

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DISTRÉS RESPIRATORIO DEL RECIÉN  
NACIDO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL  
MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA. AYACUCHO. 2021**

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

**KELY CALDERON LLACTAHUAMAN**

**Callao, 2021**

**PERÚ**



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN**

### **MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:**

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

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

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 001-2021

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

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

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	4
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....	4
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO .....	7
2.1    Antecedentes del Estudio .....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	8
2.2    Base Teórica .....	10
2.2.1 Modelo de Virginia Henderson (1955).....	10
2.3    Base Conceptual.....	11
2.3.1 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO .....	11
d. Desordenes clínicos y factores de riesgo.....	13
Cuidado de enfermería: .....	21
Calidad del cuidado de enfermería:.....	21
I. Planificación del cuidado de enfermería .....	22
Teoría de la adaptación de Callista Roy:.....	23
CAPÍTULO III.....	24
ACTIVIDADES DESARROLLADAS.....	24
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA.....	24
I. VALORACIÓN .....	24
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES .....	38
REFERENCIAS:.....	39

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH), denominado también como síndrome de dificultad respiratoria neonatal es la patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro y es causada por déficit de surfactante, sustancia tensoactiva producida por los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos. Su incidencia aumenta inversamente respecto a la edad de gestación de manera que afecta al 60% de los menores de 28 semanas de EG y a menos del 5% de los mayores de 34 semanas de EG. (1)

El SDR Se caracteriza clínicamente por aleteo nasal, retracción intercostal y xifoidea, quejido respiratorio y disociación toracoabdominal, habitualmente acompañado de taquipnea, por presentar respiraciones mayores a 60 por minuto.

Las causas principales de esta patología en los recién nacidos es la enfermedad de membrana hialina y la aspiración de meconio durante el trabajo de parto conllevando a una dificultad respiratoria, siendo esta patología causa de hospitalización en las unidades neonatales, constituyéndose una problemática en salud condicionando a una alta morbimortalidad neonatal. (2)

El presente trabajo académico, titulado “Cuidados de enfermería en distrés respiratorio del recién nacido en el servicio de neonatología del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho 2021”, tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería que se brindan al paciente neonato con distrés respiratorio. Asimismo, el plan de cuidado de enfermería es una de las herramientas más importantes que utiliza la profesión con el objetivo de brindar una atención basada en el trato humano y holístico, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del proceso de enfermería.

En cuanto al desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un plan de cuidado de enfermería para el paciente neonato con distrés respiratorio, el cual contiene la justificación, objetivo y plan de cuidado de enfermería propiamente dicho, el cual detalla de manera secuencial el proceso de atención de enfermería que se le brinda al paciente desde su recepción en el servicio de atención inmediata de neonatología hasta que es trasladado al servicio de Hospitalización. Cabe mencionar que el proceso de atención de enfermería, es un conjunto de pasos que

se ejecutan de forma sistemática y paralela, basada en el cuidado humano y holístico de la persona, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeamiento, Ejecución y Evaluación.

Como enfermera asistencial del área de atención inmediata en el servicio de neonatología he percibido continuamente casos de recién nacidos con el distrés respiratorio, en el cual se puede apreciar las múltiples necesidades de estos pacientes en cuanto a su salud y cuidado. Ante ello, en la mayoría de oportunidades se ha realizado una intervención inmediata y prioritaria con la finalidad de evitar complicaciones en el estado de salud de los neonatos que pueden agravar el cuadro y en ocasiones llevarlos a la muerte.

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

## CAPÍTULO I

### DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El Síndrome de Dificultad Respiratoria constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido en muchos países que están en vías de desarrollo, y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal. (3)

El síndrome de distrés respiratorio (SDR) es una condición pulmonar que produce insuficiencia respiratoria, que es ocasionada por una deficiencia en el surfactante alveolar, asociado con una inmadurez de la estructura pulmonar; en la mayoría de los casos se presenta en recién nacidos (RN) prematuros menores de 34 semanas de gestación. La incidencia de SDR se incrementa con una edad gestacional menor; en el año de 2010 el EuroNeoNet informó una incidencia del 92% en RN de 24 a 25 semanas, del 88% entre RN de 26 a 27 semanas, del 76% en prematuros de 28 a 29 semanas y del 57% en niños que nacieron entre las 30 y 31 semanas de gestación. (4)

Vásquez hace referencia que en el año 2000 la OMS calculó un 38% de muertes en menores de 5 años, siendo la etapa neonatal la predominante, lo que corresponde a 4 millones de niños al año; explica que en su mayoría las muertes ocurrían en la primera semana de vida, debido a tres causas principales: prematuridad (28%), infecciones severas (26%) y por último la asfixia (23%). (5)

Según el estudio de Rosalinda Pérez el síndrome del distrés respiratorio neonatal, es una de las principales causas de mortalidad, se produce por la deficiencia o ausencia de producción de surfactante, sustancia compuesta por lípidos y proteínas procedente de los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos para disminuir la tensión de estos. (6)

En Asia meridional y central se registran que el 70% de las muertes infantiles es decir 11 millones de niños mueren todos los años por causas como las infecciones respiratorias. Mientras que en África subsahariana se registran tasas mayormente elevadas. (7)

En Latinoamérica y el Caribe según la OPS (Organización Panamericana de Salud) cada año ocurre 180.000 muertes durante el primer mes de vida, las principales causas son: infecciones (32%), asfixia (22%) y prematuridad (24%). Las

complicaciones asociadas con la prematurez son síndrome de dificultad respiratoria entre otras. (8)

En el Perú en un estudio en el 2015 se encontró que el 40 % de los ingresos hospitalarios de los neonatos fueron a causa del síndrome de dificultad respiratoria, de los cuales el 10% fallecieron, siendo la causa la etiología más frecuente de hospitalización la TTRN con 60,3%, la comorbilidad asociada de forma habitual fue la ictericia seguida por la anemia multifactorial, además se reportó que la tasa de mortalidad neonatal secundaria al síndrome de dificultad respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios neonatal fue de 1 por 1000 nacidos vivos. En el mismo estudio se encontró que la estancia hospitalaria se incrementa hasta 12 días en promedio en los neonatos que ingresan a la Unidad de cuidados intensivos a causa de esta patología. (9)

Por otro lado tenemos que el síndrome de distrés respiratorio, conocido también como síndrome de dificultad respiratoria, está constituido por varias patologías, pero tienen en común sus manifestaciones clínicas en el sistema respiratorio, generalmente se presenta aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo toraco-abdominal; esta entidad nosológica es la causa más frecuente de morbi mortalidad perinatal y su gravedad está relacionada con la causa etiológica y su repercusión sobre los gases sanguíneos.

Las causas que pueden producir síndrome de distrés respiratorio, son múltiples, siendo la más peculiar la membrana hialina, pero existen otras causas, tales como, distrés respiratorio leve, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial, síndrome de escape aéreo (enfisema intersticial, neumotórax, neumo mediastino), neumonía perinatal e hipertensión pulmonar persistente neonatal. (10)

Otros autores mencionan que el distrés respiratorio es una de las patologías más frecuentes en los recién nacidos pretérmino y está asociado a problemas del desarrollo pulmonar y trastornos de la adaptación respiratoria después del nacimiento. (11)

En los últimos años se ha producido disminución significativa en la tasa de mortalidad específica de la dificultad respiratoria neonatal en los países desarrollados debido a varias innovaciones en neonatología que son insuficientes o inexistentes en los países en vías de desarrollo.



En este contexto y observando la problemática mundial y nacional considero importante la realización de este estudio con fines de tomarse en cuenta para investigaciones posteriores.

El servicio de neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, durante el año 2020 atendió un promedio de 193 recién nacidos por mes de parto vaginal y parto por cesárea, es así que durante el año 2020 hubo un total de 695 hospitalizados, de los cuales el 18% de recién nacidos son hospitalizados por síndrome de distrés respiratorio siendo la segunda causa de morbilidad en el servicio de neonatología. Así mismo se encuentra como tercera causa de mortalidad neonatal la enfermedad de membrana hialina y asfixia neonatal.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**CAMPOS (2018)** en su investigación titulada: “**Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos**” - Ecuador. El presente trabajo de tipo documental se enfoca en la incidencia de la dificultad respiratoria en los recién nacidos. El cual tuvo como **objetivo**: Determinar la incidencia de la dificultad respiratoria en los recién nacidos que se presentan en el mundo a través de revisiones bibliográficas científicas, para disminuir la morbilidad neonatal. **Metodología**: Se trata de una investigación documental, con enfoque cualitativo y descriptivo, para su realización se utilizaron referencias de investigaciones anteriormente realizadas que a consideración de los autores tienen concordancia con los objetivos planteados.

**Resultados y conclusiones**: La incidencia de la dificultad respiratoria en el recién nacido a consideración de los autores de esta investigación y en relación a las referencias mostradas en la realización de la misma, es de 1% del total de nacidos vivos, es decir solo en Ecuador al año se encuentran según cifras del Ministerio de Salud Pública alrededor de 3.000 casos. Determinar una incidencia global supone ser una situación difícil, debido a que se debe tomar en cuenta cada una de las etiologías causales, sin embargo, los números mostrados de otras investigaciones consultadas por los autores indican cifras semejantes en otras localidades a nivel mundial.  
(12)

En el servicio de atención inmediata al recién nacido del departamento de pediatría se interviene de acuerdo a las necesidades que presenta el recién nacido, iniciando con una valoración integral y culminando con una evaluación constante para monitorear la efectividad de la atención durante la estadía del paciente.

**GRANDA (2017)** en su estudio: “**Factores predisponentes a distrés respiratorio en recién nacidos del Servicio de Neonatología – Hospital San Vicente de Paúl**” – Ecuador. Al realizar un estudio descriptivo, de corte transversal, no experimental, basándose fundamentalmente en la revisión de historias clínicas, analizando cada una de las variables. Se encontró que la mayor parte de recién nacidos con distrés respiratorio eran de sexo masculino (61, 5%), a términos (67, 7%) y de peso normal (72,3%), entre los factores maternos que predominó fue la ruptura prematura de membranas (16,9%) y teniendo el 38,5% que está relacionado con otras patologías y las circunstancias en las que se produce el parto. Es decir que los de sexo masculino son los más predisponentes a sufrir este síndrome sea la edad gestacional que tenga. (13)

En el servicio de atención inmediata se aplica el proceso de enfermería durante las atenciones que se realiza, convirtiéndose en una metodología fundamental en la atención de enfermería.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Montes (2018)** realizó una investigación titulada: “**Prevalencia de Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017**”, fue un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia en los neonatos con diagnóstico de Síndrome de dificultad respiratoria de etiología pulmonar ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017. La población de estudio fue 61 neonatos, utilizó el método de recolección de datos de sus historias clínicas y se procesaron mediante el programa Microsoft Excel. Los resultados fueron: la prevalencia 28,4% entre los ingresados en el Servicio de Neonatología, la mayoría fueron pretérmino, nacieron por cesárea, fueron de sexo femenino, apgar <10, y bajo peso al nacer. La mayor complicación fue la sepsis neonatal, y estuvieron hospitalizados por más de 15 días. La mortalidad fue de 47,5% (29 de 61). Concluyendo que la prevalencia fue de 61 pacientes del total de 215 (28,4%) ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Hipólito

Unanue, 45,9% fueron pretérmino, 52,4% nacieron de parto por cesárea, 52,4% fueron de sexo femenino, 65,6% presentaron un Apgar a los 5 minutos entre 8 y 10, y 42,6% bajo peso al nacer, la complicación neonatal más frecuente fue la sepsis neonatal y 45,9% requirieron más de 15 días de hospitalización, y el 47,5% de los neonatos falleció a causa del Distrés Respiratorio. (14)

En el servicio de atención inmediata se considera importante que los padres de familia conozcan sobre los cuidados preventivos en los recién nacidos con riesgo de dificultad respiratoria ya que representan un factor en las complicaciones neonatales.

Damián (2018) en su tesis titúlala “**Características epidemiológicas del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en el hospital regional de huacho, 2018**”, el cual tuvo como objetivo: Determinar las características epidemiológicas del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se trabajó con una población y muestra de 72 neonatos con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria; cuyas historias clínicas fueron revisadas recolectándose la información en una ficha de recolección de datos.

Los resultados fueron: de los 353 neonatos hospitalizados en el 2018, el 20,4% se vieron afectados por el síndrome de dificultad respiratoria, de los cuales el 69,4% nacieron por cesárea y el 30,6% por parto vaginal, además el 66,7% fueron del sexo masculino, la edad gestacional del 63,9% fue <37 semanas y la de 36,1% fue entre 37-41 semanas; los pesos de los neonatos afectados en el 54,2% de los casos fueron entre 2500-3999 gramos. Las causas del síndrome de dificultad

respiratoria fueron la TTRN (69,4%), la enfermedad de membrana hialina (16,7%), bronquiolitis (11,1%) y neumonía neonatal (2,8%). La comorbilidad predominante fue la ictericia neonatal (44,4%); el tiempo de estancia hospitalaria de estos neonatos fue en promedio 8 días. El 12,5% de los afectados fallecieron.

Conclusiones: El síndrome de dificultad respiratoria neonatal tuvo una incidencia de 20,4% teniendo como causa principal la TTRN, entre los afectados predominó el sexo masculino, el parto por cesárea y la prematuridad. La enfermedad de membrana hialina fue la causa principal de muerte y estancia hospitalaria. La letalidad fue del 12,5%. (15)

En el servicio de atención inmediata se imparte la educación a los padres con la finalidad de incrementar sus conocimientos y mejorar las prácticas sobre los cuidados que se debe tener en los recién nacidos con riesgo de síndrome de dificultad respiratoria.

## **2.2 Base Teórica**

### **2.2.1 Modelo de Virginia Henderson (1955):**

Define a la enfermería como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". (16)

Para Virginia Henderson, la función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo; en la satisfacción de las actividades que contribuyan a la satisfacción de la salud y a su recuperación lo más rápidamente posible.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad ni es independiente. Virginia Henderson identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

- Respirar normalmente.
- Administración de oxígeno de ser necesario
- Beber y comer adecuadamente.
- Eliminación de desechos. Orina, deposición y exudados.
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- Proteger de peligros, uso de barandales.

- Comunicarse con otros y expresar sus dudas, preocupaciones, necesidades u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Jugar y participar en tareas recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud. (17)

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá satisfacción inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia. Además, identifico tres niveles de relación entre enfermera - paciente:

- La enfermera como sustituto del paciente, en el primer día operatorio o posoperatorio inmediato.
- Enfermera como ayuda del paciente, en el posoperatorio mediato.
- Enfermera como compañera y orientadora del paciente, en el posoperatorio tardío. (17)

## **2.3 Base Conceptual**

### **2.3.1 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO**

#### **a. Definición**

El ministerio de salud define El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) como la presencia de edema pulmonar no cardiogénico y falla respiratoria en el paciente crítico. Este síndrome es una de las principales causas de morbilidad en las unidades de cuidados Intensivos.

El Síndrome de distrés respiratorio anteriormente llamada enfermedad de la membrana hialina, denominado también como síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es una afección pulmonar potencialmente mortal, llevando a una acumulación de líquido en los sacos de aire (alveolos) este líquido impide el paso de oxígeno al torrente sanguíneo y a los pulmones.

La acumulación de este líquido también hace que los pulmones se vuelvan pesados y rígidos. Esto disminuye la capacidad de expandirse de los pulmones. El nivel de oxígeno en la sangre puede permanecer peligrosamente bajo, incluso si la persona lo recibe de un respirador (ventilador) a través de una sonda de respiración (sonda endotraqueal).

El síndrome de distrés respiratorio agudo consiste en una alteración aguda y severa de la estructura y función pulmonar secundaria a una injuria inflamatoria aguda que ocasiona edema pulmonar difuso producto de un aumento de la permeabilidad del capilar pulmonar. (18)

Sus características clínicas distintivas, incluyen un deterioro de la oxigenación, disminución de la compliación pulmonar y de la capacidad pulmonar residual e infiltrados pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax, aparecen horas o días después de una injuria pulmonar directa o de un insulto sistémico.

El manejo de la insuficiencia respiratoria que ocasiona requiere de asistencia ventilatoria. En esta área los avances en el conocimiento de la fisiopatología de la injuria pulmonar han causado cambios sustanciales en los métodos tradicionales de ventilación artificial permitiendo desarrollar novedosos modos ventilatorios y medidas adjuntas que junto con la mejoría en los métodos de soporte vital han permitido una disminución significativa de la mortalidad, aunque sigue siendo muy elevada.

#### **b. Tipos**

##### **Síndrome de distrés respiratorio aguda pulmonar o primaria:**

Ocurre debido a una agresión alveolar directa, la cual puede estar ocasionada por neumonía, aspiración de contenido gástrico, contusión pulmonar, etc.

##### **SDRA extra pulmonar o secundaria:**

Cuando hay una injuria indirecta al pulmón como complicación de una enfermedad sistémica: sepsis, trauma severo con shock y transfusiones múltiples, pancreatitis aguda; etc.

#### **c. Epidemiología**

No ha sido posible realizar una estimación exacta de la incidencia de la injuria pulmonar aguda (IPA) y del síndrome de distrés agudo debido a la carencia de una definición uniforme y a lo heterogéneo de las causas y de las manifestaciones clínicas. El primer estudio epidemiológico que utilizó la definición del consenso Europeo - Americano reportó una incidencia de 17.9

casos por cada 100000 habitantes para la injuria pulmonar aguda y de 13.5 casos para el síndrome de distrés respiratorio. (19)

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intrapartos o durante el periodo postnatal inmediato.

#### **d. Desordenes clínicos y factores de riesgo**

Los datos sobre los factores y marcadores de riesgo se han generado primariamente para el síndrome de distrés respiratorio, lo que refleja sus limitaciones; estos pueden ser divididos en aquellos que causan una injuria pulmonar directa (primaria) y aquellos que producen una lesión pulmonar indirecta (secundaria) en el marco de un proceso sistémico

#### **e. Desordenes clínicos asociados con el SDRA**

La prevalencia de cualquier condición de riesgo varía considerablemente en las diferentes instituciones, pero de manera general la sepsis es la más común.

El riesgo de distrés aumenta si junto a los factores y marcadores de riesgo el paciente tiene condiciones predisponentes entre ellas se encuentran:

- La edad avanzada.
- El sexo femenino.
- El abuso crónico del alcohol.
- El tabaquismo.
- La enfermedad pulmonar crónica.
- La severidad de la enfermedad subyacente.
- La combinación de factores de riesgo.

Algunos datos sugieren que los pacientes con Diabetes Mellitus pueden tener una incidencia disminuida del síndrome de distrés respiratorio.



#### **f. Insuficiencia respiratoria del recién nacido**

La insuficiencia respiratoria (distrés respiratorio), es uno de los síndromes más frecuentes en neonatología. Aunque en la mayoría de las ocasiones está producida por patología del propio aparato respiratorio, otras veces es secundaria a patología cardíaca, nerviosa, metabólica, muscular, etc. (20)

En la última década, los avances terapéuticos (surfactante, nuevas modalidades de ventilación, tratamiento fetal), han producido un descenso importante en la mortalidad, si bien no en la morbilidad, ya que ésta depende, por una parte, del desarrollo pulmonar, que en el recién nacido (sobre todo en el prematuro) es anatómico y funcionalmente incompleto y por otra, de los importantes cambios que deben producirse en el momento del nacimiento para pasar de la respiración placentaria al intercambio gaseoso pulmonar, que se ven influenciados por muchos factores como nacimiento prematuro, asfixia perinatal, cesárea y fármacos sedantes administrados a la madre, entre otros.

Los signos de insuficiencia respiratoria en el recién nacido van a estar en parte relacionados con la causa desencadenante, e incluyen:

#### **g. Cambios en la frecuencia y el ritmo respiratorio**

En general se observa polipnea (mayor a 60 rep. /min), en todos los cuadros con complicación pulmonar disminuida, con objeto de poder vencer la resistencia elástica.

Por el contrario, en las patologías que cursan con obstrucción de la vía aérea y aumento de la resistencia, la respiración es lenta y profunda. La polipnea seguida de apnea respiratoria, es un signo de mal pronóstico, anuncio de una parada respiratoria inminente, bien por fatiga muscular o por hipoxia.

#### **Cianosis**

Acompañando a la insuficiencia respiratoria es signo de hipoventilación alveolar severa y/o alteraciones en la ventilación-perfusión, que conducen a cortocircuitos de derecha-izquierda intrapulmonares.

#### **h. Enfermedad de membrana hialina (EMH)**

La enfermedad de membrana hialina es una de las causas más frecuentes de distrés respiratorio en el neonato y la segunda causa de mortalidad en

este periodo, precedida tan sólo por las malformaciones congénitas. Aunque típicamente es una patología del pretérmino, cuya incidencia es inversamente proporcional a la edad gestacional (afecta al 60-80% de los recién nacidos antes de las 28 semanas de gestación), también puede ocurrir en el recién nacido a término.

### **Fisiopatología**

La alteración fundamental es un déficit de surfactante a nivel de la interface aire-líquido en el alvéolo pulmonar, que conduce a un aumento de la tensión superficial, con tendencia al colapso alveolar al final de la espiración, disminución de la capacidad residual funcional y de la complicación pulmonar. Esta situación produce hipoxemia por la aparición de cortocircuitos intrapulmonares derecha-izquierda. El aumento de la permeabilidad capilar por la hipoxemia, junto con la formación de edema por déficit de surfactante, producen en el interior del alvéolo un acumulo de material rico en proteínas, que al organizarse, a las 4-6 horas de vida, recubre de modo homogéneo la superficie alveolar. Las características histopatológicas de este material eosinófilo (membranas hialinas), justifican la denominación inicial de esta enfermedad.

La inmadurez de los sistemas enzimáticos que permiten la síntesis de cantidades adecuadas de surfactante en los neumocitos tipo II es la causa más frecuente. La síntesis y/o liberación de surfactante puede verse comprometida por la asfixia perinatal, la hipotermia y la diabetes materna; la presencia de meconio o edema en el espacio alveolar puede conducir a una inactivación del surfactante. (21)

### **Etiología**

- El síndrome de dificultad respiratoria aguda puede ser causado por cualquier lesión directa o indirecta al pulmón. Algunas causas comunes abarcan: (22)
- Inhalación de vómito a los pulmones (aspiración).
- Inhalación de químicos.
- Trasplante de pulmón.
- Neumonía.
- Shock séptico (infección en todo el cuerpo).

- Traumatismo.

El síndrome de dificultad respiratoria aguda lleva a una acumulación de líquido en los alvéolos. Este líquido impide el paso de suficiente oxígeno al torrente sanguíneo.

La acumulación de líquido también hace que los pulmones se vuelvan pesados y rígidos, lo cual disminuye su capacidad para expandirse. El nivel de oxígeno en la sangre puede permanecer peligrosamente bajo, incluso si la persona lo recibe de un respirador (ventilador) a través de un tubo de respiración (sonda endotraqueal).

El síndrome de dificultad respiratoria aguda a menudo se presenta junto con la insuficiencia de otros sistemas de órganos como el hígado o los riñones.

## **i. Presentación clínica**

### **Cuadro clínico**

El distrés respiratorio es de comienzo inmediato al nacimiento, aumentando de intensidad hasta las 48-60 horas de vida. La gravedad es mayor a menor edad gestacional, o cuando se asocian factores tales como asfixia, hipotermia o acidosis. Los síntomas comienzan a mejorar hacia el 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día, si no se presentan complicaciones.

La polipnea, una alta puntuación en el test de Silverman y la cianosis son los signos clínicos más frecuentes. La auscultación muestra hipoventilación simétrica bilateral acusada. La afectación del estado general es importante, con hipoactividad y escasa respuesta a estímulos. Con frecuencia también hay alteraciones hemodinámicas como relleno capilar lento e hipotensión arterial.

El pH y gases sanguíneos muestran hipoxemia, con cifras de PO<sub>2</sub> menor a 50-60 mm hg ya en etapas iniciales; la hipercapnia es algo más tardía, salvo en los casos muy severos. Suele existir también acidosis metabólica, secundaria a la hipoxemia e hipovolemia.

La radiografía de tórax muestra un volumen pulmonar disminuido, con caja torácica campaniforme, patrón reticulogranular difuso y homogéneo y broncograma aérea que sobrepasa la silueta cardiaca.

Como datos de laboratorio específicos destaca la determinación del perfil pulmonar: El cociente lecitina/esfingomielina menor a 2 y la ausencia de fosfatidil-glicerol (PG) en aspirado faríngeo o traqueal obtenidos en las primeras horas de vida, son signos de inmadurez pulmonar.

### **Diagnóstico**

Desde su primera descripción, en 1967, por Ashbaugh y Petty, el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) ha recibido más atención que ninguna otra entidad aislada dentro de los cuidados intensivos. Durante el paso de los años se han producido sustanciales avances en el conocimiento de su epidemiología y su fisiopatología, aunque sigue siendo una condición devastadora y su tratamiento continúa siendo básicamente de soporte.

El síndrome de distrés respiratorio o membrana hialina es una patología más frecuente en recién nacidos prematuros de menos de 35 semanas de edad gestacional, causada por un déficit de surfactante, sustancia tensoactiva producida por los neumococos tipo II el cual recubre los alveolos aumentando su incidencia inversamente respecto a la edad gestacional de manera que afecta al 60% a recién nacidos menores de 28 semanas de edad gestacional y en un 5% a recién nacidos mayores de 34 semanas de edad gestacional, coincidentemente pasa lo mismo con el peso siendo un 50% de recién nacidos con 501kg a 1,500 kg, y un 16% a recién nacido con 1,501kg a 2500 kg.

Clínicamente el síndrome de distrés respiratorio es de comienzo inmediato al nacimiento, aumentando de intensidad hasta las 48-60 horas de vida.

Apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada, para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares.

El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad.

#### **j. Escala para valoración de dificultad respiratoria**

Para valorar de una forma objetiva, rápida y por la simple inspección clínica, la intensidad de la insuficiencia respiratoria, se utiliza universalmente EL TEST DE SILVERMAN, que puntúa de 0 a 2 los siguientes signos:

- Aleteo nasal.
- Quejido espiratorio.
- Retracción intercostal.
- Retracción subcostal.
- Disociación taraco-abdominal.

El test de Silverman-Anderson, es un test que se utiliza mucho para la valoración de la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

<b>TEST SILVERMAN – ANDERSON</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Movimientos toracoabdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil. abdomen en movimiento	Disociación toracoabdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intensa
Aleteo nasal	No	Leve	Intensa
Quejido espiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

#### **k. Tratamiento**

##### **Profilaxis**

Como la enfermedad de membrana hialina (EMH) está asociada a la prematuridad, las medidas encaminadas a evitar el nacimiento de un recién nacido prematuro, serán efectivas para prevenir la enfermedad de membrana hialina. La administración prenatal de corticoides a la madre (betametasona o dexametasona) entre 24 horas y siete días antes del parto, acelera la maduración de los mecanismos de síntesis de surfactante, reduciendo la incidencia y gravedad de la enfermedad de membrana hialina; también han demostrado efecto beneficioso por favorecer el cierre del ductus en el recién nacido inmaduro. Su uso debe ser evaluado en todos los partos que se desencadenen antes de la 34 semana de edad gestacional, añadiendo tocolíticos para inhibir durante ese periodo las contracciones uterinas.

Otras medidas profilácticas muy importantes son evitar la hipoxia, acidosis e hipotermia, durante e inmediatamente después del parto, ya que todos estos factores interfieren negativamente en la síntesis y liberación del surfactante.

## **Tratamiento**

Además de las medidas generales a tomar en todo recién nacido con patología severa y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria con oxigenoterapia, presión de distensión continua y ventilación asistida, no cabe duda desde la década de los 80, que la administración de surfactante exógeno por vía intratraqueal, es una medida eficaz que ha conseguido reducir la mortalidad y complicaciones del recién nacido con enfermedad de membrana hialina, como ha quedado demostrado en numerosos estudios multicéntricos.

Los fosfolípidos constituyen el 80.7% de la molécula de surfactante. De ellos la lecitina (dipalmitoil-fosfatidil-colina), es el más abundante y el más eficaz para disminuir la tensión superficial.

La administración es siempre a través de tubo endotraqueal a la dosis de 60-100 mg/kg de peso. Dado que la administración en forma de bolos y posterior ventilación con bolsa puede asociarse a aumentos y descensos importantes en la velocidad de flujo cerebral y supone un mayor riesgo de hemorragia intracraneal, la pauta de actuación y el material recomendable serían:

Antes de administrar surfactante se debe comprobar la correcta posición del tubo endotraqueal, aspirar secreciones, extraer sangre arterial para pH y gases, anotar parámetros del respirador, presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura corporal. Si el recién nacido precisa FiO<sub>2</sub> mayores de 0.4 y/o presenta valores de PaO<sub>2</sub> bajos, se recomienda subir en 2 cm de H<sub>2</sub>O el pico de presión inspiratoria y la FiO<sub>2</sub> al 100% previo a la administración de surfactante.

Durante la administración de surfactante se debe vigilar estrechamente al paciente para detectar la presencia de descensos de PO<sub>2</sub>, bradicardia/taquicardia, bajadas de saturación, aumentos de la pCO<sub>2</sub>, el reflujos de surfactante por tubo endotraqueal, arcadas etc. Si el paciente ha mostrado estabilidad gasométrica y de signos vitales durante todo el proceso, se debe volver a colocar la FiO<sub>2</sub> y PIP a los valores iniciales. Si por el contrario, si durante la administración de surfactante o con posterioridad hay alteraciones gasométricas, cambios hemodinámicos, hay que descartar

la obstrucción del tubo endotraqueal, o bien la intubación selectiva de un bronquio principal, neumotórax o atrapamiento aéreo.

Es importante lograr elevar el ph por encima de 7.25. Si hay acidosis metabólica, administrar 1-2 mEq/kg de bicarbonato sódico 1M (diluido al medio). Los valores de pCO<sub>2</sub> se mantendrán entre 40-50 mmHg.

Cuanto más precozmente se administre el surfactante a estos recién nacidos, más rápida será la mejoría en la función pulmonar y menor la necesidad de oxígeno y ventilación mecánica disminuyendo así los riesgos de peroxidación y barotrauma.

### **Cuidado de enfermería:**

El "cuidado" constituye el foco principal del profesional enfermero. En un sentido genérico, Leninger define como "aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana". (23)

Dorothea Orem, define el cuidado como "una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas". Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como "una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia si mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". (24)

### **Calidad del cuidado de enfermería:**

La calidad del cuidado es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable. (25)

El cuidado de enfermería es el conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientada a



comprender en una forma importante en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.  
(25)

## **I. Planificación del cuidado de enfermería**

### **síndrome de dificultad respiratoria:**

- Aplicar normas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatal.
- Seguir las normas de atención del recién nacido. pretérmino.
- Tomar las medidas antropométricas al niño.
- Manipular al niño con estrictas medidas de asepsia.
- Colocar al niño en incubadora a temperatura de 34 - 36.5 °c.
- Canalizar vía periférica y/o preste los cuidados de la onfalocclisis.
- Administrar los líquidos en bomba de infusión.
- Cuidados de la venoclísis o catéter umbilical.
- Evaluar por signos de enrojecimiento en área umbilical.
- Retirar catéter umbilical en presencia de vaso espasmo periférico.
- Evitar colocar vías periféricas en miembros inferiores al niño con catéter umbilical.
- Administrar oxigenoterapia prescrita (carpa de O2 al 60%).
- Verificar con analizador de O2 la concentración cada 4 horas.
- Utilizar el nebulizador de la carpa con calentador.
- Cambiar el agua del nebulizado cada 8 horas.
- Verificar que no haya agua en la conexión corrugada de la carpa.
- Auscultar entrada de aire pulmonar.
- Valorar por aumento de insuficiencia respiratoria: aleteo nasal,

retracciones intercostales, quejidos respiratorios, cianosis, y apneas.

- Valorar y reportar gases arteriales.
- Efectuar fisioterapia de tórax y aspiraciones.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Evaluar características de secreciones.
- Evaluar por signos de sepsis: piel marmórea, apneas, cianosis, llenado capilar lento.
- Tomar constantes vitales cada 4 horas.
- Mantener el equipo de entubación preparado.

### **Teoría de la adaptación de Callista Roy:**

Para el presente trabajo se optó por utilizar la teoría de adaptación de Callista Roy, la cual se acerca más a la aplicación del plan de cuidado de enfermería en recién nacidos.

Callista Roy, nació el 14 de octubre de 1939, en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera.

Cuando empezó a trabajar como enfermera en pediatría, observo la gran capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños a adaptarse al cambio.

En 1968 puso en marcha su modelo y lo presento por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado "Adaptación modelo conceptual" y en 1976 publico "Introducción en enfermería modelo en adaptación".

En 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo.

**CAPÍTULO III**  
**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA**

**I. VALORACIÓN**

**1.1. DATOS DE FILIACION**

Paciente: RN. G. F  
Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento 16/06/20  
Fecha de ingreso al servicio: 01:30  
Historia clínica: 711441

**1.2. MOTIVO DE CONSULTA**

**1.3. ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente RN de parto eutócico el día 16/06/2020 a horas 01:30, con 39 semanas por examen físico, peso 3990, flácido con Apgar 3minuto a 5minutos, con muy pobre esfuerzo respiratorio, se realiza aspiración de secreciones con extracción de líquido meconial en puré de arveja, procediendo luego a ventilación a presión positiva (VPP). Se hospitaliza por dificultad respiratoria con diagnóstico: síndrome de distres respiratorio + silverman 07.

**1.4. ANTECEDENTES**

**1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES**

RN de parto eutócico con líquido amniótico meconial en puré de arveja, con 39 semanas por Capurro, peso: 2990, talla: 51 cm, PT: 35, apgar 3/7, Grande para edad gestacional. Con complicación de depresión severa al nacer, recibió VPP.

**1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Maternos:**

Nombre: N. F. R.

Edad: 30 años

Estado civil: conviviente

Grado de instrucción: secundaria completa

Control prenatal: 08

Antecedentes patológicos: ninguno

#### **1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES:**

Ninguno

#### **1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES**

Padres de religión católica

### **1.5. EXAMEN FISICO**

#### **1.5.1 Control de signos vitales**

- T°: 36.7°C
- Frecuencia cardiaca: 176 x'
- Frecuencia respiratoria: 72 x'
- Sat O<sub>2</sub>: 92%

#### **1.5.2 Exploración céfalo caudal:**

- Piel: pálidas, húmedas
- TCSC: sin alteración
- Linfáticos: sin alteración
- Cráneo: Caput succedaneum
- Fontanelas: normotensas y sin modificación
- Ojos: simétricas sin alteración
- Nariz: simétricas sin alteración
- Oreja: simétricas sin alteración
- Boca: simétricas sin alteración
- Cuello: cilíndrico sin alteracion
- Clavículas: simétricas sin alteracion
- Torax: con retracción xifoidea ++
- Pulmones: MU disminuido en ACP
- ACV:
- Abdomen: blandos depresibles, RHA presentes
- Genitourinario: sexo femenino, sin alteración
- Ano: permeable
- Neurológico:

- Ortolani – Barlow: negativo

#### 1.6. EXÁMENES AUXILIARES

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

#### 1.7. INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Tratamiento farmacológico:

Droga	Dosis	via
Dextrosa 12%	100 cc	Ev
Ampicilina	200 mg	Ev
Amikacina	60 mg	ev
Gluconato de calcio	4 cc	Ev
Omeprazol	4 mg	Ev
Fentanilo	5-8 ml	

**Tratamiento:**

VR: PIP: 18	PEEP: 5	FR: 45x'
Nebulización permanente		
Balance hídrico estricto		
<b>CFV</b>		
<b>OSA</b>		
<b>DIETA:</b>	NPO	

**1.8. 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: monitoreo estricto

**Clase 2.** Gestión de salud: tienes seguro social (SIS)

**DOMINIO II. Nutrición**

**Clase 1.** Ingestión: NPO

**Clase 2.** Digestión: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos presentes.

**Clase 3.** Absorción: peso: 3990 gr.

**Clase 4.** Metabolismo: piel normal

**Clase 5.** Hidratación: mucosas húmedas

**DOMINIO III. Eliminación**

**Clase 1.** Función urinaria: Micción espontánea. Frecuencia: 2 veces por día.

**Clase 2.** Función gastrointestinal: Deposición: 2 veces por día

**Clase 3.** Función tegumentaria: ligeramente sudoroso

**Clase 4.** Función respiratoria: Ventilando espontáneamente con Sat O<sub>2</sub> 94%.

Pulmones: murmullo vesicular con buen pasaje en ACP

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

**Clase 1.** Reposo/sueño: Reposo forzado, sueño interrumpido.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo forzado por enfermedad

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: frecuencia cardíaca = 118 x min, frecuencia respiratoria = 50 x min, saturación = 92% con oxígeno ambiental.

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

**Clase 4.** Cognición: Durante la inspección se observan ojos con rima palpebral adecuada, correcta implantación; pabellones auriculares íntegros, simétricos, no secreciones sin ningún tipo de lesiones visibles.

#### **DOMINIO VI. Autopercepción**

**Clase 3.** Imagen corporal: La madre se encuentra estresada e incómodo por la salud de su recién nacido.

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

**Clase 1.** Rol de cuidador: El papel que la niña desempeñará en la familia es hermana; la madre refiere que va a vivir junto a ella, su papá y sus hermanos y estarán a su cuidado. Su proceso de lactancia materna ha sido deficiente dada la hospitalización. La madre del RN, no conoce adecuadamente técnica de amamantamiento a pesar de las orientaciones brindadas.

#### **DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: Neonato sexo femenino no presenta ningún problema a nivel del sistema reproductor.

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

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Neonato poco activo, reactivo a estímulos, sin déficit neurológico aparente. Se evidencia esfuerzo respiratorio. La familia pertenece a la religión católica y posee creencias populares, ansiosa por estancia hospitalaria de su bebe.

#### **DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 2.** Creencia: Madre pertenece a la religión católica y con su fe cree se recuperará salud de su bebé.

### **DOMINIO XI. Seguridad y protección**

**Clase 1.** Infección: incubadora para T°: 37°C. se encuentra con medios invasivos: catéter venoso periférico,

**Clase 6.** Termorregulación: Afebril, T°= 37°C.

### **DOMINIO XII. Confort**

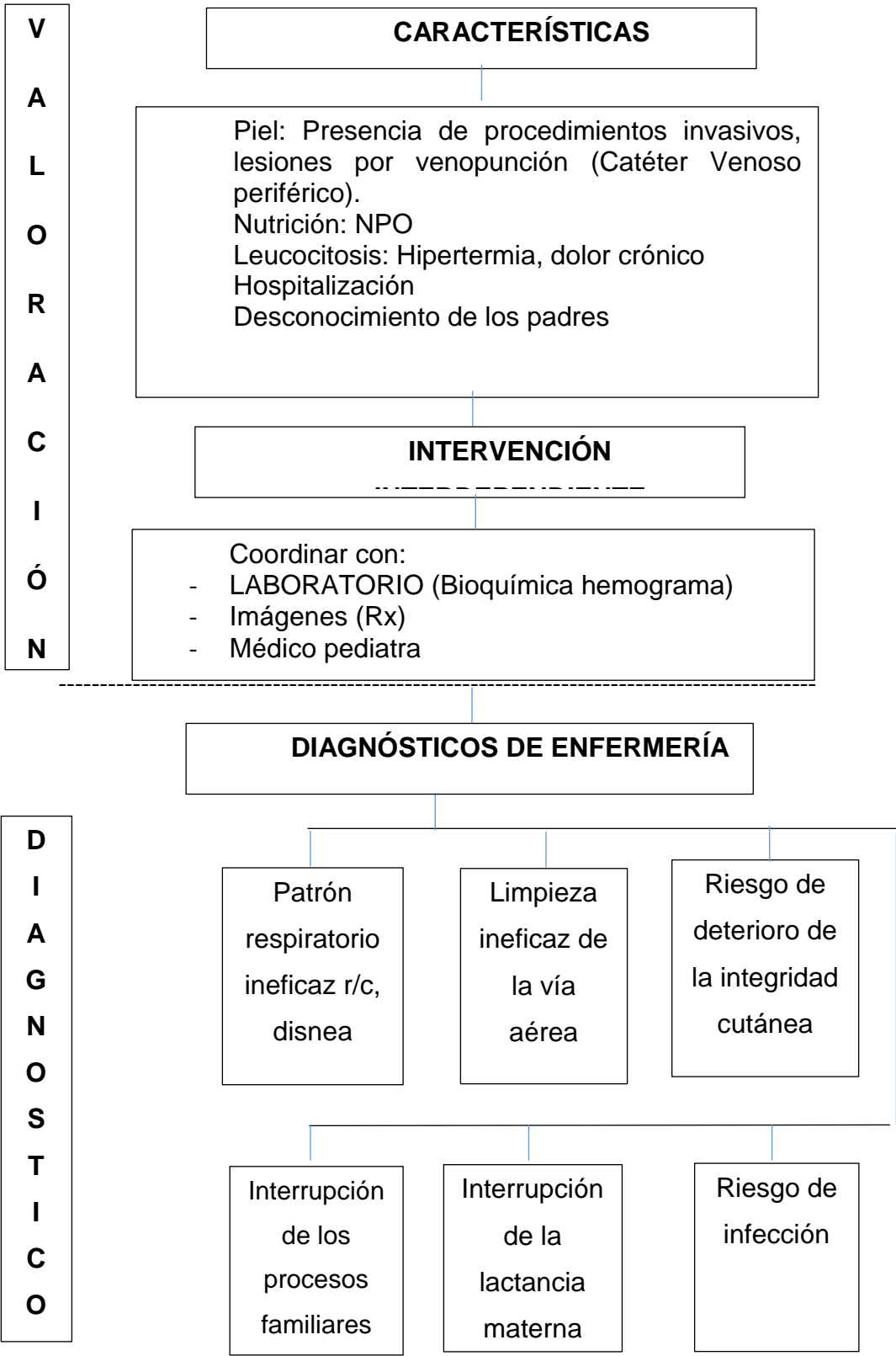
**Clase 1.** Confort Físico: Neonato se encuentra en incubadora anidado, con indicación de T° para piel 37°C.

**Clase 2.** Confort del entorno:

### **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**

**Clase 2.** Desarrollo: subida de peso, hasta el momento, la madre del RN refiere haber asistido a 08 controles prenatales; su niña ocupa el tercer lugar entre sus hijos.





## I. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

### 1.1. LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Disnea
- Murmullo vesicular pasa con dificultad
- Sueño interrumpido por las noches
- Hospitalización
- Desconocimiento de los padres
- Procedimientos invasivos

### 1.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

- Deterioro del intercambio gaseoso
- Limpieza ineficaz de la vía aérea
- Patrón respiratorio ineficaz
- Intolerancia a la actividad
- Deterioro del patrón del sueño
- Interrupción de los procesos familiares.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico
- Riesgo de infección

### 1.3. ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Patrón respiratorio: ventilación.	Aleteo nasal	disnea	Patrón respiratorio ineficaz r/c, disnea
Limpieza de la vía aérea.	Mucosidad	Presencia de secreciones orofaríngeas	Limpieza ineficaz de la vía aérea.
Integridad cutánea	La piel es la primera línea de defensa frente a la infección, cualquier lesión puede generar además problemas de termorregulación.	Piel delgada y posición prolongada	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Procesos familiares.	Enfermedad y régimen terapéutico	Hospitalización del niño	Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y régimen terapéutico m/p hospitalización del niño
Lactancia materna.	Enfermedad del niño	Conocimiento de la lactancia materna	Interrupción de la lactancia materna.
Infección.	Procedimientos invasivos		Riesgo de infección por procesos invasivos.

### 3.2 Planificación

#### 3.2.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN
Código: 00032 Patrón respiratorio ineficaz r/c, disnea	Código: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410 Estado respiratorio: ventilación: 0403	Código: Control y seguimiento respiratorio: 3350 Gestión de las vías aéreas: 3140 Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsoxímetro). Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	Paciente ha mejorado su patrón respiratorio. Paciente con frecuencia respiratoria de 75 por minuto y saturación de oxígeno de 94%
Código: 00031 Limpieza ineficaz de la vía aérea.	Código: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas: 0410	Código: Manejo de las vías aéreas: 3140 Monitorización respiratoria: 3350	Paciente ha mejorado la permeabilidad de las vías aéreas. Paciente elimina secreciones respiratorias.

	Estado respiratorio: ventilación: 0403	Controlar la frecuencia respiratoria y satO2. Nebulizar al paciente según prescripción médica, frecuencia respiratoria y satO2.	Paciente con frecuencia respiratoria de 75 por minuto y saturación de oxígeno de 94%
Código: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Control del riesgo. Hidratación.	Prevención de las UPPS. Vigilancia de la piel. Cambios de posición. Manejo de las presiones. Precauciones circulatorias. Informe de incidencias.	El recién nacido mantuvo el tejido cutáneo intacto durante su estancia en el hospital.
Código: 00060 Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y régimen terapéutico m/p hospitalización del niño	Código: Afrontamiento familiar: 2506 Apoyo familiar durante el tratamiento: 2609	Código: Facilitar la presencia familiar: 7110 Mejorar el afrontamiento: 5230 Permitir que la familia permanezca con el niño. Promover los cuidados centrados en la familia. Explicar los procedimientos y regímenes terapéuticos a la familia. Mantener informado a la familia respecto al estado del niño. Proporcionar ayuda y referencia para apoyo	La familia afronta de forma adecuada la enfermedad del recién nacido. La familia apoya en el cuidado diario del recién nacido. La familia conoce el régimen terapéutico del recién nacido.

		constante según sea necesario.	
Código: 00105 Interrupción de la lactancia materna.	Conocimiento: lactancia materna. Mantenimiento de la lactancia materna. Lazos afectivos: madre e hijo	Asesoramiento en la lactancia. Apoyo en la toma de decisiones. Manejo ambiental: acercamiento. Apoyo emocional	
Código: 00004 Riesgo de infección por procesos invasivos.	Código: 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso	Código: Control de infecciones: 6540 Prevención de infecciones: 6550 Se controla funciones vitales Se realiza el lavado de manos antes y después de cada procedimiento Se mantiene la asepsia Se vigila signos de infección local y generalizada debido a los procedimientos invasivos. Se enseña a los familiares los signos de infección en la zona de la inserción del catéter. Se señala a los familiares los signos de infección en la zona donde se coloca la mascarilla simple.	Paciente no presento infección agregada por los procedimientos invasivos, no se evidencia infección local, no existe flebitis.

**FUENTE:**

**NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association (17).

### 3.3

#### Ejecución y evaluación

##### 3.3.1 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

**S** Paciente RN de parto eutócico con líquido amniótico meconial de puré de arveja con peso de 3990, apgar 3 al minuto presenta dificultad respiratoria y recibe aspiración de secreciones, y ventilación a presión positiva.

**O** Paciente recién nacido de parto eutócico con edad gestacional por examen físico de 39 semanas presenta dificultad respiratoria al nacer, silverman 07 de puntaje, a la aspiración de secreciones se extrae gran cantidad de líquido meconial en puré de arveja. Se brinda ventilación a presión positiva y se hospitaliza con apgar 7 a los 5 minutos.

**A** Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c mucosidad excesiva m/p sonidos respiratorios adventicios.

Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga m/p disnea.

Interrupción de los procesos familiares r/c enfermedad y régimen terapéutico m/p hospitalización del niño.

Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Riesgo de la integridad cutánea.

Interrupción de la lactancia materna.

**P** Favorecer la ventilación.

Mantener permeable la vía aérea.

Mejorar el patrón respiratorio.

Mejorar los procesos familiares.

Disminuir el riesgo a infección.

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

Mantener lactancia materna, y vínculo afectivo madre e hijo.

**I** Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

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

Se brinda comodidad y confort.

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

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

**E** Paciente hemodinámicamente estable temperatura=

37 °C, mejora el deterioro de la integridad cutánea,

en buen estado de higiene, incrementa su peso,

disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

## **ONCLUSIONES**

- siendo el síndrome de distrés respiratorio una de las patologías respiratorias mas comunes en el servicio de neonatología, motivo por el cual tiene un alto índice de hospitalización y morbilidad en el Hospital Regional de Ayacucho, que afecta principalmente a los recién nacidos pretérmino, se identificó como principales causas:
  - Aspiración de líquido meconial
  - Prematuridad
  - Síndrome de Aspiración meconial
  - Taquipnea transitoria del recién nacido
  - Membrana hialina
  - Asfixia neonatal
- El síndrome de distrés respiratorio es la segunda causa de morbilidad en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Ayacucho, con mayor incidencia en recién nacidos pretérminos menores de 35 semanas de edad gestacional según Capurro, los cuales presentaron taquipnea transitoria, esfuerzo respiratorio, cianosis y aleteo nasal.
- Neonato mantuvo vías aéreas permeables y adecuado nivel de saturación de O<sub>2</sub> mayor a 90%.
- Neonato se mantuvo con una alimentación enteral y oral adecuada sin complicaciones, así mismo se mantiene con funciones vitales dentro de los parámetros normales.
- El neonato se mantuvo con un adecuado balance hídrico positivo y piel y mucosas hidratadas.



## RECOMENDACIONES

- Identificar precozmente los casos que requieran manejo especializado que corresponda, según el riesgo identificado. Conforme al nivel de atención, disponer del personal y equipos necesarios.
- Actuar conforme a los protocolos de atención para la detección oportuna y prevención de complicaciones.
- Continuar manteniendo las vías aéreas permeables y  $SO_2$  mayor a 90% para un buen intercambio gaseoso, evitando futuras complicaciones en el neonato.
- Continuar con los cuidados adecuados para una alimentación tanto parenteral como oral del neonato, ya que la alimentación por vía endovenosa también es un proceso de introducción de nutrientes en nuestro organismo, manteniendo así el equilibrio electrolítico.
- Mantener y continuar con la acción de relación y apego entre madre e hijo; ya que dicha acción de la madre juntamente con el personal de salud ayuda a promover el apego a su bebe, además de incentivar a la recuperación del neonato.

## REFERENCIAS:

1. Armengod, C. González; Alonso, MF Omaña. Síndrome De Distrés Respiratorio Neonatal O Enfermedad De Membrana Hialina. Valladolid, España. Bol Pediatr, 2006, vol. 46, no Supl 1, p. 160-165.
2. Ascencio Córdova, Sonia Elvia. Cuidados de enfermería en Distres respiratorio del recién nacido, servicio de neonatología Hospital de apoyo Puquio–2017. 2019.
3. Castro López, Frank Wenceslao, et al. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Revista Cubana de Enfermería, 2007, vol. 23, no 3, p. 0-0.
4. D.G. Sweet, V. Carnielli, et al. Directrices de consenso europeo sobre el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en recién nacidos prematuros - actualización de 2013 de neonatología., 103 (2013), pp. 353-368
5. Vázquez EER, Llove MCMCE, Aguilar EIB, Montoya ERF, Márquez LDAR. Multimed. Revista Médica. Granma. [Online].; 2016. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul162m.pdf>.
6. Pérez R., López C., et al. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013 Agosto; 70 (4): 299-305. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es).
7. Castro F, Labarrere Y, et al. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev Cubana Enfermeria. 2007 septiembre; 23 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005&lng=es).
8. Rodríguez Susana RRHR. Ginecología y Obstetricia de México. [Online].; 2013. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2013/gom139b.pdf>.
9. Retuerto, M. (2016). Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Perú-2016. Tesis de grado. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4721>.

10. Coto G, López J, Fernández B, Álvarez F, Ibáñez A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. Asociación española de pediatría. 2008; 30:286-305.
11. León M, Viñas M, Ibáñez F, Ruiz A. Taquipnea transitoria del recién nacido en el Hospital General Docente "Ciro Redondo García": Artemisa 2009. *Rev haban cienc méd*. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2010000500008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2010000500008&lng=es).
12. Campos Rojas, M. A., & Méndez Peralta, R. W. (2018). Incidencia del Síndrome de Dificultad Respiratoria en Recién Nacidos (Bachelor's thesis).
13. Granda Pavón, M. F. (2017). Factores predisponentes a Distrés Respiratorio en recién nacidos del servicio de neonatología-Hospital San Vicente de Paúl 2017 (Bachelor's thesis).
14. Montes, E. (2018). Prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017 (Doctoral dissertation, Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima Perú).
15. Damian Pizarro, S. C. A. (2019). Características epidemiológicas del síndrome de dificultad respiratoria neonatal en el hospital regional de Huacho, 2018.
16. BELLO Fernández N. "Fundamentos de enfermería". Parte I. 2º edición, Cuba, editorial ciencias medicas, 2006, pag. 72-74.
17. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Modelo Virginia Henderson. Disponible en: [www.ulpqc.es/descargadirecta.php?codigo\\_archivo=4479](http://www.ulpqc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479).
18. González S. Síndrome de Distres respiratorio (SRDA) y ventilación mecánica. *Rev. Bioquímica y Patología Clínica* Vol. 72(1), 2008, pp. 21-31.
19. Oneiris C, Márquez E, De La Pena E. Síndrome de Distres respiratorio agudo. Hospital Provincial "Saturnino Lora". Cuba, 2015.
20. Wenceslao F, y col. Factores de riesgo del síndrome dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Rev. Cubana Enfermer* v.23 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2007
21. Ruiz F. et al. Insuficiencia respiratoria del recién nacido. Cuidados intensivos neonatales. UNINET. España, 2000.

22. MEDLINEPLUS. Síndrome de Dificultad respiratoria aguda. Biblioteca Nacional de los EE.UU. [Internet] 2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000103.htm>
23. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007. p. 472-98.
24. Arroyo de Cordero Graciela. (2002). Actualización en enfermería, una responsabilidad profesional. Revista de Enfermería IMSS Bardales del Águila, Carlos. La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud.
25. Ministerio de salud. Orientaciones técnicas para la Promoción de la Salud. OMS "Calidad en la atención y satisfacción del usuario" 2008.20.
- 26.