

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN NACIDO
PREMATURO CON TAQUIPNEA TRANSITORIA**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. SHEYLA KARINA MARTÍNEZ TUYA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DEL CUIDADO
DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL

ASESOR:

MG. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A mi madre quien me ha apoyado para poder llegar a esta instancia de mis estudios, ya que siempre ha estado presente para apoyarme moral y psicológicamente.

A mi hijo quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme y ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia.

A mi familia por apoyarme en cada decisión, y permitirme cumplir con el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y su plana docente por darme la oportunidad de superación

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
I. DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO APLICACIÓN DEL PAE-EBE)	
1.1. VALORACIÓN SEGÚN DOMINIO	34
1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	51
1.3. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	53
1.4. EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	53
II. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	
2.1 CONCLUSIONES	72
2.2 RECOMENDACIONES	73
2.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
2.4 ANEXOS	76

RESUMEN

El presente caso clínico se trata de un recién nacido pretérmino de 34 semanas que presentó dificultad respiratoria que se evidenció por taquipnea, aleteo nasal, quejidos, radiografía de tórax compatible a taquipnea transitoria. Esta inestabilidad fisiológica del prematuro requirió internamiento.

Ante la valoración del caso se decidió hacer una planificación de los cuidados de enfermería con enfoque humanístico, para ello se propusieron diagnósticos de enfermería: cinco focalizado en el problema, tres de riesgo y tres de promoción de la salud.

Se ejecutó el plan de cuidados durante los dos días de vida del recién nacido utilizando el modelo de valoración de los 13 dominios según aspectos positivos y negativos de la Taxonomía II de NANDA-I y el lenguaje estandarizado de los diagnósticos, intervenciones y resultados de la Taxonomía II.

Al finalizar el proceso se lograron mejorar los patrones de respiración y alimentación disminuyendo así las complicaciones en la salud del recién nacido prematuro y potenciando el rol materno.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería; prematuro; síndrome de dificultad respiratoria; taquipnea transitoria del recién nacido.

ABSTRACT

The next clinical case it's about of preterm newborn of 34 weeks who present respiratory distress, that was evidenced for tachypnea, nasal flaring, groan and thorax radiography compatible to transient tachypnea. This physiological instability of premature required hospitalization.

In the face of valuation of the case, it was decided to do a plan nursing care with a humanistic approach, for it Nursing diagnoses were proposed: five focused on the problem, three on risk and three on health promotion.

The care plan was executed during the two-day life of the newborn using the valuation model of the 13 domains according to positive and negative analyzes of the NANDA-I Taxonomy II and the standardized language of the diagnoses, interventions and results of the Taxonomy II.

At the finalise the process, improvements in breathing and feeding patterns were achieved, decreasing complications in the health of the preterm infant and enhancing the maternal role.

KEY WORDS: Nursing care; premature; respiratory distress syndrome; transient tachypnea of the newborn

INTRODUCCION

El Síndrome de Dificultad Respiratoria constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad. Este incluye una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente, en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal con influencia sobre los gases sanguíneos. Todo esto debido a retención de líquido pulmonar con atrapamiento secundario de aire. Dentro de este síndrome, la entidad más frecuente en el neonato a término y pre término tardío, es la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN).

A nivel mundial la taquipnea transitoria del recién nacido se presenta entre el 0.3 y el 0.5% de todos los recién nacidos. Se caracteriza por la persistencia del líquido pulmonar en el producto después del nacimiento debido a una falta de eliminación de este por ausencia de las contracciones uterinas generadas por un influjo hormonal que se dan durante el trabajo de parto. Los recién nacidos pre término, y/o en aquellos que nacen sin trabajo de parto previo a la cesárea, no tienen oportunidad de eliminar adecuadamente el líquido pulmonar, por lo que empiezan su vida extrauterina con un excedente de líquido en sus pulmones. En la gran mayoría de los casos, la presencia de dicho líquido en los pulmones genera taquipnea, caracterizándose por una frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto.

El riesgo de sufrir Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), aumenta en neonatos pre término principalmente pre términos tardíos, aquellos que son producto de cesárea sin trabajo de parto, son también factores de riesgo: el sexo masculino, hipoxia perinatal, bajos puntajes de apgar y parto instrumentado

El proceso de atención de enfermería es un paso que se aplica de manera científica, mediante el cual se evidenciara las necesidades específicas y así mismo las intervenciones específicas, y de esta manera favoreceremos a la efectividad

seguridad y calidad de la atención del equipo de salud contribuyendo al bienestar del paciente. Es así que en la taquipnea transitoria del recién nacido se caracterizan por una alteración del intercambio gaseoso y la oxigenación, por tanto, la primera medida inmediata es suplementar esta falta de oxígeno. Por lo tanto, deben cumplirse estrictamente todas las medidas de soporte para eliminar el factor causante y cerciorarse que el paciente mantenga una frecuencia respiratoria entre los parámetros normales (40-60 /min), respiraciones espontáneas y saturaciones por encima del 90%; así como que no presente signos, ni síntomas de dificultad respiratoria.

El pronóstico es muy bueno en estos pacientes, generalmente son de muy corta duración y está muy relacionado con los cuidados generales que se aplican al distrés respiratorio, una vez que el paciente presente una frecuencia respiratoria entre 40 y 60 por minutos, es señal que el líquido intrapulmonar ha sido reabsorbido y por tanto debe eliminarse la dificultad respiratoria.

MARCO TEORICO

1.1. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO

1.1.1. Definición:

La Taquipnea Transitoria del Recién Nacido es un proceso respiratorio no infeccioso que inicia en las primeras horas de vida y se resuelve entre las 24 y 72 horas posteriores al nacimiento, se presenta con más frecuencia en los recién nacidos de término o cercanos a término, que nacen por cesárea o en forma precipitada por vía vaginal, lo que favorece el exceso de líquido pulmonar. Se caracteriza por la presencia de taquipnea con frecuencia respiratoria mayor a 60 respiraciones por minuto, aumento del requerimiento de oxígeno con niveles de dióxido de carbono (CO₂), normales o ligeramente aumentados. ¹

1.1.2. Fisiopatología:

Al momento del nacimiento, el epitelio pulmonar del recién nacido que durante el embarazo es un activo secretor de Cloro (Cl⁻) y líquido hacia los alveolos, tiene que cambiar, para convertirse en un activo absorbedor de Sodio (Na⁺⁺) y líquido en respuesta a la circulación de catecolaminas secretadas durante el trabajo de parto que estimulan los llamados canales epiteliales de Na⁺⁺ (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. 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.²

1.1.3. Factores de riesgo

Antecedentes maternos:

- Asma
- Diabetes mellitus
- Tabaquismo
- Sedación por tiempo prolongado
- Ruptura de membranas mayor de 24 horas
- Sin trabajo de parto
- Trabajo de parto precipitado

Antecedentes del Recién Nacido

- Macrosomia
- Género masculino
- Embarazo gemelar
- Nacimiento de término o cercano al término
- Calificación de Apgar menor de 7

1.1.4. 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

- Tórax en forma de barril debido a hiperinsuflación
- Valoración de Silverman-Andersen, determina el pronóstico del estado respiratorio del recién nacido.

1.1.5. 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_2) - Valor normal: 60 a 80mmHg
- El dióxido de carbono (CO_2), en límite normal o ligeramente aumentado.
Presión arterial de dióxido de Carbono (PaCO_2) - 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

1.1.6. 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.

Si la taquipnea se asocia con aumento del esfuerzo respiratorio, el recién nacido debe mantenerse en nada por vía oral (NPO) y requerir la administración de líquidos por vía intravenosa. A medida que la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido se está resolviendo, y la frecuencia respiratoria es de menos de 80 respiraciones / min, la alimentación enteral se puede iniciar, esta debe empezar con un protocolo suave de administración volumen a volumen con pequeños incrementos y en forma continua para complementar así los líquidos que se administran por vía intravenosa, hasta que el bebé ya no presente taquipnea y la frecuencia respiratoria disminuya a menos de 60 respiraciones / min.^{3,4}

1.1.7. Cuidados de enfermería en el Recién Nacido con Taquipnea Transitoria:

- a) Colocar al Recién Nacido en una fuente de calor, para garantizar un control térmico adecuado porque la hipotermia agrava la dificultad respiratoria, asimismo facilita el control, el cuidado del neonato
- b) Mantener la Temperatura del recién nacido dentro de los parámetros 36.5°C -37°C, esto disminuye los requerimientos de oxígeno.
- c) Medir e interpretar los signos vitales: Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, saturación de oxígeno y la temperatura.
- d) Mantener vías aéreas permeables para mejorar el intercambio de gases.
- e) Colocar al RN en posición de decúbito supino con el cuello discretamente hiperextendido y en posición semifowler para facilitar la ventilación.
- f) Administrar oxígeno mezclado, húmedo y tibio, para evitar la resequeidad en la mucosa y la hipotermia endógena.

- g) Administrar oxígeno fase I o II, teniendo en cuenta el grado de dificultad respiratoria para mantener la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial (PaO_2) en 60-80 mmHg. y la saturación de oxígeno entre 90 – 95%
- h) Verificar la oximetría de pulso del Recién Nacido constantemente, mediante el saturómetro, y con el test de silverman, para detectar a tiempo los signos y síntomas de complicación.
- i) Colocar una sonda orogástrica: para la evacuación del contenido del estómago, y evitar aspiraciones y la excesiva distensión abdominal.
- j) Disminuir la fracción inspirada de oxígeno (FiO_2) gradualmente para evitar un descenso brusco de la presión de oxígeno que conduzca a una hipoxemia severa.
- k) Evitar los cambios bruscos de concentraciones de oxígeno ya que pueden provocar una hipertensión pulmonar.
- l) Evitar pesar al Recién Nacido con alta fracción inspirada de oxígeno (FiO_2), puede desencadenarse un fenómeno de rebote y provocar una hipertensión pulmonar.
- m) Aspirar secreciones si fuera necesario
- n) Cambiar los tramos de oxígeno y los depósitos de agua cada 24 horas, para evitar el riesgo de contaminación.
- o) Estricto lavado de manos antes y después de cada contacto y/o procedimiento.
- p) Instalar venoclisis e iniciar hidratación parenteral, según indicación médica, para mantener el equilibrio Hidroelectrolítico y proporcionar un aporte energético de glucosa.
- q) Brindar alimentación de forma adecuada, de presentar polipnea se recomienda alimentar por el método sonda orogástrica (FR es > 60 a 80 lpm). si el distrés respiratorio es grave (FR es > 80 lpm) suspender vía oral, para disminuir el riesgo de aspiración durante la alimentación debido a la taquipnea.
- r) Mantener la integridad de la piel.
- s) Implementar medidas de confort, anidamiento y disminución de estímulos ambientales para lograr una conducta organizada el mayor tiempo posible.

- t) Iniciar educación precoz a la madre para extracción de leche materna, para tener disponible apenas se indique la alimentación enteral mínima.
- u) Iniciar balance hídrico estricto de ingresos y egresos desde su hospitalización en la unidad de intermedios o unidad de cuidados intensivos.
- v) Realizar cuidados para la prevención de los riesgos de la hiperoxia (Retinopatía del Prematuro y Displasia Broncopulmonar), y de la hipoxia (daño cerebral).
- w) Minimizar los efectos tóxicos del oxígeno, el barotrauma y volutrauma.

1.2. RECIÉN NACIDO PREMATURO

1.2.1. Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo cumplidas (259 días).

1.2.2. Consideraciones Fisiológicas

Los recién nacidos prematuros son fisiológicamente más inmaduros que los recién nacidos a término, por tanto, tienen mayor riesgo de morbi-mortalidad y tanto su tratamiento está centrado en la estabilización de las funciones vitales

Respiratoria

La función pulmonar del prematuro, está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con desarrollo incompleto de los alvéolos, pues estos crecen antes de que los pulmones estén preparados para funcionar adecuadamente; no presentan una buena expansión o distensión alveolar por déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar, constituyendo esta limitación un obstáculo para el intercambio gaseoso.

Los músculos pequeños y endebles de la pared torácica difícilmente producen una presión intratorácica negativa suficiente para la expansión alveolar. Aunado a esto, la caja torácica no se ha calcificado completamente, por lo que presenta una

elasticidad excesiva que anula la presión negativa por el hundimiento de las costillas.

Termorregulación

El recién nacido pretérmino tiene un índice mayor entre superficie corporal y peso corporal. Esto significa que la capacidad del neonato para producir calor (peso corporal) es mucho menor que su potencial para perder calor (superficie corporal); no poseen una capa aislante de tejido adiposo subcutáneo y sus glándulas sudoríparas están poco o nada desarrolladas. La termorregulación de los prematuros se ve comprometida por las bajas cantidades de grasa, la función hipotalámica inmadura y bajas concentraciones de hormonas responsables del metabolismo de la grasa parda (prolactina, leptina, noradrenalina, triyodotironina y cortisol).

La posición del recién nacido pretérmino es otro factor importante que influye sobre la pérdida de calor. La flexión de las extremidades reduce la cantidad de superficie expuesta al ambiente; la extensión aumenta dicha superficie y, por lo tanto, aumenta la pérdida de calor.

Digestiva

El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los RN prematuros, teniendo como resultado problemas en la digestión y absorción. Asimismo, pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo. La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta.

La maduración del proceso digestivo y de la absorción se produce en etapas posteriores de la gestación.

1.2.3. Complicaciones

Dentro de las complicaciones que más se presentan en el recién nacido prematuro en el periodo neonatal están: Taquipnea transitoria, déficit secundario de surfactante, hipertensión pulmonar, mayor requerimiento de asistencia respiratoria, hipoglicemia, inestabilidad térmica, apnea, ictericia, dificultades de alimentación y sepsis.

1.3. OXIGENOTERAPIA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

1.3.1. Definición:

La oxigenoterapia es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

Con la oxigenoterapia se busca mantener una PaO₂ suficiente para asegurar una adecuada oxigenación tisular y así mantener las funciones vitales de los diferentes sistemas.

Por ser el oxígeno un medicamento debe ser administrado tomando en cuenta cinco principios: dosificada, continuada, controlada, humidificada, temperada. Dependiendo el estado del paciente se determinará el método de administración de la oxigenoterapia (severidad, cuadro y causas de hipoxemia).

1.3.2. Fases:

Fase I:

Cánula Binasal; Se utiliza para neonatos que requieren concentraciones bajas de oxígeno. Puede aportar concentraciones hasta 30% a un flujo de 1 lpm, la desventaja de este método es que es mal tolerado y produce resequead de las mucosas.

Casco Cefálico u Oxi Hood; Dispositivo de Acrílico o plástico transparente que proporciona una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) de 40-90% y permite una concentración constante y adecuada de O₂. El flujo mínimo de gas deberá ser de 4 lpm para prevenir la acumulación de CO₂.

El método está indicado en recién nacido que requieren una concentración de oxígeno menor a 60 % y con distrés respiratorio de mínimo a moderado, que mantienen una gasometría dentro de parámetros de normalidad.

Fase II:

Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) Nasal; Es la administración de una mezcla de oxígeno y aire comprimido bajo presión continua a través de dispositivos nasal. Es una forma de ventilación no invasiva, el efecto se produce en la espiración.

El sistema de presión continua durante la espiración que asociado a las vibraciones proporcionada por oscilaciones de presión (burbuja = principio de difusión facilitada), mejora el intercambio gaseoso, disminuye el trabajo respiratorio y disminuye las apneas del prematuro.

Fase III:

Ventilación Mecánica; Es la administración de la ventilación artificial al paciente cuando este es incapaz de mantener un volumen corriente adecuado a su demanda o cuando al hacerlo significa un esfuerzo físico muy grave.

Precisa de la intubación del neonato y la utilización de un respirador, que suministra el O₂ directamente en la vía aérea del neonato

1.4. 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

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.⁷

1.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON EL TEMA

1.5.1. A Nivel Nacional:

Ademir Edson BEJARANO SALAZAR. Perú (2016), llevo a cabo una investigación titulada: **“Reducción del riesgo de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con trabajo de parto previo a cesárea en el Servicio de Neonatología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa 2015”**, teniendo como objetivo: Determinar si el trabajo de parto previo a cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa 2015.

Método: fue un estudio descriptivo, analítico, no experimental de casos y controles. La población estudiada estuvo constituida por madres con el antecedente de cesárea iterativa (más de dos cesáreas anteriores); las cuales fueron divididas en dos grupos, el primer grupo cesareadas con trabajo de parto previo y el segundo grupo cesareadas sin trabajo de parto previo. En ambos grupos se determinó la incidencia de taquipnea transitoria del recién nacido y su relación con el trabajo de parto previo a la cesárea además de la relación de esta patología con el sexo del recién nacido.

Resultados: encontraron 673 gestantes con antecedente de cesárea iterativa, estas se dividieron en dos grupos; el primer grupo con trabajo de parto previo, donde se encontraron 252 casos que representaron el 37.44%, y el segundo grupo sin trabajo de parto previo donde se encontraron 421 casos que representaron el 62.56%. No se encontraron casos TTRN en el grupo de madres cesareadas con trabajo de parto previo, encontrándose 9 casos, solo en el grupo de madres cesareadas sin trabajo de parto previo, con una diferencia estadísticamente significativa. (Chi2 =5.46 p =0.02).

Además, se encontró que la TTRN es más frecuente en el sexo masculino (88.89%)

(Chi2 =5.09 p = 0.02).

Llego a la siguiente conclusión:

El trabajo de parto previo a la cesárea disminuye el riesgo de taquipnea transitoria del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital III Yanahuara con una diferencia estadísticamente significativa.⁸

Miguel Ángel RETUERTO MONTALVO. Perú (2016), llevo a cabo una investigación titulada: **“Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Perú-2016”**, teniendo como objetivo: caracterizar al recién nacido con SDRN hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos e intermedios del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Método: fue un estudio observacional descriptivo de corte retrospectivo.

Población: se incluyó a todos los recién nacidos ingresados a la UCI Y UCIN neonatal por el diagnóstico de SDRN durante el 2015. Intervención: se revisó las epicrisis y las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados: encontraron El 40 % de los ingresos fueron a causa del SDRN de los cuales el 10% fallecieron, asimismo se encontró que el 60,39%(215) de los casos se debieron a la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN); el 15%(54) a la enfermedad de la membrana hialina, el 11,8% al síndrome de aspiración meconial y el otro 5,6%(20) debido al bronquiolitis.

Llego a la siguiente conclusión:

La taquipnea transitoria del recién nacido constituye la causa más frecuente del síndrome, asimismo la ictericia representa la comorbilidad asociada más prevalente seguida por la anemia multifactorial y finalmente la tasa de mortalidad depende en gran medida de la causa subyacente al SDRN.⁹

Olga Sashiko VÁSQUEZ SHIMAJUKO. Perú (2015), llevo a cabo una investigación titulada: **“Trabajo de parto como factor protector para taquipnea transitoria del recién nacido por cesárea”**, teniendo como objetivo: Determinar si el trabajo de parto actúa como factor protector para taquipnea transitoria del recién nacido por cesárea.

El método fue un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 100 neonatos según

criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: 50 con taquipnea transitoria y 50 sin taquipnea transitoria.

Resultados: La frecuencia de trabajo de parto previo en el grupo de neonatos con y sin taquipnea transitoria del recién nacido fue 18% y 44% respectivamente. El Odds ratio de trabajo de parto previo en relación a taquipnea transitoria del recién nacido fue de 0.28 ($p < 0.01$).

Llego a las siguientes conclusiones:

- La frecuencia de trabajo de parto previo en el grupo de neonatos con taquipnea transitoria del recién nacido fue 18%.
- La frecuencia de trabajo de parto en el grupo de neonatos sin taquipnea transitoria del recién nacido fue 44%.
- El trabajo de parto se acompaña de un mayor número de recién nacidos por cesárea sin taquipnea transitoria.
- El trabajo de parto previo es factor protector asociado a taquipnea transitoria del recién nacido.¹⁰

Teófila Acela DANTAS PÉREZ y Ray Williams MENDOZA MALDONADO. Perú (2014), llevo a cabo una investigación titulada: **“Cesárea electiva y su repercusión en la respiración neonatal. Hospital II – 2 - MINSA, 2013”**, teniendo como objetivo: Determinar la repercusión de la cesárea electiva en la respiración neonatal.

Método; fue un estudio cuantitativo, retrospectivo, analítico, de corte transversal. La población en estudio estuvo conformada por 242 pacientes de parto por cesárea electiva y 242 de parto vaginal.

Los resultados fueron que la población se caracterizó por ser mayoritariamente del grupo etareo de 15 a 25 años 38.4% (93) con cesárea electiva y las de parto vaginal del grupo etareo de 26 a 35 años en 41,7% (101). El 40.5% (98) de las mujeres con cesárea electiva cuentan con grado de instrucción primaria y el 38,4% (93) con parto vaginal tienen grado de instrucción secundaria, según estado civil 41.7% (101) de las mujeres con cesárea lectiva o parto vaginal tienen unión libre. En cuanto a ocupación las mujeres con cesárea electiva son amas de casa en 55.4% (134) e igual las de parto vaginal con 47.9% (116).

En relación al lugar de procedencia las mujeres con cesárea electiva procedieron de la zona urbana con 142 (59%) al igual que las de parto vaginal con 188 (78%). La frecuencia de cesárea electiva en parturientas atendidas en el Hospital II-2 MINSA es de 31.0% (650) y las principales causas o indicación de cesárea electiva de la población en estudio fue la cesárea iterativa con un 29.3% (71) seguido de infecciones maternas en 25.6% (62).

Llego a la siguiente conclusión:

la cesárea electiva estadísticamente si repercute en la presencia del síndrome de dificultad respiratoria neonatal, en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 – MINSA, riesgo relativo mayor de 1,0.¹¹

1.5.2. A NIVEL INTERNACIONAL:

Melba Katuska CARRERA SALTOS. Ecuador (2015), llevo a cabo una investigación titulada: **“Incidencia de la taquipnea transitoria del recién nacido a término de 37 a 40 semanas de gestación en el Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo junio 2014 a mayo 31 del 2015”**, teniendo como objetivo: Determinar la Incidencia de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido de 37 a 41semanas de gestación en el Hospital Universitario del MSP de Guayaquil en el año 2014 al 2015, para mejorar los protocolos de atención de la gestante.

El método fue un estudio retrospectivo observacional y de cohorte transversal de un Universo de recién nacidos a término en el Hospital Universitario de Guayaquil del MSP en el año 2014 desde junio a 31 de mayo del 2015.

Resultados:

Este estudio comprendió una estadística de un universo de 1960 RN en el HUG, de los cuales 112 nacieron con Distress Respiratorio siendo 85 atendidos por cesárea y 27 fueron de parto vaginal. Este estudio demuestra que el porcentaje con Distress Respiratorio es de 5,7% y de los 112 niños con Distress Respiratorio el 75% interrumpieron su embarazo por cesárea y de estos, 13 (84.6%) presentaron TTRN.

Llego a la siguiente conclusión:

Los niños obtenidos por cesárea constituyen el riesgo más alto de presentar una TTRN.

Además que la permanencia hospitalaria ayuda al desarrollo de infecciones intrahospitalaria en el RN aumentado los gastos con los días de Hospitalización.¹²

Paúl Roberto SALAZAR ROBALINO. Ecuador (2015), llevo a cabo una investigación titulada: **“Factores perinatales que influyen en el desarrollo de trastornos respiratorios en niños ingresados a la sala de neonatología del Hospital Provincial docente Ambato en el período julio – diciembre 2014”**, teniendo como objetivo: analizar algunos factores perinatales involucrados en el desarrollo de estos trastornos respiratorios en niños que ingresan a la sala de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ambato.

El método fue un estudio de cohorte retrospectivo, donde se analizó 86 historias clínicas neonatales; los eventos perinatales estudiados son: maternos: tales como edad, tipo de parto, enfermedades durante el embarazo, paridad y control prenatal; dentro de los factores neonatales se analizan: peso al nacer, APGAR, edad gestacional. Utilizaron la estadística descriptiva para al análisis de los resultados.

Resultados:

Luego del análisis estadístico se encontró asociación causa – efecto, entre factores maternos como: edad materna, control prenatal, tipo de parto con taquipnea transitoria y la enfermedad de membrana hialina en el recién nacido, todas estas asociaciones tienen un valor asociativo estadísticamente significativo Llego a la siguiente conclusión:

Las factores perinatales observados como causa de trastornos respiratorios neonatales están relacionados con la edad materna, tipo de parto y mujeres que no recibieron maduración pulmonar con corticoides, la patología respiratoria más frecuente encontrada fue la taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad de membrana hialina.¹³

I. DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO)

1. SITUACION PROBLEMÁTICA

Nace neonato masculino único, el día 10 de junio del 2017, a las 1: 30 horas en el Hospital General Huacho, por cesárea, líquido amniótico claro. Presentando esfuerzo respiratorio débil, tono muscular disminuido, 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 7(1') 8 (5'), se liga cordón umbilical, se realiza profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina k y somatometría, siendo su peso al nacimiento 2550 gr., talla 48 cm., Perímetro Cefálico 32cm., Perímetro Torácico 29 cm., Perímetro Abdominal 29 cm., Temperatura al nacimiento 36.3°C.

Pediatra determina edad gestacional de 34 semanas por Capurro

Recibió una dosis de maduración pulmonar con Betametasona 12 horas antes del parto.

Madre con antecedente de Infección de tracto urinario (III trimestre de gestación)

El examen inicial (tiempo de vida: 30 minutos) presenta ligero aleteo nasal leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, con quejido espiratorio audible a la auscultación alcanzando un score de Silverman: 4 puntos, Saturación de O₂ 85-88%, con Frecuencia respiratoria 64 por minuto, murmullo vesicular algo disminuido, Frecuencia cardiaca 113 por minuto.

Pediatra indica pasar a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), por presentar distres respiratorio moderada, en servocuna iniciando oxigenoterapia con Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) burbujas, PEEP=5cmH₂O, FiO₂=50%, flujo=5lpm, y fluidoterapia con dextrosa al 10% a 8cc/h., cobertura antibiótica con ampicilina 130mg EV cada 12 horas y amikacina 46 mg EV, cada 36 horas, post toma de hemocultivo.

Además solicita exámenes de Hemograma C, Proteína C. Reactiva, Glucosa, Grupo sanguíneo - factor Rh y Radiografía de tórax.

2:00 horas neonato se encuentra en servocuna piel rosada Temperatura axilar 36.4°C, Frecuencia respiratoria 64 por minuto, con leve tiraje intercostal, subcostal y retracción xifoidea, Frecuencia cardiaca 150 por minuto, Saturación de O₂ 99% con CPAP burbujas PEEP = 5cm H₂O, FiO₂ = 50% flujo = 5 lpm.

Se canaliza acceso endovenoso en miembro superior derecho e inicia fluidoterapia con dextrosa al 10% a 8cc/h.

4:00 horas neonato reactivo llanto enérgico, regula temperatura (T. axilar 36.5°C) hemoglucotest = 107 mg/dl.

Frecuencia respiratoria 60 por minuto, Frecuencia cardiaca 140 por minuto, Saturación de O₂ 98% con CPAP burbujas,

6:00 horas, personal de laboratorio toma muestra sanguínea para exámenes de hemocultivo, PCR, hemograma completa, grupo sanguíneo y factor Rh.

Se inicia tratamiento con ampicilina 130mg EV y amikacina 36 mg EV.

Se administra gluconato de calcio 2.5cc vía endovenosa

Hemoglucotest = 132 mg/dl

Diuresis total = 30gr., Deposición total = 10 gr

8:00 horas, servocuna piel rosada Temperatura axilar 36.5°C, Frecuencia respiratoria 60 por minuto, Frecuencia cardiaca 110 por minuto, Saturación de O₂ 100% con CPAP burbujas, se disminuye FiO₂ a 40%.

14:00 horas, Temperatura axilar 36.8°C, Frecuencia respiratoria 56 por minuto, Frecuencia cardiaca 128 por minuto, Saturación de O₂ 98% con CPAP burbujas PEEP=5cm H₂O, FiO₂=40% flujo=5lpm.

Hemoglucotest = 94 mg/dl

- Resultados de proteína C. Reactiva (PCR) negativo, A las 12 horas de vida no presenta proceso inflamatorio.
- Hemograma completa esta normal, Score De Sepsis = 0, los datos de laboratorio no evidencian Sepsis.
- Grupo sanguíneo y factor " O " positivo, es compatible con la madre

18:00 horas, Temperatura axilar 36.7°C, Frecuencia respiratoria 60 por minuto, Frecuencia cardiaca 118 por minuto, Saturación de O₂ 100% con CPAP burbujas PEEP=5cm H₂O, FiO₂=40% flujo=5lpm.

Se encuentra activo llanto enérgico, piel y mucosas rosadas con menos trabajo respiratorio.

Se administra ampicilina 130mg EV y gluconato de calcio 2.5cc vía endovenosa
Diuresis total = 19gr., Deposición total = 10 gr

20:00 horas, Temperatura axilar 36.8°C, Frecuencia respiratoria 60 por minuto, Frecuencia cardiaca 134 por minuto, Saturación de O₂ 100% con CPAP burbujas por lo cual pasa a fase I con casco cefálico, con FiO₂=30% flujo=5lpm.

Tranquilo concilia el sueño, con sonda orogástrica presentando residuo gástrico flemoso claro de 2cc, continúa con fluidoterapia.

11/07/2017

00:00 horas, indica iniciar alimentación enteral con L.M 5cc cada 3 horas.

Se administra con ampicilina 130mg EV, y gluconato de calcio 2.5cc vía endovenosa

Saturación de O₂ 96% con casco cefálico, con FiO₂=30% flujo=5lpm.

6:00 horas, Saturación de O₂ 100%, con casco cefálico, con un FiO₂ = 25% flujo = 5lpm., continua con tratamiento de ampicilina.

Temperatura axilar 37°C, Frecuencia respiratoria 58 por minuto, Frecuencia cardiaca 132 por minuto, Saturación de O₂ 98%.

Hemoglucotest 56 mg/dl

8:00 horas, buena tolerancia oral, Perdida ponderal de 5.8% del peso al nacer, con fluidoterapia con dextrosa al 10% a 4cc/h. con taquipnea transitoria en evolución, euglicemico (hemoglucotest 56 mg/dl),

Se controla y valora funciones vitales: temperatura axilar 37.2°C, Frecuencia respiratoria 60 por minuto, Frecuencia cardiaca 126 por minuto, Saturación de O₂ 100%, valoración de Silverman- Anderson =2

Datos históricos:

Antecedentes Maternos

Antecedentes : Niega
Patológicos
Hábitos : Ninguno
Gravidez : 02 (Sin considerar el actual)
Paridad : 1-0-1-0
Falleció su hijo a los 2 días de vida por Cardiopatía C.
Cesárea : 02
Periodo Intergenésico : 02 años
Hospitalizaciones : 24 al 26/06/17 por I.T.U
previas

Datos actuales

Datos de los padres:

Madre:

Nº de Historia Clínica : 138004
Fecha de hospitalización : 09/06/2017
Hora : 11.00 am
Nombre y apellidos : I. Ch. R.
Domicilio : Los Laureles Mz. "A" Lte. 4 - Huacho
Ocupación : Ama de casa
Edad : 31 años.
Nivel de Instrucción : Superior
Estado civil : Conviviente
Religión : Católica
Peso : 68 kg.
Talla : 1.63
Grupo y Factor : "O" Rh "+"
VDRL : Negativo (04/02/2017)

VIH : Negativo (04/02/2017)
Vacunación antitetánica : No
Fecha de última regla : 10/10/2016
Fecha probable de parto : 17/07/2017
Control Prenatal : 05
Diagnostico Materno : Gestante de 33.3 ss 5/7 por Ecografía III trimestre,
ARO: Cesareada Anterior, Amenaza de Parto
Prematuro.

Padre:

Nombre y apellidos : M. M. G.
Ocupación : albañil
Edad : 25 años
Nivel de Instrucción : secundaria
Religión : Católico
Hábitos : Ninguno

Datos del parto

Parto : 10/06/2017
Hora : 1.30 am
Tipo de parto : distócico (cesárea)
Líquido Amniótico : claro
Sufrimiento Fetal : No
Amenaza de parto : Si
pretérmino
Maduración : Recibió una dosis de Betametasona 12 horas antes
del parto

Datos Neonatales

Nombre y apellidos : M. Ch.
Nº de Historia Clínica : 439536
Sexo : Masculino
Peso : 2550 gr
Talla : 48 cm

Perímetro cefálico : 32cm
 Perímetro torácico : 29 cm
 Perímetro abdominal : 29 cm
 Edad Gestacional : 34 semanas. (Capurro)
 APGAR : 1º minuto: 7 y 5º minuto: 8
 Frecuencia respiratoria : 68 por minuto
 Frecuencia cardiaca : 113 por minuto
 Saturación de O₂ : 85-88%
 Temperatura axilar : 36.3°C
 Diagnostico Medico:

- Síndrome dificultad respiratoria: D/C Taquipnea Transitoria del Recién Nacido VS Enfermedad de Membrana Hialina.
- Riesgo de sepsis
- Recién nacido pretérmino 34 Semanas por Capurro /adecuado para la edad gestional.
- Parto distócico: cesárea por cesareada anterior.

Examen céfalocaudal:

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.
CABEZA	Normotensa, normocéfalo. Perímetro cefálico 32cm. Fontanela anterior mide 2cm y la posterior 0.4cm. Presenta cara simétrica.
OJOS	Simétricamente espaciados, esclerótica blanca, pupilas iguales, reactivas a la luz.
OREJAS	Pabellones auriculares incurvados en todo el borde superior, de implantación normal para su edad.
NARIZ	En la línea media, simétrica, fosas nasales permeables con aleteo nasal.

BOCA	Mucosa oral hidratada, paladar intacto. Regular reflejo de succión. Con cianosis peri bucal.
CUELLO	Corto, simétrico, móvil, sin adenomegalias.
TORAX	Perímetro torácico 29cm, 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 68 por minuto, con leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, quejumbroso. En bases pulmonares se ausculta regular entrada de aire. Saturación de O ₂ 85-88%. Frecuencia cardiaca 113 por minuto, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
ABDOMEN:	Blando depresible a la palpación. Perímetro abdominal 29cm. Ruidos hidroaéreos presentes. Cordón umbilical húmedo, con dos arterias y una vena, clampeado. Abducción en forma simétrica al realizar la maniobra de Ortolani.
GENITALES Y ANO	Ano permeable, genitales externos sexo masculino, testículos descendidos.
EXTREMIDADES	Simétricos, tono, fuerza y movilidad conservada para su edad gestacional. Edema en miembros inferiores y pie izquierdo
NEUROLÓGICO	Modernamente reactivo a estímulos. Tono muscular conservado, debilidad tanto de succión como de deglución.

Exámenes auxiliares

NOMBRE DEL EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL
Hemograma Completo (10-06-17)	Glóbulos rojos: 4´679.000/ mm ³	4 a 5 millones/ml
	Glóbulos blancos:10,330/ mm ³	5.000 - 30.000 /mm ³
	Abastionados: 00 %	0 - 5%
	Segmentados: 66%	40 - 58 %
	Eosinofilos: 00%	0.5 – 4%
	Basófilos: 00%	0.5 – 1%
	Monocitos: 08%	3 – 8%
	Linfocitos: 26%	25 – 35 %
	Hemoglobina: 17.8 gr/dl	13,6-19,6 gr/dl
	Hematocrito: 51 %	50-58%
	Recuento de Plaquetas: 242,000/mm ³	150.000-450.000/mm ³
	Vol. Plaquetario medio: 7.8 fl	7.0 – 11.0 fl
	Constantes corpusculares	
	Volumen corpuscular medio: 111.2 fl	82 -98 fl
	HB. Corpuscular media: 30.1 oQ	27 – 32 oQ
Conc. HB. Corpuscular media: 34.9%	30 -35%	

NOMBRE DEL EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL
Hemocultivo (10-06-17)		Ausencia de microorganismo en sangre.

NOMBRE DEL EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL
Proteína C. Reactiva (cuantitativa) (10-06-17) 2pm	1mg/L	Negativo hasta 8mg/L método del látex

NOMBRE DEL EXAMEN	VALOR ENCONTRADO	VALOR NORMAL
Grupo sanguíneo y factor Rh. (10-06-17)	" O " positivo	Se clasifica de acuerdo con el sistema de tipificación ABO. Los cuatro tipos de sangre principales son: A, B, AB, O. La determinación del factor Rh serán: Rh+ (positivo), si tiene esta sustancia y Rh- (negativo), tiene esta sustancia

NOMBRE DEL EXAMEN	HALLAZGOS	NORMAL
Radiografía de tórax (10-06-17)	Hiperinsuflación pulmonar, con condensaciones perihiliares bilaterales	Pulmones y estructuras subyacentes normales. Normalmente en una radiografía de tórax, puede apreciarse la tráquea en la línea media como una columna gris, radiotransparente también por su contenido aéreo.

Diagnostico medico

- SDR: D/C TTRN VS EMH
- Riesgo de sepsis
- RNPT Masculino de 34 ss x Capurro/ AEG.
- Parto distócico: cesárea por cesárea anterior

Tratamiento (Rp.)

- Unidad neonatal: UCIN
- Incubadora para mantener temperatura 36.5°C a 37°C
- CPAP nasal PEEP=5cm H₂O con FiO₂ =50% flujo= 5 lpm, para mantener saturación igual o mayor a 90%
- NPO
- SOG abierta a caída libre
- Dextrosa al 10% VT=192 cc/24 hrs.:8cc/hs.
- Gluconato de Calcio 10% 2.5 cc cada 6hr EV lento y diluido si FC <100 suspender.
- Hemoglucotest a las 2 horas, 4 horas luego C/8 horas
- Ampicilina 130mg C/12 horas
- Amikacina 46mg C/36 horas
- CFV + OSA+BHE

1.1. VALORACION DE ENFERMERÍA SEGÚN DOMINIOS

DATOS GENERALES:

- **Nombre del paciente:** M. Ch. **H.C:** 439536
- **Fecha de Nacimiento:** 10/06/2017 **Hora:** 1:30 am **Edad:** RN
- **Fecha de ingreso al servicio:** 10/06/2017 **Hora:** 2 am
- **Procedencia:** Sala de Operaciones
- **Tipo de atención:** SIS (X) Público General () Otro ()
- **Peso:** 2550 gr. **Perímetro Cefálico:** 32cm. **Perímetro Torácico:** 29 cm.
Perímetro abdominal: 29 cm. **Talla:** 48 cm. **Temperatura (Ax):** 36.2°C
- **Fuente de Información:** madre.
- **Antecedentes maternos:** Hospitalización previa por I.T.U (24 al 26/06/17)
- **Diagnostico Medico:** SDR: D/C TTRN VS EMH, Riesgo de sepsis, RNPT Masculino de 34 ss x Capurro/ AEG., Parto distócico: cesárea por cesárea anterior.

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

- **Conocimiento de los padres sobre la enfermedad del niño:**
Si () No (X)
- **Experiencias previas o conocimientos sobre el cuidado de niño:**
Si () No (X)

Estilo de vida de los padres:

- **Uso de tabaco:** Si () No (X) Cant/Frec:
- **Uso de alcohol:** Si () No (X) Cant/Frec:
- **Drogas:** Si () No (X) Cant/Frec:
- **Control prenatal:** Si (X) No () N° CPN: 5 Suficiente () Insuficiente (X)

DOMINIO 2: NUTRICION

- **Alimentación:** L. Materna () L. Artificial () L. Mixta () NPO (X)
- **Alimentación por:** SNG () Succión () Deglución ()
- SNG () SOG (X) a Gravedad: Si (X) No ()
- **Coordinación de reflejo succión/deglución:** Bueno () Débil (X) Ausente ()

- **Nauseas:** () **Vómitos:** () **Regurgitación:** () **Cantidad:**...
- Características:**.....
- **Abdomen:** Blando (X) Depresible (X) Distendido () Globuloso ()
Tenso () Doloroso ()
- **Ruidos Hidroareos:** Normal (X) Aumentado () Disminuido () Presente ()
Ausente ()
- **Piel:** Húmeda (X) Reseca () **Mucosas:** hidratadas (X) semihidratadas ()
- **Edema:** Sí (X) No () **Localización:** en miembros inferiores
- **Fontanelas:** Normotensa (X) Abombadas () Deprimida () Amplia ()

DOMINIO 3: ELIMINACION

Hábitos vesicales:

- **N° de micción/día:** Espontanea () maniobras () cantidad:.....
- **Características:** Amarillo () Turbia () Hematúrica ()

Hábitos intestinales:

- **N° de Deposiciones/día:**..... Espontanea () maniobras () cantidad:.....
- **Características:** Meconio () Amarillo () Liquida () Grumosa () Melena ()

Respiración:

- **Frec. Respiratoria:** 68 x' **Saturación de O₂ :** 85-88%
- **Ruidos respiratorios:** Murmullo vesicular ambos campos pulmonares:
Si (X) No ()
- **Características respiratorias:** Aleteo nasal (X) Tiraje intercostal (X) Quejido
espiratorio (X) Retracción xifoidea (X) Discordancia toraco-abdominal ()
- **Silverman A:** 4

Puntuación:
1 - 3 leve
4 - 6 moderado
7 - 10 severo

Parámetros	Puntajes		
	0	1	2
Aleteo Nasal		X	
Tiraje Intercostal		X	
Retracción Xifoidea		X	
Quejido espiratorio		X	
Disbalance Toraco-Abdominal			
Puntuacion total:			4

- **Secreciones en vías aéreas superiores:** Si () No (X)
- **Auscultación:** Crepitos () Roncantes () Sibilantes () estertores(X)
- **Inspección torácica:** Simétrico (X) Asimétrico ()

- **Aga:** pH..... Pco2..... po2..... Hco3.....

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Sueño - descanso:

- **Concilia el sueño:** Si (X) No () irritable () inquieto () llanto ()
- **Lugar:** servo cuna (X) incubadora () cuna ()

Movilidad de miembros:

- **Tono muscular:** normal (X) hipotónico () hipertónico ()
- **Movimientos:** simétricos (X) asimétricos ()
- **Actividad:** activo () regularmente activo (X) hipoactivo () temeroso ()

Actividad circulatoria:

- **FC:** 113 por minuto taquicardia (X) bradicardia ()
- **Soplo:** Si () No (X)
- **Llenado capilar:** < de 3 seg (X) > de 3 seg ()
- **Piel:** Rosada () Pálida () Ictérico () Cianótico (X) Pletórica () Reticulado ()
Marmorea () Acrocianosis ()
- **Edema:** Si (X) No ()
- **Localización:** En miembros inferiores
- **Presencia de líneas invasivas:** No () Si (X)
Localización: Miembro superior derecho (mano)
- Catéter central venoso () Catéter central arterial () Periférico (X)

Actividad respiratoria:

- **FR:** 68 por minuto Normal () taquipnea (X) bradipnea () apnea ()
- **Apoyo ventilatorio:** Si (X) No () espontánea ()
- **Fase de oxigenoterapia:** I () II (X) III ()
- **Modalidad de O₂:** Cánula binasal () Cabezal ()
CPAP (X) Ventilación Mecánica ()
- **Saturación de O₂:** 85-88%
- **Gasometría:** pH:..... Pco2:.....Po2:..... Hco3:.....

DOMINIO 5: PERCEPCION / COGNICION

- **Actividad:** activo () hipoactivo (X) irritable () sedado () deprimido ()
- **Reflejos:** Succión (X) Moro () Babinsky () Preensión (X)

- **Llanto:** Ausente () Débil (X) Vigoroso ()

DOMINIO 6: AUTO PERCEPCION

- **Comodidad y confort realizado por:** Madre () Padre () personal de salud (X)

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

- **Fuentes de apoyo:** Familiar: (X) otros ()
- **Conflictos familiares:** Si () No (X)
- **Asiste al hospital diariamente:** Padre () Madre (X) Otro familiar ()
- **Recibe información médica:** Si (X) No () Padre () Madre (X) Otro familiar ()
- **Participa en el cuidado del recién nacido:** Si (X) No () Padre () Madre (X)

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- **Femenino:** () Hipertrofia de labios: ()
- **Masculino:** (X) Testículos: Descendidos (X) Ausentes () Derecho (X) Izquierdo (X)

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- **Reacción de los padres frente a enfermedad de su Bebe:**
Preocupación (X) inquietud (X) Indiferencia () Desesperanza () Tristeza ()
Negación () Temor (X)
- **Conducta del Recién Nacido:** Normal (X) Inadecuada ()
- **Signos:** Irritabilidad (X) Inquietud () Hipotónico () Hipertónico ()
Hipoactivo () Flacidez () convulsiones ()
- **Perímetro Cefálico:** 32cm
- **Lesión en cuero cabelludo:** Sí () No (X)
Cefalohematoma() Caput succedaneum()

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

- **Religión:** no tiene
- **Costumbres religiosas y/o familiares:** católico
- **Aceptación al Tratamiento del recién nacido:** Si (X) No ()

DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCION

- **Integridad cutánea:** Si (X) No () flebitis () infiltración() eritematoso()
- **Eritema perineal:** Si () No (X) leve () moderada () severa()
- **Edema:** miembro superior () miembro inferior (X) otros.....
- **Procedimientos Invasivos:** SOG (X) Catéter Periférico (X) Catéter Central ()
- **Tratamiento fototerapia:** Si () No (X)
- **Intubación endotraqueal:** Si () No (X)
- **Ventilación mecánica:** Si () No (X)
- **CPAP:** Si (X) No ()
- **Termorregulación:** Temperatura: 36.3°C axilar () rectal (X)

DOMINIO 12: CONFORT

- **Nidos de contención:** Si (X) No ()
- **Irritabilidad:** Si (X) No ()

Expresión facial:

- **Ojos:** abiertos () cerrados () apretados (X)
- **Expresión del dolor:** Normal () ceja fruncida ()
contracción cejas y párpados (X)
- **Llanto:** Sin llanto () presente consolable (X) presente inconsolable ()
- **Patrón respiratorio:** Normal () incrementado irregular (X)
- **Movimiento de brazos:** Reposo () movimiento (X)
- **Movimiento de piernas:** Reposo () movimiento (X)
- **Estado de despierto:** Normal (X) despierto continuamente ()

DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

- **Edad gestacional:** 34 semanas Pre término (X) A término () postérmino ()
- **Peso al nacer:** 2550gr. Bajo peso () peso adecuado (X) macrosómico ()

1.1.1. RESUMEN DE DATOS SIGNIFICATIVOS SEGÚN MODELO DE CLASIFICACION DE DOMINIO Y CLASES

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Datos subjetivos: Madre manifiesta desconocer sobre la enfermedad de su hijo.

Datos objetivos: Recién nacido prematuro es hospitalizado en la UCIN por presentar problemas de salud. Madre tuvo controles prenatales insuficientes.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN.

Datos objetivos: Recién nacido hospitalizado en UCIN con diagnóstico médico de prematuridad moderada, nace con un peso de 2250 gr. sonda orogástrica a gravedad con indicación de NPO, con coordinación de reflejo succión y deglución débil, recibiendo Dextrosa al 10% a 8cc/h EV. Abdomen blando depresible a la palpación, con edema en miembros inferiores

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN.

Datos objetivos: Recién nacido durante las primeras horas de vida no presenta diuresis ni deposiciones. Presenta murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, Frecuencia respiratoria 68 /minuto con leve aleteo nasal, tiraje intercostal, quejidos audibles y retracción xifoidea obteniendo una calificación de 4 del test de Silverman.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO.

Datos objetivos: Recién nacido prematuro, regularmente activo, con Saturación de O₂ 85-88% presentando cianosis, con frecuencia respiratoria 68 por minuto, por lo cual el médico indica iniciar oxigenoterapia con CPAP.

DOMINIO 5: PERCEPCION Y COGNICION

Datos objetivos: Hipoactivo con sueño fisiológico superficial. Llanto débil.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCION

Datos objetivos: Higiene, Vestimenta y alimentación es brindada por el personal de salud. Madre muestra ansiedad por la hospitalización de su hijo

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Datos objetivos: Recién nacido hospitalizado en UCIN, en servocuna recibe terapia antibiótica, oxigenoterapia por lo cual existe un rompimiento de los lazos afectivos con su madre. Madre asiste a la unidad a diario.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Datos objetivos: Recién nacido de sexo masculino con desarrollo sexual adecuado para su edad y sexo.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Datos subjetivos: Madre expresa preocupación, inquietud por enfermedad y hospitalización de su bebe.

Datos objetivos: recién nacido irritable por momentos.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Datos subjetivos: Recién nacido no tiene religión, los padres manifiestan ser de religión católica

Datos objetivos: aceptan el tratamiento y procedimientos que requieren su bebe firmando el consentimiento informado

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN.

Datos objetivos: Neonato al nacer presenta Temperatura rectal 36.2°C., piel fría, cianosis, saturación de O₂ 85-88%, frecuencia respiratoria 68 por minuto, inicia oxigenoterapia con CPAP. Es colocado en servocuna, con catéter periférico en miembro superior derecho con fluidoterapia en NPO y sonda orogastrica a gravedad.

Dominio 12: Confort.

Datos objetivos: hipotermia (T_R 36.2°C)

Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo:

Datos objetivos: Recién nacido prematuro de 34 semanas de edad gestacional por Capurro, adecuado para su edad gestacional, nace con un peso de 2550 gr

1.1.2. ANALISIS, INTERPRETACION DE DATOS SEGÚN DOMINIOS (PRIORIZACION).

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> – RN prematuro 34ss por Capurro – Aleteo Nasal – Cianosis – SPO₂ 85-88% – Frecuencia respiratoria = 68 por minuto – Ventila con apoyo por medio de CPAP burbuja, FiO₂= 50% PEEP=5cmH₂O, FLUJO=5lpm – Placa Radiografía de tórax con Hiperinsuflación pulmonar y condensaciones perihiliares bilaterales. 	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO.</p> <p>CLASE 4: RESPUESTA CARDIOVASCULAR / PULMONAR</p>	<p>La inmadurez del sistema nervioso central del neonato pretérmino aumenta su vulnerabilidad a los factores adversos que afectan el metabolismo neuronal, este a su vez puede alterar las neuronas respiratorias localizadas en el tallo cerebral.</p> <p>Por eso el aparato respiratorio presentan problemas en realizar el mecanismo de la respiración por la falta de sustancia tensoactiva es decir líquido surfactante, y existe menor resistencia vascular pulmonar las mismas que se caracterizaran por períodos de taquipneas transitorias.</p>	<p>Etiqueta: Patrón respiratorio ineficaz (00032)</p> <p>Factores relacionados: Inmadurez neurológica</p> <p>Características definitorias: Taquipnea, cianosis, aleteo nasal, disminución de la saturación de oxígeno.</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>– Temperatura rectal 36.3°C</p> <p>– Piel Fría</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>CLASE 5: TERMOREGULACIÓN</p>	<p>Los recién nacidos prematuros sufren serios problemas al no poder mantener su temperatura corporal debido a que tienen mayor superficie corporal, menor cantidad de grasa subcutánea, menor cantidad de grasa parda y menor masa muscular, por lo cual se encuentran en mayor riesgo de hipotermia.</p> <p>La hipotermia a la vez puede resultar en hipoglucemia, apnea y acidosis metabólica. El frío provoca termogénesis química, lo que aumenta la demanda de oxígeno en el recién nacido.</p> <p>Según la OMS la Temperatura corporal central normal en el recién nacido, se considera a la temperatura axilar y rectal de 36,5 - 37,5 °C.</p>	<p>Etiqueta: Hipotermia (00006)</p> <p>Factores relacionados: Disminución de la tasa metabólica, S/A: Prematuridad.</p> <p>Características definitorias: Temperatura corporal por debajo del rango normal (36.3 °C).</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Recién nacido hospitalizado en UCIN con Dx. prematuridad moderada</p> <p>Con indicación de NPO</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>CLASE 1: INGESTIÓN</p>	<p>Todos los Recién Nacidos Prematuros deben recibir alimentación con leche humana, como alimentación principal</p> <p>A partir de las 34 semanas, cuando ya existe coordinación entre la succión y deglución alimentar al RN con el seno materno.</p> <p>La capacidad del prematuro para consumir por vía oral la nutrición que necesita sin comprometer la función cardiorrespiratoria es clave para determinar la duración de su hospitalización.</p>	<p>Etiqueta: Interrupción de la lactancia materna (00105)</p> <p>Factores relacionados: Enfermedad del niño, prematuridad</p> <p>Característica definitoria: Separación madre-hijo</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>– Madre expresa preocupación, inquietud por enfermedad y hospitalización de su bebe.</p>	<p>DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>CLASE 2: AFRONTAMIENTO</p>	<p>El recién nacido también necesita los nueve meses para madurar biológicamente y encontrarse en condiciones de poder sobrevivir fuera del útero. Por lo tanto, el nacer antes de este período, encuentra tanto a los padres como al bebé no preparados y se crea un estado de vulnerabilidad somática y psíquica en el niño, la madre y el padre, pero principalmente en la madre. Este evento imprevisible genera sentimientos de impotencia y estrés, aumentando la incidencia de síntomas de ansiedad. Ésta puede agravarse más por la situación de hospitalización del niño en una unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Este evento da lugar a una serie de cambios que obligan a adaptarse a una nueva situación. Esta puede ser desconocida y por ello conlleva a sentimientos de miedo, angustia o ansiedad, causados por el deterioro de la salud del hijo, amenaza de la muerte inminente o de un diagnóstico fatalista y poco alentador.</p>	<p>Etiqueta: Ansiedad (00146)</p> <p>Factores relacionados: Cambio el estado de salud su hijo recién nacido.</p> <p>Características definitorias: Expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, inquietud.</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Sonda orogástrica a gravedad</p> <p>Catéter periférico en miembro superior derecho (mano)</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>CLASE 1: INFECCIÓN</p>	<p>El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término y tiene respuestas deficientes a varios estímulos antigénicos.</p> <p>La inmunidad inespecífica es ineficaz, en especial cuando hay pérdida de las barreras anatómicas, por lesiones de piel o por procedimientos invasivos, pues presentan vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos.</p> <p>Si tenemos en cuenta las manipulaciones médicas que el pretérmino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, etc.) asociados a la ecología hospitalaria donde es atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico</p> <p>Una correcta inserción de catéteres vasculares y/o sondas con la técnica adecuados reduce el riesgo de infección.</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de infección (00004)</p> <p>Factores relacionados: Procedimientos invasivos. (Sonda orogástrica, Catéter periférico).</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Oxigenoterapia con Presión positiva continua de vías aéreas por vía nasal (CPAP) - burbujas</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>CLASE 2: LESIÓN FÍSICA</p>	<p>Presión positiva continua de vías aéreas por vía nasal (CPAP) es una forma no invasiva de asistencia ventilatoria neonatal utilizada como soporte inicial en neonatos con dificultad respiratoria. Sin embargo, el uso de esa tecnología ha repercutido en la ocurrencia de lesiones nasales asociadas a la utilización del dispositivo prong nasal ocasionando complicaciones como la injuria nasal que varía de simple hiperemia de la mucosa nasal, sangramiento, formación de costras, hasta la destrucción total de la parte anterior del septo y septo nasal.</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)</p> <p>Factores relacionados: factores mecánicos, (uso de prong nasal y de sujeción)</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido prematuro de 34 semanas de edad gestacional por Capurro. - Adecuado para su edad gestacional. (AEG) - Peso de 2550 gramos 	<p>DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO</p> <p>CLASE 2: DESARROLLO</p>	<p>Los recién nacido prematuros tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que, a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso es de tan solo el 60%, lo cual hace más propensos a los prematuros en presentar retraso en el desarrollo. La inmadurez es la constante del SNC del prematuro, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija.</p> <p>El niño en las UCIN recibe un patrón de sobre estimulación que podría inhibir el desarrollo neuronal e interferir en su diferenciación.</p> <p>Se recomienda establecer un seguimiento protocolizado de los cuidados enfocados a la atención de la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje.</p>	<p>Etiqueta: Riesgo de retraso en el desarrollo (00112)</p> <p>Factor relacionado: prematuridad</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
Madre manifiesta deseos de manejar el tratamiento y asistir a sus controles	DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD CLASE 2: MANTENIMIENTO DE LA SALUD	<p>La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud, la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.</p> <p>Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables,</p>	Etiqueta: Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Madre permanece en el lactario manifiesta deseos de iniciar la lactancia materna directa. Se extrae leche materna y entrega para su almacenamiento y conservación.</p>	<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN</p> <p>CLASE 1: INGESTIÓN</p>	<p>En el prematuro, se puede iniciar la estimulación enteral y continuar posteriormente, con una sonda naso u orogástrica, en bolos, por gravedad, fraccionados en 2 o 3 horas, según la tolerancia.</p> <p>La evidencia actual es concluyente en cuanto a las ventajas de la leche materna, tomando en cuenta las particularidades de la alimentación de este tipo de pacientes.</p> <p>En el prematuro inicialmente enfermo debe estabilizarse la situación hemodinámica y metabólica, pero es deseable no retrasar el inicio del aporte oral y utilizar el protocolo de alimentación enteral mínima.</p> <p>Los beneficios de la lactancia materna a largo plazo son: menor incidencia de enterocolitis y sepsis, mejora la tolerancia a la alimentación, reduce el riesgo de retinopatía de la prematurez, la mortalidad general, disminuye la falla en el crecimiento y deficiencias en el neurodesarrollo.</p> <p>La madre debe recibir asesoramiento sobre la técnica de lactancia materna, explicando los beneficios de la alimentación al seno materno.</p>	<p>Etiqueta:</p> <p>Disposición para mejorar la lactancia materna (00106)</p>

DATOS RELEVANTES	DOMINIO Y CLASES	INTERPRETACION DE DATOS, ANALISIS CRÍTICO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
<p>Madre asiste diariamente a la unidad se compromete permanecer durante el día para realizar técnica de canguro y a recibir sesiones educativas</p>	<p>DOMINIO 7: ROL / RELACIONES</p> <p>CLASE 1: ROL DE CUIDADOR</p>	<p>Los padres desconocen la dinámica hospitalaria, además deben adaptarse al ambiente extraño, al lenguaje especializado, enfrentándose a problemas que no comprenden. Se sabe que pueden desarrollar un desorden de estrés agudo asociado con alteración en el rol parental que les resta capacidad para ayudar, proteger del dolor y cuidar al hijo e incluso pueden dejarlos con otro cuidador</p> <p>El desarrollo del recién nacido prematuro está ligado a la calidad de la interacción que tenga con los padres, es posible que los padres de estos niños tengan miedo de acariciarlo, al parecerle frágil. Sin embargo, es importante establecer un vínculo físico con él lo antes posible. El contacto piel a piel en el niño prematuro puede ayudar a que incluso se relajen y respiren con más facilidad, al tiempo que les estimula a succionar y alimentarse Es muy recomendable emplear el método canguro para fortalecer el vínculo afectivo entre la madre e hijo. La relación entre la madre y la enfermera(o) que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos debe ser un ambiente de confianza y comunicación que permitan comprender los sentimientos y necesidades de conocimientos de la madre sobre la situación de salud de su hijo.</p>	<p>Etiqueta: Disposición para mejorar el rol parental (00164)</p>

1.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(PRIORIDAD)

1. Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez neurológica M/P taquipnea, cianosis, aleteo nasal, disminución de la saturación de oxígeno.
 - **DOMINIO 4:** ACTIVIDAD / REPOSO
 - **CLASE 4:** RESPUESTA CARDIOVASCULAR / PULMONAR
 - **CODIGO:** 00032

2. Hipotermia R/C disminución de la tasa metabólica S/A prematuridad M/P temperatura corporal por debajo del rango normal (36.2 °C).
 - **DOMINIO 11:** SEGURIDAD / PROTECCIÓN
 - **CLASE 5:** TERMOREGULACIÓN
 - **CODIGO:** 00006

3. Interrupción de la lactancia materna R/C Enfermedad del niño S/A prematuridad M/P Separación madre-hijo
 - **DOMINIO 2:** NUTRICIÓN
 - **CLASE 1:** INGESTIÓN
 - **CODIGO** : 00105

4. Ansiedad R/C cambio el estado de salud su hijo recién nacido M/P expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, inquietud.
 - **DOMINIO 9:** Afrontamiento/tolerancia al estrés
 - **CLASE 2:** respuestas de afrontamiento
 - **CODIGO** : 00146

5. Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (Sonda orogástrica a gravedad, Catéter periférico)
 - **DOMINIO 11:** SEGURIDAD / PROTECCIÓN
 - **CLASE 1:** INFECCIÓN
 - **CODIGO** : 00004

6. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (uso de prong nasal y de sujeción), extremos de edad
 - **DOMINIO 11:** SEGURIDAD / PROTECCIÓN
 - **CLASE 2:** LESIÓN FÍSICA
 - **CODIGO** : 00047

7. Riesgo de retraso en el desarrollo R/C prematuridad
 - **DOMINIO 13:** Crecimiento/desarrollo
 - **CLASE 2:** Desarrollo
 - **CODIGO** : 00112

8. Disposición para mejorar la gestión de la salud
 - **DOMINIO 1:** PROMOCIÓN DE LA SALUD
 - **CLASE 2:** MANTENIMIENTO DE LA SALUD
 - **CODIGO** : 00162

9. Disposición para mejorar la lactancia materna
 - **DOMINIO 2:** NUTRICIÓN
 - **CLASE 1:** INGESTIÓN
 - **CODIGO:** 00106

10. Disposición para mejorar el rol parental
 - **DOMINIO 7:** ROL / RELACIONES
 - **CLASE 1** : ROL DE CUIDADOR
 - **CODIGO** : 00164

1.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, OBJETIVOS, INTERVENCIONES Y RESULTADOS. ^{14, 15}

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>objetivos:</p> <p>Recien nacido prematuro, regularmente activo, con Saturación de O₂ 85-88% presentando cianosis, con frecuencia respiratoria 68 por minuto, con CPAP.</p>	<p>00032</p> <p>Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez neurológica M/P taquipnea, cianosis, aleteo nasal, disminución de la saturación de oxígeno.</p> <p>–DOMINIO 4:</p> <p>Actividad / Reposo</p> <p>–CLASE 4:</p>	<p>0415 Estado respiratorio</p> <p>Mejorar patrón respiratorio del Recién nacido prematuro</p>	<p>3390 Ayuda a la ventilación</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se mantiene la permeabilidad de las vías aéreas. – Se observa si hay fatiga muscular respiratoria. – Se inicia y se mantiene suplemento de oxígeno, según prescripción. <p>3140 Manejo de las vías aéreas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se coloca al neonato en la posición decúbito prono, para mejorar la ventilación. – Se elimina las secreciones bucales, nasales. – Se mantiene la permeabilidad de la vía aérea. –Se evita factores que pueden empeorar la dificultad respiratoria como: hipotermia, Hipertermia, postura o secreciones <p>3350 Monitorización respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se vigila la frecuencia respiratoria, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 	<p>RNPT mejora patrón respiratorio.</p> <p>FC: 140 latidos por minuto.</p> <p>FR: 58 -60 respiraciones por minuto.</p> <p>SP0₂: 90 - 98%.</p> <p>Color de piel rosada</p> <p>Abdomen blando.</p> <p>Con oxigenoterapia fase I (casco cefálico, con</p>

	<p>Respuesta Cardiovascular / Pulmonar</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Se evalúa el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. -Se vigila el estado respiratorio y oxigenación. -Se ausculta sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación. <p>3320 Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se prepara el equipo de CPAP burbuja, con FiO₂= 50% PEEP =5cmH₂O, FLUJO =5lpm y se administra mezclado, calefactado y humidificado para mantener una SaO₂ ≥ 90%. - Se administra oxígeno suplementario según prescripción médica. - Se controla la eficacia de la oxigenoterapia a través de un pulsioxímetro. - Se comprueba periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra a la concentración prescrita. - Se observa si se producen roturas de la piel 	<p>FiO₂=25%, flujo=5lpm). valoración de Silverman. =2</p>
--	--	--	---	--

			<p>por la fricción del dispositivo de oxígeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se vigila el flujo de litros de oxígeno. -Se monitoriza los niveles de saturación de oxígeno continuamente - Se observa si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. <p>1910 Manejo acido-base</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se controla el patrón respiratorio. -Se disminuye el consumo de oxígeno según saturación. 	
BIBLIOGRAFIA				
AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Elsevier	2015	http://www.elsevier.es/	Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria	II
Erika Karina Santillán Guilcapi	2015 – 2016	http://dspace.unach.edu.ec	Cuidados de enfermería en un recién nacido pretérmino moderado, basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>objetivos:</p> <p>Neonato prematuro al nacer presenta Temperatura rectal 36.2°C., piel fría, cianosis con saturación de O₂ 85-88%, frecuencia respiratoria 68 por minuto, inicia oxigenoterapia con CPAP.</p>	<p>00006</p> <p>Hipotermia R/C disminución de la tasa metabólica S/A prematuridad M/P temperatura corporal por debajo del rango normal (36.3°C).</p> <p>– DOMINIO 11: Seguridad / Protección</p> <p>– CLASE 5: Termoregulación</p>	<p>0801 Termorregulación</p> <p>Mantener la temperatura corporal dentro de límites adecuados, entre 36.5° a 37.5°</p>	<p>3900 Regulación de la temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se observa el color y la temperatura de la piel hasta que se estabilice. – Se ajusta la temperatura ambiental a las necesidades del recién nacido. <p>3800 Tratamiento de la hipotermia</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se controla bajo calor radiante (servocuna). – Se monitoriza la temperatura y saturación de oxígeno. – Se cubre al neonato con plástico transparente para evitar la pérdida calor por evaporación, además esto favorece poder observarlo. – Se controla periódicamente la temperatura axilar, cada media hora hasta que se estabilice, después será cada 2 a 3 horas. – Se coloca al Recién nacido en postura de flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor. – Se cubre la cabeza con un gorro 	<p>El paciente mantiene la temperatura corporal dentro de límites adecuados.</p> <p>Temperatura axilar 36.8°C</p>

			<ul style="list-style-type: none"> – Se coloca al niño en un nido de contención – Se mantiene puertas y ventanas cerradas. – Se evita la manipulación constante del recién nacido. <p>6680 Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se controla periódicamente la presión sanguínea, frecuencia cardíaca, temperatura y estado respiratorio. – Se observa si hay cianosis periférica o central. 	
BIBLIOGRAFIA				
AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Jesenia Senaida Sagñay Conde	2015-2016	http://dspace.unach.edu.ec/	Cuidados de enfermería en un recién nacido prematuro moderado, hijo de madre preecláptica.	I
Estrada Landro, Edyson William	2016	http://repositorio.unan.edu.ni/	Cuidados de enfermería en termorregulación, nutrición y prevención de infecciones en recién nacido del Hospital Regional Santiago De Jinotepe, Carazo.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos:</p> <p>Recién nacido hospitalizado en UCIN con diagnostico medico de prematuridad moderada, nace con un peso de 2250 gr. sonda orogástrica a gravedad con indicación de NPO, con coordinación de reflejo succión y deglución débil, recibiendo Dextrosa al 10% a 8cc/h EV. Abdomen blando</p>	<p>00105</p> <p>Interrupción de la lactancia materna R/C</p> <p>Enfermedad del niño S/A</p> <p>prematuridad</p> <p>M/P Separación madre-hijo</p> <p>– DOMINIO 2:</p> <p>NUTRICIÓN</p> <p>– CLASE 1:</p> <p>INGESTIÓN</p>	<p>1002</p> <p>Mantenimiento de la lactancia materna</p> <p>mantener una ingesta energética de acuerdo a sus requerimientos y tolerancia por vía Oral del neonato</p> <p>1008 Estado nutricional:</p> <p>ingestión alimentaria y de líquidos</p>	<p>1056 Alimentación enteral por sonda</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se inserta una sonda orogástrica de alimentación. – Se administra leche materna 5cc por sonda orogástrica – Se eleva la cabecera de 30 a 45° durante la alimentación – Antes de cada alimentación se comprueba si hay residuo. <p>1160 Monitorización nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se evalúa la edad gestacional, y la dieta administrada. – Se controla de peso diario al niño. – Se vigila las tendencias de pérdida y ganancia de peso. – Se controla signos vitales. – Se controla la turgencia de la piel y alteración color. – Se vigila: vómitos, distensión abdominal, residuo gástrico 	<p>Neonato mantiene una ingesta energética adecuada.</p> <p>Inició alimentación trófica con leche materna con buena tolerancia oral a través de sonda orogástrica</p>

depresible a la palpación, con edema en miembros inferiores		<p>1000 Establecimiento de la lactancia materna: lactante.</p> <p>1001 Establecimiento de la lactancia materna: madre.</p>	<p>5244 Asesoramiento en la lactancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se comprueba la capacidad de succión del bebe. - Se controla si hay signos de fatiga al alimentarse. - Se evalúa la forma de succión/deglución del recién nacido - Se orienta a la madre sobre la forma de amamantar. - Se Proporciona información acerca de las ventajas y desventajas de la leche materna. 	
---	--	--	--	--

BIBLIOGRAFIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos subjetivos: Madre expresa preocupación, inquietud por enfermedad y hospitalización de su bebe.</p> <p>Datos objetivos: recién nacido irritable por momentos.</p>	<p>00146 Ansiedad R/C cambio el estado de salud su hijo recién nacido M/P expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, inquietud.</p> <p>– DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés</p> <p>– CLASE 2: respuestas de afrontamiento</p>	<p>1402 Control de la ansiedad. Disminuir su ansiedad.</p> <p>1302 Superación de problemas (afrontamiento). Aumentar su afrontamiento.</p>	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se explica a la madre respecto al diagnóstico, tratamiento de la enfermedad del recién nacido. – Se realiza que el medico proporcione información a la familia acerca de los progresos del paciente. – Se instruye a la madre del neonato sobre el uso de técnicas de relajación. – Se anima a la madre manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos. la madre <p>5230 Aumentar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se brinda apoyo emocional a la mamá – Se escucha con atención las 	<p>Expresa sentimientos sobre el estado de salud de su hijo, más tranquila.</p>

			<p>expresiones de sentimientos y creencias, manifestados por la madre.</p> <p>– Se alienta a la madre una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p>	
BIBLIOGRAFIA				
AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Jesenia Senaida Sagñay Conde	2015 - 2016	http://dspace.unach.edu.ec/	Cuidados de enfermería en un recién nacido prematuro moderado, hijo de madre preecláptica.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos objetivos: Neonato prematuro con catéter periférico en miembro superior derecho con fluidoterapia en NPO y sonda orogastrica a gravedad.</p>	<p>00004 Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (Sonda orogástrica a gravedad, Catéter periférico)</p> <p>– DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>– CLASE 1: INFECCIÓN</p>	<p>0702 Estado inmune. Disminuir los riesgos de infección</p> <p>Hemograma completa con marcadores negativo para sepsis PCR negativo</p>	<p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se mantiene las normas de asepsia en la atención del neonato. – Se lava las manos teniendo en cuenta los cinco momentos – Se usa guantes estériles para realizar los procedimientos invasivos. – Se realiza cuidados el cordón umbilical – Se valora signos de infección. – Se controla y valora los signos vitales (temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca) – Se realiza seguimiento exámenes de laboratorio solicitado (hemocultivo) <p>6540. Control de Infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se cambia los dispositivos invasivos según protocolo de la institución – Se lava las manos antes y después de cada actividad de cuidados del 	<p>Recién nacido prematuro no evidencia signos de infección.</p> <p>Paciente con temperatura corporal de 36.5 – 37.2 °C.</p> <p>Resultado de Hemograma completa con marcadores negativo para sepsis Resultado de PCR negativo</p>

			<p>paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se pone en práctica precauciones universales - Se garantiza una manipulación aséptica de todas las líneas intravenosas. - Se fomenta una preservación y una preparación segura de los alimentos del recién nacido 	
--	--	--	---	--

BIBLIOGRAFIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Álvarez Garcés Silvana Elizabeth	2016	http://dspace.uniandes.edu.ec/	Implementación del proceso de atención de enfermería en el recién nacido prematuro en el Hospital José María Velasco Ibarra.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p>Datos</p> <p>objetivos:</p> <p>Neonato prematuro inicia oxigenoterapia con el uso de Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) nasal</p>	<p>00047</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (uso de prong nasal y de sujeción), extremos de edad</p> <p>– DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN</p> <p>– CLASE 2: LESIÓN FÍSICA</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Mantener la integridad cutánea durante su hospitalización del neonato</p>	<p>3590 Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se observa si hay zonas de presión o fricción. – Se valora el estado del sitio de incisión de catéter periférico, prong nasal y sonda orogástrica. – Se observa si hay enrojecimiento, calor extremo y pérdida de integridad de la piel. – Se observa si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas. – Se comprueba la temperatura de la piel. <p>3500 Manejo de presiones</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se utiliza Prongs nasales adecuados teniendo en cuenta que la cánula sea corta y ancha, esto disminuye la resistencia. – Se aplica protectores en la zona nasal y 	<p>Neonato mantiene la integridad cutánea durante su hospitalización.</p> <p>Mantiene intacta el septum nasal</p> <p>El acceso endovenoso se mantiene permeable</p>

			<p>pómulos (CPAP, sonda orogastrica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza cuidados para la fijación para lograr la comodidad del paciente evitando que la fijación ocasione daño en el septum nasal. - Se brinda comodidad al recién nacido evitando que la fijación ocasione daño en el septum nasal. 	
--	--	--	---	--

BIBLIOGRAFIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Nadine Rodríguez Torres.	2017	https://riull.ull.es/	Guía de atención al paciente neonato con enfermedad de membrana hialina.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
-------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------

<p>Datos</p> <p>objetivos:</p> <p>Recién nacido prematuro de 34 semanas de edad gestacional por Capurro, adecuado para su edad gestacional, nace con un peso de 2550 gramos.</p>	<p>00112</p> <p>Riesgo de retraso en el desarrollo R/C prematuridad.</p> <p>–DOMINIO 13:</p> <p>Crecimiento/desarrollo</p> <p>–CLASE 2:</p> <p>Desarrollo</p>	<p>8250 Cuidados del desarrollo</p> <p>El recién nacido presentara un crecimiento y desarrollo gradual acorde a su edad, evidenciando crecimiento adecuado del perímetro cefálico, talla, adecuada ganancia de peso.</p>	<p>6480 Manejo Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se disminuye los estímulos ambientales. – Se mantiene la iluminación de 60 – 90 Foot Candles – Se evita ruidos bruscos, manteniendo de 60 – 70 Decibeles – Se apaga inmediatamente las alarmas. – Se emplea luces individuales, para observaciones y procedimientos. – Se coloca cobertores en incubadoras. – Se reduce el estrés térmico, la sobreestimulación y menor consumo de O₂. <p>1850 Mejorar el Sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se incrementa los periodos de 	<p>El paciente presenta aumento progresivo de peso, aumento de perímetro cefálico</p>
--	--	---	---	---

			<p>descanso, manteniendo al Recién nacido lo más relajado posible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se agrupa las actividades para minimizar el número de despertares. - Se regula los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día/noche normales. - Se coloca al niño en un nido de contención 	
--	--	--	--	--

BIBLIOGRAFIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Mexicano del Seguro Social	2013	http://www.imss.gob.mx/	Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro	II

VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
-------------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------

<p>Datos subjetivos: Madre manifiesta desconocer sobre la enfermedad de su hijo.</p> <p>Datos objetivos: Recién nacido prematuro es hospitalizado en la UCIN por presentar problemas de salud. Madre tuvo controles prenatales insuficientes.</p>	<p>00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud</p> <p>– DOMINIO 1: Promoción de la Salud</p> <p>– CLASE 2: Mantenimiento de la Salud</p>	<p>Los padres demostrarán comprensión del proceso de enfermedad y de los cuidados al niño en el domicilio.</p>	<p>7040 Apoyo al cuidador principal</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se realiza educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir en el domicilio – Se determina el nivel de conocimientos de los padres. – Se proporciona información sobre el estado del niño. – Se enseña a los padres a identificar signos de alarma en el recién nacido como fiebre, alteración en la respiración <p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se evalúa el nivel actual de conocimientos de los padres relacionado con el proceso de enfermedad específico (taquipnea transitoria en el recién nacido) – Se refuerza la información dada por el médico. – Se describe los signos y síntomas 	<p>Los padres conocen el proceso de enfermedad, tratamiento y de los cuidados al niño en el domicilio.</p>
---	---	--	---	--

			<p>comunes de la enfermedad, si procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se proporciona información a la familia acerca de los progresos del niño, según proceda. - Se describe las posibles complicaciones, si procede. 	
BIBLIOGRAFIA				
AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Luzmila Garay Honor	2017	http://repositorio.unsa.edu.pe/	Cuidado enfermero en la ganancia de peso en el recién nacido prematuro. servicio neonatología - HRGDV – Abancay 2017	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I
VALORACIÓN	DIAGNOSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN

<p>Datos objetivos: Recién nacido hospitalizado en UCIN, en servocuna recibe terapia antibiótica, oxigenoterapia por lo cual existe un rompimiento de los lazos afectivos con su madre. Madre asiste a la unidad a diario.</p>	<p>00164 Disposición para mejorar el rol parental</p> <p>– DOMINIO 7: ROL / RELACIONES</p> <p>– CLASE 1: ROL DE CUIDADOR</p>	<p>La madre y el recién nacido podrán sentirse vinculados y fomentarán relación recíproca, protectora y formativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Se estimula las visitas lo más precoz posible. – Se informa oportunamente el estado del niño – Se permite la participación progresiva a los cuidados del niño, hasta que puedan asumir en forma completa la atención en el momento del alta. – Se refuerza aspectos sobre el cuidado del RN, enseñando a los padres mediante la educación individual en el transcurso de la hospitalización, con el fin de garantizar la continuidad de los cuidados del niño en el hogar. – Se proporciona a la madre la oportunidad de contacto con el recién nacido. – Se vigila la capacidad del recién nacido para lactar. – Se anima a la madre a que no limite el tiempo de lactar del recién nacido. 	<p>La madre y el recién nacido se encuentran en proceso de vinculación, no se da contacto piel a piel debido a estado patológico del recién nacido</p>
---	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Se educa a la madre para técnica de canguro - Se enseña la técnica correcta de interrumpir la succión del recién nacido - Se enseña los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en el mismo. 	
--	--	--	---	--

BIBLIOGRAFIA

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TITULO	NIVEL
Luzmila Garay Honor	2017	http://repositorio.unsa.edu.pe/	Cuidado enfermero en la ganancia de peso en el recién nacido prematuro. servicio neonatología – HRGDV- Abancay 2017	I
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	I

CONCLUSIONES

- En el diagnóstico de Patrón respiratorio ineficaz hubo una mejoría significativa y positiva, lográndose con las intervenciones de monitorización respiratoria y oxigenoterapia, alcanzar el objetivo propuesto mejorando el patrón respiratorio y en consecuencia el intercambio gaseoso. En concreto el neonato logro presentar un patrón respiratorio normal. Se corroboró este logro con una puntuación menor de tres en la valoración de Silverman que indica cuadro de dificultad respiratoria leve
- En el diagnóstico de Hipotermia, se logró la estabilidad térmica con las intervenciones dirigidas al manejo de hipotermia y equilibrio de un ambiente térmico neutro siendo el papel fundamental para la regulación térmica corporal a pesar de las limitaciones, teniendo en cuenta que el recién nacido prematuro tiene una capacidad de producir calor limitada y sus mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados.
- En el diagnóstico de Interrupción de la lactancia materna se consiguió mantener una ingesta energética adecuada, iniciando alimentación trófica con leche materna con buena tolerancia oral a través de sonda orogástrica logrando proporcionar los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades metabólicas del bebé.
- Se identificó el diagnóstico Ansiedad basado en el temor, preocupación de la mamá ante el desempeño de su rol. Mediante las intervenciones de enfermería se fomentó y potenció el rol materno, alcanzando que la mamá disminuyera los sentimientos de frustración que experimentó por la separación de su bebé ante el problema de salud y desempeñara su rol con seguridad y satisfacción. El resultado fue que demostró mejorar el rol maternal.

Ante la evaluación del plan de cuidados se concluye que se logró mejorar la eficacia de los patrones de respiración, temperatura y alimentación disminuyendo así las complicaciones en la salud del recién nacido prematuro. Asimismo, se alcanzó fortalecer el vínculo materno filial logrando el bienestar psicológico y potenciando el rol de la mamá.

RECOMENDACIONES

- La administración de Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) nasal, es una modalidad terapéutica no invasiva, efectiva en los neonatos a término o pretermino con dificultad respiratoria de leve - moderado, pues tienen una recuperación satisfactoria, disminuyendo rápidamente el trabajo respiratorio, pero para que resulte exitoso requiere del cuidado meticuloso integral.
- Las lesiones en la nariz son un nuevo problema que puede presentar los neonatos con Presión Positiva Continua de la Vía Aérea (CPAP) nasal por lo cual se debe tener cuidado de la fijación, las mangueras y narinas colocadas en una forma correcta para evitar fuga ya que es un circuito cerrado y la prevención del daño nasal.
- La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato, porque un recién nacido hipotérmico consume glucosa y oxígeno para producir calor y pone al neonato en situación de riesgo de hipoxia e hipoglucemia. Por lo cual enfermería juega un papel fundamental en el mantenimiento de un ambiente térmico neutro mediante intervenciones desde el momento del nacimiento; cubriendo con sabanillas secas y tibias, cambiando rápidamente la sabana mojada, si son prematuros utilizando gorro, protectoras de plástico.
- La forma e inicio de la alimentación se debe evaluar de manera integral al recién nacido con Taquipnea Transitoria, a los 30 minutos y a los 60 minutos después del nacimiento; después cada hora para decidir el tipo alimentación que debe recibir, debido que la respiración rápida puede dificultar la alimentación. Es posible que el recién nacido reciba líquidos y nutrientes a través de una vía intravenosa o una sonda de alimentación hasta que le sea más fácil respirar.
- Que el profesional de Enfermería durante su labor debe establecer una comunicación asertiva con los padres para conocer sus preocupaciones y/o expectativas y elaborar estrategias para facilitar el vínculo afectivo promoviendo la participación y colaboración de los padres acompañándolos en el proceso de apego para generar lazos emocionales satisfactorios entre padres e hijos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) (2), (3) Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la taquipnea transitoria del recién nacido. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-044-08 [en línea] 2016 [fecha de acceso 6 de junio del 2017]; Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
- (4) González G. A. Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido. Acta Pediátrica de México [en línea]. 2011. [fecha de acceso 3 de junio de 2017]; Volumen 32, No.2 URL disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm112j.pdf
- (5) Quiroga Ana. Cuidados de enfermería en el Recién Nacido con Taquipnea Transitoria. Rev. Enfermería Neonatal [en línea] 2014 [fecha de acceso 10 de junio del 2017]; 7(1): 4-9. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al- reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>
- (6) Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Guías clínicas para la atención hospitalaria del neonato. [en línea]. 2011. [fecha de acceso 10 junio del 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv/index.php/institucion/area-interna/centro-virtual-de-documentacion>
- (7) Bellido J, Lendínez J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [en línea]. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. [fecha de acceso 6 de mayo de 2017]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- (8) Bejarano Salazar A. Reducción del riesgo de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido con trabajo de parto previo a cesárea en el Servicio de Neonatología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa 2015. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa: Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María; 2016.

- (9) Retuerto Montalvo M. Perfil del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos e intermedios neonatales. Perú-2016. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
- (10) Vásquez Shimajuko O. Trabajo de parto como factor protector para taquipnea transitoria del recién nacido por cesárea. [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Trujillo: Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
- (11) Dantas Pérez T y Mendoza Maldonado R. Cesárea electiva y su repercusión en la respiración neonatal. hospital II – 2 - MINSA, 2013. [Tesis para obtener el Título Profesional de obstetra]. Tarapoto: Facultad de Medicina Humana, Universidad nacional de San Martin de Tarapoto; 2014.
- (12) Carrera Saltos M. Incidencia de la taquipnea transitoria del recién nacido a término de 37 a 40 semanas de gestación en el Hospital Universitario de Guayaquil, durante el periodo junio 2014 a mayo 31 del 2015 [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil facultad de ciencias médicas escuela de medicina; 2015.
- (13) Salazar Robalino P. Factores perinatales que influyen en el desarrollo de trastornos respiratorios en niños ingresados a la sala de neonatología del hospital provincial docente Ambato en el período julio – diciembre 2014 [Tesis para obtener el Título Profesional de Médico]. Ambato: Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de medicina; 2015.
- (14) Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-645-13[en línea] 2013 [fecha de acceso 6 de junio del 2017]; Disponible en: <https://es.slideshare.net/hanamassilvestre/places-catalogo>.
- (15) Brokel Jane. NANDA International, Inc. diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017 [en línea] 2016 [fecha de acceso 18 de junio del 2017]; Disponible en: <http://rinconmedico.me/nanda-diagnosticos-y-enfermeros-2015-2017.htm>.

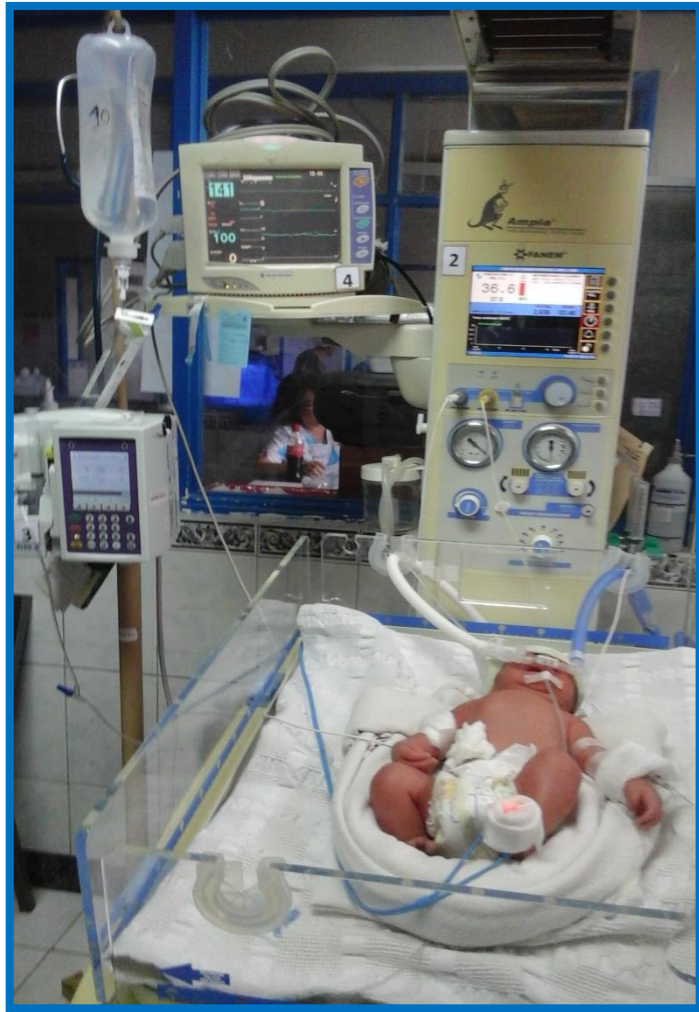
ANEXOS



Huella plantar del recién nacido M. Ch.



Radiografía de tórax tomada el 10 de junio a las 4:30 am al recién nacido M. Ch.



Recién nacido M. Ch. 30 minutos después de su nacimiento con oxigenoterapia fase II - con CPAP burbujas PEEP=5cm H₂O, FiO₂=50% flujo=5lpm.



Recién nacido M. Ch. a las 20:00 horas, del día 10/06/17 con oxigenoterapia fase I con casco cefálico, con $FiO_2=30\%$ flujo=5lpm.