia del trabajo radica en la posibilidad de proponer una forma de atención adecuada a la madre para prevenir la eventualidad de la taquipnea transitoria en el recién nacido; además de proponer alternativas para brindarle una atención adecuada a los recién nacidos que sufran de este mal al inicio de su vida extrauterina.

El trabajo se desarrolla en el Hospital Daniel Alcides Carrión de la provincia de Huanta, departamento de Ayacucho; hospital de tipo II que hasta el momento

adolesce de recursos humanos especializados y de la logística necesaria que permita atender adecuadamente a los recién nacidos que sufran de este mal al inicio de su vida.

El beneficiario final del presente trabajo es la población neonatal que sufre de la taquipnea transitoria del recién nacido, sea nacidos por cesárea electiva sin trabajo de parto o recién nacidos con depresión respiratoria, los mismos que presentan un retraso en la eliminación del líquido pulmonar fetal como consecuencia de la inmadurez de los canales de sodio en las células epiteliales del pulmón, ya que estos canales son responsables de la absorción de sodio (y por lo tanto del agua) de los alvéolos.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidados para el neonato con taquipnea transitoria, el cual contiene justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante el año 2019 y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la jefatura del servicio de neo- pediatría, a fin de posibilitar su implementación formal y permita también ser una referencia para otros servicios de la institución, ya que cuenta con suficiente evidencia de que se ha logrado mejorar y reducir las complicaciones, durante el tiempo de hospitalización del neonato.

El rol que cumplimos para el área y desarrollo del trabajo es el de profesional de enfermería del servicio de neo- pediatría, realizando en este nosocomio múltiples actividades, ya que se tiene a cargo también el servicio de atención inmediata, UCIN, alojamiento conjunto y pediatría; siendo muchas veces responsable de la atención de neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido.

El presente trabajo académico titulado “Cuidados de enfermería en el neonato con taquipnea transitoria en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta - 2019.” Tiene por objetivo describir los cuidados de enfermería en pacientes neonatos con taquipnea transitoria, así mismo contribuir a identificar oportunamente los signos y síntomas para realizar las intervenciones adecuadas y buscar la pronta



mejoría y recuperación del recién nacido; sea necesario indicar que es producto de la experiencia profesional como enfermera del servicio de neonatología, del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huanta, el cual brinda una atención oportuna.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para el Plan de cuidados en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo un apartado de anexos.

## CAPÍTULO I

### DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

En la Provincia de Huanta, el área geográfica, el clima variado con tendencia al frío, la pobreza y la desigualdad en el acceso a servicios de salud son factores determinantes para la mortalidad en neonatos. Los neonatos son muy lábiles y vulnerables, siendo una etapa muy crucial de un futuro ser humano, por lo que los padecimientos que se puedan presentar y entre otras se encuentra la taquipnea transitoria del recién nacido.

En el nacimiento el niño sufre cambios para adaptarse a la vida extrauterina, marcando la sobrevida, condicionado por factores prenatales, antecedentes maternos, factores natales y neonatales así la reabsorción del líquido del pulmón y edad gestacional prematura, el cual condiciona taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad de la membrana hialina, asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, por las infecciones respiratorias, por trastornos de la circulación pulmonar como es la hipertensión pulmonar o por problemas crónicos como es la displasia broncopulmonar, malformaciones congénitas y causas quirúrgicas.

Siendo así, el presente trabajo de investigación desarrolla un problema de salud que se produce en neonatos y es conocido como Taquipnea transitoria del recién nacido, que es un estado que se presenta fundamentalmente en aquel producto que ha nacido como consecuencia de una cesárea, sin haberse producido un trabajo de parto anterior al mismo, situación que ocasiona la retención de líquido pulmonar y por ende una frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto, la que podría finalmente poner en riesgo la salud del recién nacido llevándolo incluso hasta la muerte.

A nivel mundial la taquipnea transitoria del recién nacido se presenta entre un promedio de 0.3 y el 0.5% de todos los recién nacidos, aunque existen algunos reportes que llega hasta el 2% de todos los recién nacidos vivos. Comprende

entre el 35 y 50% de todos los casos con dificultad respiratoria no infecciosa que ingresan a los cuneros patológicos o unidades de cuidado intensivo neonatal.

El trastorno se evalúa clínicamente con presencia de dos de los siguientes criterios: Frecuencia respiratoria > a 60 por minuto, retracciones sub costal, xifoideas e intercostal, aleteo nasal, estridor espiratorio y cianosis.

Ante la importancia de la morbilidad - mortalidad y la frecuencia de casos realizo el estudio con el fin de intervenir con los cuidados de enfermería en bases a los factores prenatales, maternos, en el parto y postnatales en el recién nacido, así como aspectos propios de la hospitalización, su manejo en la UCIN del Hospital de Huanta, "Daniel Alcides Carrión".

La evaluación de la calidad de la atención del recién nacido que presenta complicaciones es un elemento indispensable para el diseño e implementación de estrategias de mejora orientadas a reducir las tasas de mortalidad neonatal, siendo este indicador de cumplimiento obligatorio según la estrategia materno neonatal.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales:

**Tinajero, C. y Esteven, R (2017)** presentaron el estudio “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 desde Enero 2001 Hasta diciembre 2016”. Fue un estudio de casos, donde a 50 casos de TTRN en el total de la muestra (332). La edad gestacional promedio en el estudio fue de 38 semanas, y en los casos de TTRN fue 36 semanas .El 58% de RN con taquipnea transitoria estuvieron entre 34 y 36 semanas, y en su mayoría de sexo femenino. Con respecto a los factores no existe una asociación significativa entre estos factores de riesgo y el desarrollo de TTRN en sometidas a cesárea con labor de parto. El grupo de RN a término temprano y pretérmino tardío son los grupos de edad gestacional que con mayor frecuencia presentaron TTRN, tanto en el grupo de labor como sin labor de parto<sup>7</sup>.

**Mohammad, S, et al (Iran.2017)** realizaron un estudio prospectivo de casos y controles en 180 recién nacidos asignados en los 2 grupos con TTN 90 casos, y sin TTN 90 control, en hospital público de Hamadan, Irán. El diagnóstico de TTN se basó en los hallazgos clínicos y radiológicos, después de descartar otras causas de dificultad respiratoria. Resultado: El riesgo de TTN fue mayor en los recién nacidos prematuros (OR: 6.15; IC 3.17 - 11.92) varones (OR: 0,33; IC 0,17 - 0,62) y los nacidos por cesárea (OR: 11,22; IC 5,33 - 23,62). Además, el riesgo de TTN aumentó con la puntuación de Apgar en el primer minuto y disminuyó con el quinto minuto. Los resultados del análisis de regresión múltiple mostraron que las probabilidades de TTN de los recién nacidos prematuros tardíos fueron 2.96 veces más altas que las de los recién nacidos a término. Además, con el

aumento de la puntuación de Apgar en el primer minuto, el riesgo de TTN se redujo<sup>8</sup>.

**Abdelmoneim E. M. Kheir and Taqwa A (2016)** realizó un estudio prospectivo, descriptivo y hospitalario que se realizó en la UCIN del hospital de maternidad Omdurman. Se incluyeron en el estudio 170 recién nacidos que cumplieron con los criterios de inclusión. El resultado principal reveló que la taquipnea transitoria del recién nacido constituía el 1.67% de todos los partos hospitalarios. Los factores de riesgo identificables incluían la multiparidad, la diabetes mellitus materna, el asma materna y el parto por cesárea. Factores de riesgo adicionales incluyen sexo masculino y menor edad gestacional. El pronóstico general para la taquipnea transitoria del recién nacido fue bueno, con una eventual recuperación en todos los bebés.<sup>9</sup>

**Royo D. y col, (Zaragoza – España. 2015)** realizaron un Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados entre los años 2010 a 2014 con el diagnóstico de TTRN con el objetivo de Conocer la incidencia de TTRN, los factores perinatales asociados, el tratamiento recibido y las complicaciones. Resultados: n= 206, incidencia 1:105 (0,95%), varones: 62%, edad gestacional 36,47 +/-2,49 semanas, peso RN: 2768,1+/- 709,3 gramos. Destacan 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%). Precisaron ventilación no invasiva el 66% de los pacientes, fluidoterapia 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%). Conclusiones: Los principales factores de riesgo asociados a TTRN fueron el parto por cesárea y la prematuridad moderada-tardía. Su pronóstico es excelente, pero no está exento de complicaciones, supone la hospitalización del recién nacido y el retraso en el inicio de la alimentación enteral<sup>10</sup>.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales.**

**Castillo, G. (Lima – Perú 2018)**, con el objetivo de Determinar los factores asociados a taquipnea transitoria del recién nacido en pacientes del servicio de

Neonatología en el Hospital I Essalud Octavio Mongrut Muñoz durante el periodo Julio 2015- Julio 2017. Fue un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Con una muestra de 54 casos y 162 controles. Resultados: En relación a los factores neonatales, el sexo al nacer (OR: 2,17;p=0,01; IC95%=1,15-4,06), macrosomía fetal (OR: 3,19;p=0,00; 10 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 la TTRN. Y con respecto a los factores maternos, solo la ITU 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 sexo al nacer, la macrostomia fetal, depresión neonatal, parto por cesárea, la ruptura prematura de membranas y la ITU materna están asociados significativamente a taquipnea transitoria del recién nacido. La diabetes gestacional y el asma materno no alcanzaron significancia estadística en nuestro estudio. Jorge, E en el año 2018 en Cajamarca –Perú, presentaron: Factores de riesgos de taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital Regional de Cajamarca Enero Diciembre 2016. 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: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados a taquipnea transitoria fueron: diabetes gestacional (OR: 9.64; p< 7 puntos y la macrosomía fetal. Por el contrario, el factor que no se asoció significativamente fue la diabetes gestacional. 13.

En el ámbito local no se ha podido ubicar estudio alguno que nos permita sustentar la situación problémica del presente trabajo académico, por ende este se convierte en un primer intento por querer explicar algunos aspectos saltantes sobre la taquipnea transitoria en el recién nacido; en tal sentido debemos señalar que en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huanta, se da el soporte básico, es

decir se le canaliza por vía periférica para hidratar, se le suministra oxígeno a través de cánula binasal y se realiza la monitorización permanente. Sin embargo si no se logra su estabilización y mejoría se le refiere a otro hospital de mayor complejidad.

## **2.2 Base Teórica**

### **TEORÍA DE ENFERMERIA RELACIONADO CON EL CUIDADO**

Virginia Henderson “Definición De Enfermería” El Modelo de Virginia Henderson se encuentra entre aquellos modelos que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera. 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. Necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que, si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas. Para Virginia Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Esta identifica tres modelos de función enfermera: La Sustituta, la cual compensa lo que le falta al paciente, la Ayudante, quien establece las 18 intervenciones clínicas y la Compañera, la cual fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente y su familia a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados

de enfermería, elaborado en función de las necesidades detectadas en el paciente. Según esta teoría todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, necesidades que normalmente son cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos y recursos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas en todas las personas, y se modifican de acuerdo a factores permanentes tales como la edad, el medio sociocultural, entre otros y a situaciones variables, tales como los procesos patológicos, entre los que se encuentra la taquipnea transitoria del recién nacido, siendo la función respiratoria esencial para el desarrollo de la vida. Cuidar a un recién con problemas respiratorios es una tarea compleja, que requiere de conocimiento y habilidades de quien lo atiende. De allí que el rol de la enfermera durante la práctica tiene que ver con la capacidad de ésta en lograr satisfacer las necesidades o solucionar problemas reales o potenciales que se puedan o no presentar en el neonato, requiriendo de una actitud de pensamiento crítico, habilidades cognitivas, que constituyen la base de atención holística, creativa y eficaz hacia la atención del neonato en situación crítica. Esto influye en la recuperación del mismo, precisando así acciones o cuidados especializados, y ampliando el conocimiento dentro del equipo de salud sobre el manejo de estos pacientes, tanto en el campo científico como técnico, que se convierte en un pilar fundamental en el tratamiento, con una marcada influencia para su supervivencia y así un fomento del estado de salud del neonato. Es importante recordar que el período inmediatamente posterior al nacimiento representa uno de los momentos más inestables en el ciclo de la vida humana, que se verá aún más comprometido por la patología que presente el recién nacido.

## **2.3 Bases Conceptuales.**

### **2.3.1.TAQUIPNEA TRANSITORIA:**

#### **A. Definición**

Taquipnea transitoria del recién nacido consiste en dificultad respiratoria transitoria causada por reabsorción diferida de líquido pulmonar fetal.



La taquipnea transitoria del recién nacido afecta a recién nacidos prematuros, de término nacidos por cesárea electiva sin trabajo de parto y recién nacidos con depresión respiratoria, todos los cuales presentan un retraso en la eliminación del líquido pulmonar fetal. Parte de la causa es la inmadurez de los canales de sodio en las células epiteliales del pulmón; estos canales son responsables de la absorción de sodio (y por lo tanto del agua) de los alvéolos. (Los mecanismos de reabsorción normal del líquido pulmonar fetal se analizan en Función pulmonar neonatal). Otros factores de riesgo incluyen macrosomía, diabetes o asma materna, menor edad gestacional y sexo masculino<sup>14</sup>.

## **B.- FISIOPATOLOGIA**

Al momento del nacimiento, el epitelio pulmonar del recién nacido que durante el embarazo es un activo secretor de Cloro (Cl<sup>-</sup>) y líquido hacia los alveolos, tiene que cambiar, para convertirse en un activo absorbedor de Sodio (Na<sup>++</sup>) y líquido en respuesta a la circulación de catecolaminas secretadas durante el trabajo de parto que estimulan los llamados canales epiteliales de Na<sup>++</sup> (eNaC). El líquido pulmonar reabsorbido será drenado a través de los linfáticos a la circulación venosa pulmonar y el que no logró ser absorbido a través de los canales de Na, se eliminará como consecuencia de la vasodilatación capilar producida por el incremento en la presión de oxígeno que ocurre con las primeras ventilaciones. La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es el resultado de alveolos que permanecen húmedos al no producirse esta reabsorción del líquido en forma adecuada<sup>14</sup>. El pulmón del niño que nace por cesárea no experimenta la expresión mecánica ejercida durante el parto y el que nace precipitadamente por vía vaginal al no haber experimentado las fases del trabajo de parto y la exposición a las catecolaminas liberadas durante el mismo; el resultado final son alvéolos que retienen líquido que compromete el intercambio gaseoso y favorece la hipoxemia, además produce edema intersticial y disminución de la distensibilidad pulmonar, siendo esto la causa de la taquipnea (compensatoria) y del colapso parcial bronquiolar que condiciona atrapamiento aéreo. En un lapso

de 48 a 72 horas este líquido es removido progresivamente, mejorando la oxigenación y disminuyendo la frecuencia respiratoria.

### **C.-SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Se sospecha taquipnea transitoria del recién nacido cuando éste presenta dificultad respiratoria poco después del nacimiento<sup>15</sup>.

Los síntomas de la taquipnea transitoria del recién nacido incluyen taquipnea, retracción intercostal y subcostal, quejido, aleteo nasal y posible cianosis.

### **D.-FACTORES DE RIESGO:**

- \* Recién nacidos pretermino
- \* Parto por cesárea electiva ( sin trabajo de parto)
- \* Sexo masculino
- \* Macrosomicos
- \* Pódalicos
- \* Sedación materna excesiva
- \* Trabajo de parto prolongado
- \* Fosfatidilglicerol negativo en liquido amniótico
- \* Asfixia al nacer
- \* Sobrecarga de líquidos de la madre
- \* Hijo de madre diabética

### **E.- DIAGNOSTICO**

Radiografía de tórax

Hemograma completo y hemocultivos

La neumonía, el síndrome de dificultad respiratoria y la sepsis pueden tener manifestaciones similares, de manera que suelen efectuarse radiografía de

tórax, hemograma completo y hemocultivos. La radiografía de tórax muestra hiperinsuflación pulmonar con trama perihiliar irregular, lo que da el aspecto de un borde cardíaco desflechado, mientras que la periferia de los pulmones es nítida.

A menudo, se observa el líquido en las cisuras pulmonares.

Si los hallazgos iniciales son indeterminados o sugieren infección, se administran antibióticos (p. ej., ampicilina, gentamicina) mientras se aguardan los resultados del cultivo.

### **DIAGNÓSTICO HISTORIA CLÍNICA.**

- \* Recién nacido con taquipnea con o sin incremento del esfuerzo respiratorio.
- \* Tiempo de presentación:
  - \* Temprano, presencia de Taquipnea dentro de las primeras 6 horas de nacimiento
  - \* Persistente mayor de 2 - 12 horas, con o sin otros signos de dificultad respiratoria
  - \* Considerar los factores de riesgo

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

- \* Presencia de Frecuencia Respiratoria (FR) mayor a 60 respiraciones por minuto, frecuentemente con FR de 80-100/minuto.
- \* Quejido, considerar Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con quejido mayor a 2 horas, retracción xifoidea puede estar presente, pero discreta 11
- \* Tórax en forma de barril debido a hiperinsuflación
- \* Valoración de Silverman-Andersen, determina el pronóstico del estado respiratorio del recién nacido.  
Estudios de diagnóstico específicos Oximetría de pulso
- \* Se considera adecuada una saturación de oxígeno entre 90 - 95% Gasometría arterial
- \* Hipoxemia. Presión arterial de Oxígeno (PaO<sub>2</sub>)

- \* Valor normal: 60 a 80mmHg
- \* El dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), en límite normal o ligeramente aumentado.

#### Presión arterial de dióxido de Carbono (PaCO<sub>2</sub>)

- \* Valor normal: 35-45 mmHg
- \* Acidosis respiratoria compensada Radiografía de tórax Los hallazgos que incluyen son:
  - \* Imágenes de atrapamiento aéreo:
    - Rectificación de arcos costales
    - Herniación del parénquima pulmonar
    - Hiperclaridad pulmonar
    - Aumento del espacio intercostal
    - Aplanamiento del diafragma
  - \* Cisuritis
  - \* Incremento del diámetro anteroposterior
  - \* Congestión parahiliar simétrica
  - \* Cardiomegalia aparente

## **F.-TRATAMIENTO**

Una cuestión importante que se plantea en el ámbito hospitalario es el momento indicado para referir al recién nacido a una unidad de cuidados intensivos neonatales para el manejo de la aparición temprana de dificultad respiratoria, especialmente los neonatos con sospecha de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

Actualmente se está recomendado usar la "regla de 2 horas," por el cual se observa al recién nacido durante 2 horas después de la aparición de dificultad respiratoria. Si no hay mejoría en el grado de dificultad respiratoria, se obtiene una radiografía de tórax. Muchas salas de recién nacidos utilizan oximetría de pulso como un complemento a la monitorización clínica y si el recién nacido presenta desaturación se puede indicar una medición de gases en sangre.

## **OXÍGENO**

Por lo general, la recuperación tiene lugar en el término de 2 a 3 días.

El tratamiento de la taquipnea transitoria del recién nacido es de sostén y consiste en administrar oxígeno mediante capucha y control de gases en sangre arterial u oximetría de pulso.

Rara vez, los recién nacidos extremadamente prematuros o aquellos con depresión neurológica en el momento del nacimiento requieren presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) y, en ocasiones, incluso ventilación mecánica.

**DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN  
RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA  
PLAN DE CUIDADOS DE UN CASO RELEVANTE  
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA**

---

**I. VALORACIÓN**

**1.1 DATOS DE FILIACION:**

Nace neonato masculino único, el día 25 de agosto del 2019, a las 21: 58 horas en el Hospital Daniel Alcides Carrión Huanta, por cesarea, de 36 semanas ,líquido amniótico claro, circular simple de cordón. Al nacer presenta buen esfuerzo respiratorio, se coloca en cuna con fuente de calor radiante, se posiciona, se aspiran secreciones, se seca y estimula, respondiendo adecuadamente obteniendo una calificación de apgar 1(8´) 5 (9), se liga cordón umbilical, se realiza profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina k y somatometría, siendo sexo masculino su peso al nacimiento 2420 gr., talla 45 cm., Perímetro Cefálico 32.5cm., Perímetro Torácico 29 cm., Perímetro Abdominal 29 cm., Temperatura al nacimiento 36.3°C. Pediatra determina edad gestacional de 35 semanas por Capurro, la madre recibió una dosis de maduración pulmonar con dexametazona 12 horas antes del parto. Madre con antecedente de Infección de tracto urinario (III trimestre de gestación).

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Recién nacido pretérmino 35 Semanas por Capurro /adecuado para la edad gestacional. Presenta ligero aleteo nasal, leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, con quejido espiratorio

**1.2. ENFERMEDAD ACTUAL**

1. Diagnostico Medico del neonato: – Síndrome dificultad respiratoria: D/C Taquipnea Transitoria del Recién Nacido VS Enfermedad de Membrana Hialina.

### **1.3. ANTECEDENTES**

#### **1.3.1. ANTECEDENTES PERINATALES**

Antecedentes Maternos Antecedentes Patológicos : Niega Hábitos : Ninguno,

Gravidez : 00

Paridad : 0-0-0-0.

Datos de la Madre: N° de Historia Clínica : 11363, Fecha de hospitalización : 25/08/19 Hora : 11.00 am Nombre y apellidos : C.G.R.

Domicilio : San Juam de miraflores – Huanta Ocupación : Estudiante

Edad : 18 años.

Nivel de Instrucción : Secundaria

civil : soltera

Religión : Católica

Peso : 48.500 kg.

Talla : 1.42

grupo y Factor : "A" Rh "+"

VDRL : Negativo (30/03/2019)

VIH : Negativo (06/08/2019)

Vacunación antitetánica : si

Fecha de última regla : 06/08/2019

Fecha probable de parto : 22/09/2019

Control Prenatal : 06 Diagnostico Materno : Gestante de 36 semanas, Amenaza de Parto Prematuro.

#### **1.3.2. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES**

## 1.4. EXAMEN FISICO

### 1.4.1. Control de signos vitales

Frecuencia respiratoria 60 por minuto.

Frecuencia cardiaca 160 por minuto.

Temperatura: 36.5°C

Saturación: de oxígeno con 2 litros por canula binasal 95%.

### 1.4.2 Exploración céfalo caudal:

1.-PIEL Piel fina, lisa, brillante, fría. Temperatura axilar 36.3 °C, mucosa ligeramente cianótica, llenado capilar < 2". Se observa escaso lanugo sobre los hombros, pabellones auriculares y la frente.

- 1 CABEZA Normotensa, normocéfalo. Perímetro cefálico 32.5cm.
  - 2 Presenta cara simétrica.
  - 3 OJOS Simétricamente espaciados, esclerótica blanca, pupilas iguales, reactivas a la luz.
  - 4 OREJAS Pabellones auriculares incurvados en todo el borde superior, de implantación normal para su edad.
  - 5 NARIZ En la línea media, simétrica, fosas nasales permeables con aleteo nasal.
  - 6 BOCA Mucosa oral hidratada, paladar intacto. Regular reflejo de succión. Con cianosis peri bucal.
  - 7 CUELLO Corto, simétrico, móvil, sin adenomegalias.
  - 8 TORAX simétrico, glándula mamaria palpable mide 4 milímetros de diámetro, areola lisa y chata. Clavículas se palpan de superficie lisa y uniforme. Espalda simétrica no se aprecia malformaciones.
- Frecuencia respiratoria 60 por minuto, con leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, quejumbroso.



- 9 ABDOMEN: Blando depresible a la palpación. Cordón umbilical húmedo, con dos arterias y una vena, clampeado. Abducción en forma simétrica al realizar la maniobra de Ortolani
- 10 . GENITALES Y ANO Ano permeable, genitales externos sexo masculino, testículos descendidos.
- 11 EXTREMIDADES Simétricos, tono, fuerza y movilidad conservada para su edad gestacional.
- 12 NEUROLÓGICO Modernamente reactivo a estímulos. Tono muscular conservado, debilidad tanto de succión como de deglución.

### **1.5. EXÁMENES AUXILIARES**

Radiografía de torax.

Exámenes auxiliares.

### **1.6. INDICACIÓN TERAPÉUTICA**

Referencia a un hospital de mayor complejidad y tratamiento por especialista.

Se canaliza vía periférica y administra dextrosa al 10% y ampicilina 123mg.

### **1.7. VALORACION SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIOS Y CLASES**

#### **DOMINIOS Y CLASES**

#### **DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.**

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud:

**Clase 2.** Gestión de salud:

#### **DOMINIO II. Nutrición**

**Clase 1.** Ingestión:

**Clase 2.** Digestión:

**Clase 3.** Absorción:

**Clase 4.** Metabolismo:

**Clase 5.** Hidratación:

### **DOMINIO III. Eliminación**

**Clase 1.** Función urinaria:

**Clase 2.** Función gastrointestinal:

**Clase 3.** Función tegumentaria:

**Clase 4.** Función respiratoria:

### **DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Reposo/sueño:

**Clase 2.** Actividad/ejercicio:

**Clase 3.** Equilibrio/energía:

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar:

**Clase 5.** Autocuidado:

### **DOMINIO V: Percepción – Cognición**

**Clase 1.** Atención:

**Clase 2.** Orientación:

**Clase 3.** Sensación-percepción:

**Clase 4.** Cognición:

**Clase 5.** Comunicación:

### **DOMINIO VI. Autoconcepción**

**Clase 1.** Autoconcepción:

**Clase 2.** Autoestima:

### **DOMINIO VII. Rol/Relaciones**

**Clase 1.** Rol de cuidador:

**Clase 2.** Relaciones familiares:

**Clase 3.** Desempeño del rol:

### **DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual:

**Clase 2.** Función sexual:

**Clase 3.** Reproducción:

**DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática:

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento:

**Clase 3.** Estrés neuro-compartmental:

**DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores:

**Clase 2.** Creencia:

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones:

**DOMINIO XI. Seguridad y protección**

**Clase 1.** Infección:

**Clase 2.** Lesión física:

**Clase 3.** Violencia:

**Clase 4.** Peligros del entorno:

**Clase 5.** Procesos defensivos:

**Clase 6.** Termorregulación:

**DOMINIO XII. Confort**

**Clase 1.** Confort Físico:

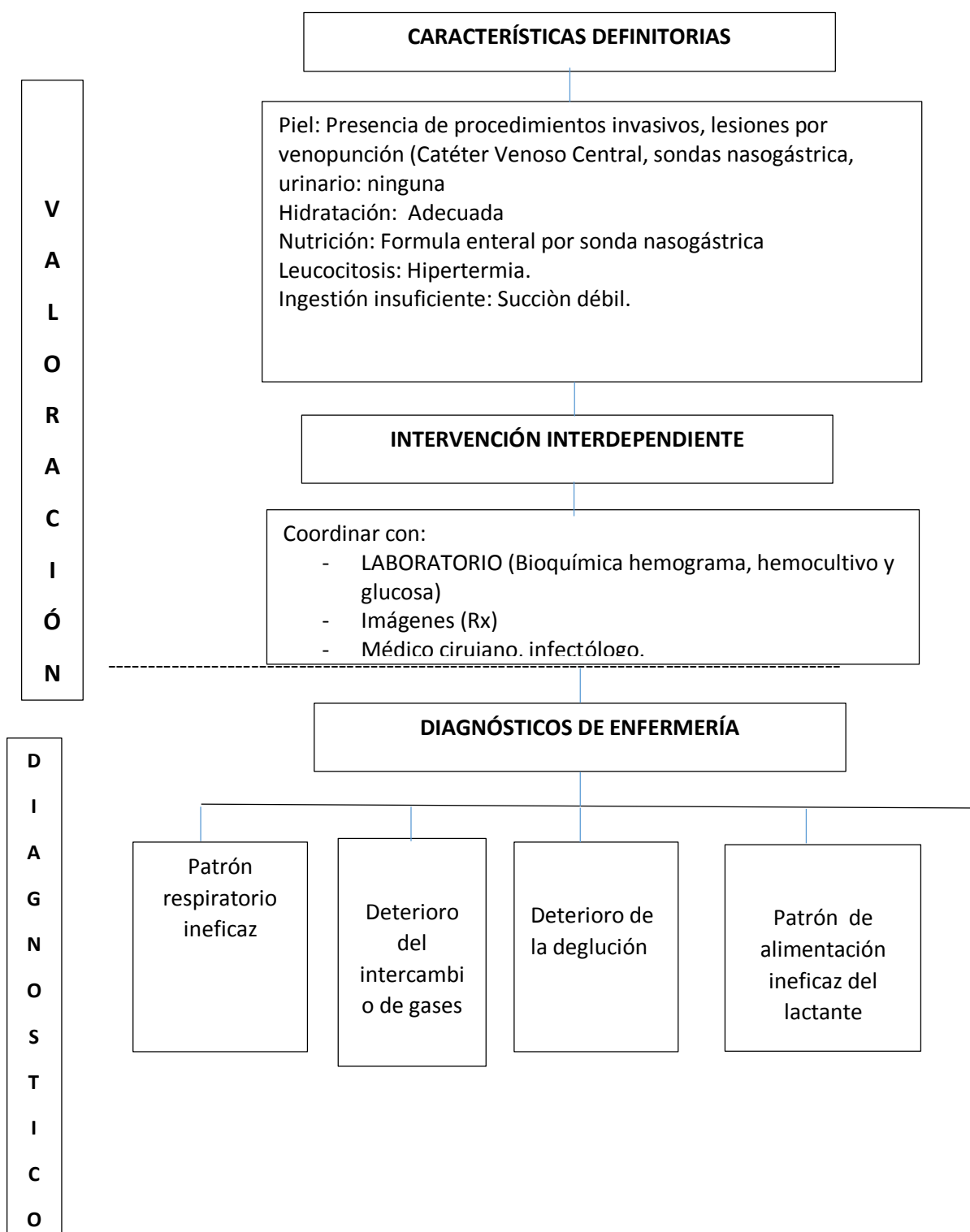
**Clase 2.** Confort del entorno:

**DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**

**Clase 1.** Crecimiento:

**Clase 2.** Desarrollo:

## 1.7.-ESQUEMA DE VALORACION DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA



### 1.9. IISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

### 1.10. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

### 1.11. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

<b>PROBLEMA</b>	<b>FACTOR RELACIONADO</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>
Patrón respiratorio ineficaz	Fatiga de los musculos respiratorios.	tiraje subcostal	Patrón respiratorio ineficaz relacionado fatiga de los músculos respiratorios
Deterioro del intercambio de gases	Respiración anormal	Incremento de la frecuencia respiratoria	Deterioro del intercambio de gases relacionado a respiración anormal
Deterioro de la deglución	Succión débil que se refleja en una mordida ineficaz	Débil deglución	Deterioro de la deglución relacionado a succión débil que se refleja en una mordida ineficaz
Patrón de alimentación ineficaz del lactante	Prematuridad	Pobre reflejo de succión	Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado a prematuridad

## 2. PLANIFICACIÓN

### 3.1. ESQUEMA DE PLANIFICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
<p>Código: 00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado a fatiga de los musculos respiratorios</p>	<p>Código: 1211</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener los valores de la frecuencia respiratoria dentro de los valores normales.</li> </ul>	<p>Código: 5820</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración de las vías aéreas</li> <li>• Ayudar a la ventilación con oxigeno a 2 litros</li> <li>• Monitorización de la respiración, observar ritmo, profundidad y esfuerzo de manera frecuente asi como la saturación de oxigeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se observa vías aéreas permeables libre de secreciones</li> <li>• <b>Los valores de la respiración se mantiene dentro de los valores normales, con el apoyo del oxigeno.</b></li> </ul>
<p>Deterioro del intercambio gaseoso r/c incremento de la frecuencia respiratoria</p>	<p>Mantener la frecuencia respiratoria dentro de los valores normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar en posición semifowler para mejorar su ventilación.</li> <li>• Aspiración de las vías aéreas.</li> </ul>	<p>Patrón respiratorio dentro de los valores normales</p>

<p>Deterioro de la deglución R/c Succión débil que se refleja en una mordida ineficaz</p>	<p>Importancia de la lactancia materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cambio de posición.</li> <li>• Monitorización respiratoria permanente.</li> <li>• Administración de oxígeno.</li> <li>• Vigilar el flujo de litros de oxígeno.</li>   <li>• Canalización de vía periférica.</li> <li>• Aspiración de secreciones.</li> <li>• Colocación de sonda orogastrica.</li> <li>• Alimentación enteral por sonda.</li> <li>• Control de residuo gástrico.</li> <li>• Precauciones para evitar la aspiración.</li> </ul>	<p>Resultados de glucosa dentro de los valores normales.</p>
---	--	--	--

Patròn de alimentaci3n ineficaz del lactante prematuridad R/c	Estimulaci3n para el inicio de la lactancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiraci3n de las secreciones.</li> <li>• Vigilar el aporte adecuado en el lactante.</li> <li>• Control de peso diario.</li> </ul>	Adaptaci3n del prematuro
---	--	---	--------------------------



## I. EJECUCION Y EVALUACION

### 4.1. REGISTRO DE ENFERMERIA:

<b>S</b>	De madre de 18 años, con grado de instrucción secundaria completa, con 6 controles prenatales, madre refiere que tuvo amenaza de parto, niega cualquier otro antecedente.
<b>O</b>	Recién nacido pretérmino 35 Semanas por Capurro /adecuado para la edad gestacional. Presenta ligero aleteo nasal, leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, con quejido espiratorio F.R: 60, Saturación de oxígeno 95% con oxígeno a 2 litros
<b>A</b>	Radiografía de torax Exámenes auxiliares de laboratorio.
<b>P</b>	Administración de oxígeno con canulabinasal, a 2 litros por minuto Aspiraciones de secreciones. Colocar en posición semifowler y lateralizado. Canalización de vía periférica. Monitorización de frecuencia respiratoria; ritmo, profundidad así como saturación de oxígeno. Control de glicemia.

<b>I</b>	Se verifica que continua con aleteo nasal, así mismo el quejido continua de maneja esporádica, pero el tiraje intercostal continua, tolero la leche materna por sonda orogastrica.
<b>E</b>	Luego de las intervenciones de llevadas a cabo no se observa mejoría por lo cual se decide su referencia a un establecimiento de mayor complejidad y con especialistas en el área.

## CONCLUSIONES

1. La Taquipnea transitoria del recién nacido consiste en la dificultad respiratoria transitoria causada por reabsorción diferida de líquido pulmonar fetal, situación que debe ser de conocimiento del personal asistencial para brindar un servicio de calidad de presentarse el caso.
2. Se ha podido identificar dificultades y deficiencias en la detección oportuna de la Taquipnea transitoria del recién nacido lo que pone en riesgo la vida del neonato.
3. Otro factor que se ha podido identificar es la capacitación deficiente en el personal asistencial, pues persiste un desconocimiento todavía considerable con referencia a la Taquipnea transitoria del recién nacido.
4. Es importante conocer los diagnósticos de enfermería apropiados y pertinentes para realizar una atención inmediata y así dar una atención oportuna y de calidad.
5. Nuestro estudio contribuiría a reducir el número de pacientes con taquipnea transitoria y de esta manera permitirá reducir costos de hospitalización, personal y servicios; a pesar de que nos encontramos frente a un hospital nivel I, de menor complejidad y con un número limitado de incubadoras.

## RECOMENDACIONES

1. Tener los conocimientos básicos para poder diagnosticar en forma oportuna la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido y así poder Iniciar tratamiento oportuno en el recién nacido.
2. Que se busque desarrollar actividades académicas que permitan al personal asistencial destrezas para detectar en forma oportuna posibles complicaciones en el recién nacido con Taquipnea Transitoria lo que mejoraría la efectividad, seguridad y calidad de la atención.
3. El cuidado integral del recién nacido debe ser exclusivamente por personal de enfermería y técnico especializado y capacitado, ya que científicamente está comprobado lo satisfactorio que resulta la intervención de enfermería apropiada.
4. Realizar los diagnósticos de enfermería con pertinencia y priorizarlos para brindar una atención personalizada y oportuna a los pacientes que adolezcan de este mal.
5. Mejorar el equipamiento del servicio de neonatología priorizando los equipos indispensables para la atención primaria de la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido, tales como incubadoras y aspiradores de secreciones.

## REFERENCIA BIBLIOGRÀFICA

(1)SWANSON M. Kristen. (1993). La enfermería como el cuidado informado para el bienestar de los demás. *Journal of Nursing Scholar ship*. Vo 25. Number 4. Armangil D, Yurdakök M, Korkmaz A, Yiğit S, Tekinalp G. Inhaled beta-2 agonist salbutamol for the treatment of transient tachypnea of the newborn. *J Pediatr*. 2011 Sep;159(3):398-403.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.02.028. Epub 2011 Apr9.

(2)Celebi MY, Alan S, Kahvecioglu D, Cakir U, Yildiz D, Erdeve O, Arsan S, Atasay B. Impact of Prophylactic Continuous Positive Airway Pressure on Transient Tachypnea of the Newborn and Neonatal Intensive Care Admission in Newborns Delivered by Elective Cesarean Section. *Am J Perinatol*. 2016 Jan;33(1):99-106. doi: 10.1055/s-0035-1560041. Epub 2015 Aug 21.

(3)Cloherty J. *Manual de Neonatología*. Capítulo 24. USA, Ed.2004

(4)Dehdahstian M. Restricted versus Standard Maintenance Fluid Volume in Management of Transient Tachypnea of Newborn: A Clinical Trial. *Iran J Pediatr*. 2014; 24 (5): 575-580.

(5)Dumas de la Roque E, Bertrand C, Tandonnet O, Rebola M, Roquand E, Renesme L, Elleau C. Nasal high frequency percussive ventilation versus nasal continuous positive airway pressure in transient tachypnea of the newborn: a pilot randomized controlled trial (NCT00556738) *Pediatr Pulmonol*. 2011 Mar;46(3):218-23. doi: 10.1002/ppul.21354. Epub 2010 Oct 20.

(6)Elias N, O'Brodovich H. Clearance of fluid from airspaces of newborns and infants. *Neo Reviews*. 2006;7 (2):c88- c93.

(7)Demirel G, Uras N, Celik IH, Canpolat FE, Dilmen U. Nasal intermittent mandatory ventilation versus nasal continuous positive airway pressure for transient tachypnea of newborn: a randomized, prospective study. *J Matern Fetal*

Neonatal Med. 2013 Jul;26(11):1099-102. doi: 10.3109/14767058.2013.766707.  
Epub 2013 Feb 27.

(8) Gomilla T, Cunningham M. Neonatología. Neonatología. Cuarta Edición. Editorial Mexicana Panamericana. 2003. Pagina 609-612.

(9) Frank W. Castro López, Omayda Urbina Laza, Vol. 1, ed. Ciencias Médicas; 2007.

(10) Coto Cotallo GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Asociación Española de Pediatría, 2008.

(11) M en C. Alejandro González-Garay, Ed. Vol. 32, Acta Pediátrica de México, 2011.

(12) Villanueva D, Ávila R. Dies P. Ibarra D. Olivares D. Velázquez N, Villa M. Villegas R. Masud J. Insuficiencia respiratoria neonatal. Edición revisada y actualizada. México: inter sistemas;2016.

(13) OPS, Ministerio de salud del gobierno de Chile. Mortalidad materna y neonatal en ALC y estrategias de reducción síntesis de situación y enfoque estratégico observatorio de la infancia (2008). Disponible: [www.who.int/pmnch/activities/sintesis\\_situacionmortalidad\\_en\\_alc.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf).

(14) Raquel Nascimento Tamez, María Jones Pantoja Silva, Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales, ed. 3era. Buenos Aires; Medica Panamericana, 2008.

## ANEXOS

