



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA**

Autores:

MONCADA BRIONES ANDREA ESTEFANÍA
PLUAS GUAMAN ARNOLD JORDI

Acompañante:

MSC. GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

**Milagro, Septiembre 2019
ECUADOR**

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, Moncada Briones Andrea Estefanía en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación SALUD PÚBLICA/ MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 27 de septiembre de 2019

Andrea Moncada B

Moncada Briones Andrea Estefanía

Autor 1

C.I: 0951939933

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

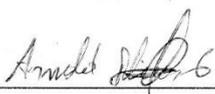
Presente.

Yo, Pluas Guaman Arnold Jordi en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación – Examen Complexivo: Investigación Documental, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta práctica realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Grado, como aporte a la Línea de Investigación SALUD PÚBLICA/ MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta práctica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 27 de septiembre de 2019



Pluas Guaman Arnold Jordi

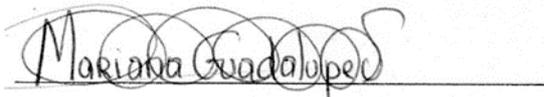
Autor 2

C.I: 0926770512

APROBACION DEL TUTOR DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL

Yo, Guadalupe Vargas Mariana Esperanza en mi calidad de tutor de la Investigación Documental como Propuesta práctica del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo), elaborado por los estudiantes Moncada Briones Andrea Estefanía y Plus Guaman Arnold Jordi cuyo tema de trabajo de Titulación es **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA**, que aporta a la Línea de Investigación SALUD PÚBLICA/ MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN previo a la obtención del Grado LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA; trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de del Examen de grado o de fin de carrera (de carácter complejo) de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 27 de septiembre de 2019

A handwritten signature in black ink, reading "Mariana Guadalupe", written over a horizontal line.

Guadalupe Vargas Mariana Esperanza
Tutor
C.I: 0601527245

APROBACION DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Elija un elemento. GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

Elija un elemento. ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES

Elija un elemento. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADA EN ENFERMERIA presentado por la estudiante Moncada Briones Andrea Estefania.

Con el tema de trabajo de Titulación: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

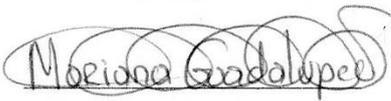
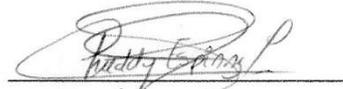
Investigación documental	[80]
Defensa oral	[19.33]
Total	[99.33]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado)

Aprobado

Fecha: 27 de septiembre de 2019

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA	
Secretario (a)	ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES	
Integrante	MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA	

APROBACION DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

Elija un elemento. GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

Elija un elemento. ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES

Elija un elemento. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA

Luego de realizar la revisión de la Investigación Documental como propuesta práctica, previo a la obtención del título (o grado académico) de LICENCIADO EN ENFERMERIA presentado por el estudiante Plusas Guaman Arnold Jordi.

Con el tema de trabajo de Titulación: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA.

Otorga a la presente Investigación Documental como propuesta práctica, las siguientes calificaciones:

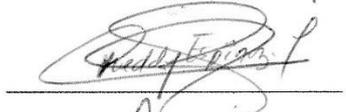
Investigación documental	[80]
Defensa oral	[19.33]
Total	[99.33]

Emite el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado)

Aprobado.

Fecha: 27 de septiembre de 2019

Para constancia de lo actuado firman:

	Apellidos y Nombres	Firma
Presidente	GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA	
Secretario (a)	ESPINOZA CARRASCO FREDDY ANDRES	
Integrante	MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA	

DEDICATORIA

Preguntándonos a diario que sería de nosotros sin la esperanza, la fe y el amor, decidimos dirigir nuestro presente trabajo de graduación hacia el ser más supremo del universo y creador de nuestras vidas “DIOS”, así también dedicamos este trabajo con gran fervor a nuestros padres quienes han sido los pilares fundamentales de nuestro crecimiento tanto personal como profesional. A nuestros familiares, docentes, amores, amigos, conocidos y aquellas personas que estamos por conocer y no olvidemos nuestras mascotas vivas y muertas quienes han hecho de nosotros un humano feliz.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a DIOS por la vida, la guía, el libre albedrío y las fuerzas en los momentos de dificultad.

A nuestros padres gracias infinitas por el proceso de crecimiento, la educación, la moralización y humanización inculcada.

A nuestros familiares quienes de manera directa o indirecta intervinieron en nuestros logros.

A nuestros docentes gracias por los conocimientos brindados en cada clase y experiencia estudiantil.

A nuestros amigos por la compañía en cada paso de nuestra vida diaria y universitaria.

A nuestra tutora designada gracias por la atención, el aliento, las fuerzas y el acompañamiento en este arduo proceso investigativo.

Y a nuestra querida universidad tan acogedora y armónica, gracias por cobijarnos bajo su seno institucional tal como si fuera un segundo hogar.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	i
DERECHOS DE AUTOR	ii
APROBACION DEL TUTOR DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL	iii
APROBACION DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	iv
APROBACION DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
METODOLOGÍA	28
DESARROLLO DEL TEMA.....	31
CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

INDICE DE ILUSTRACION

Ilustración 1 Diagnostico diferencial del SDR	22
Ilustración 2 Dosificación de surfactante pulmonares más utilizados	24

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Índice de EMH según edad gestacional y peso del neonato</i>	<i>38</i>
<i>Tabla 2. Índice de EMH según sexo y factor de riesgo</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 3. Tratamiento de la Enfermedad Membrana Hialina</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 4. Diagnósticos de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 5. Intervenciones de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina.....</i>	<i>42</i>

RESUMEN

En base a la enfermedad de membrana hialina es una de las razones comúnmente tratada en las salas de Unidad de Cuidados Intensivos por ser de mayor complejidad prioriza cuidado clínico estricto y vigilancia. El origen de la misma se enfoca en el déficit del surfactante pulmonar también llamado tensioactivo, encargado de disminuir la tensión superficial y mantener la estabilidad del alvéolo en el proceso de la respiración. Al haber un déficit del mismo se presentan alteraciones sintomatológicas respiratorias desencadenantes de la patología en el neonato con prematuridad que pueden llegar a comprometer la vida del mismo. El objetivo de esta investigación se enfoca en determinar el Proceso de Atención de Enfermería en neonatos con Enfermedad de Membrana Hialina (EMH) en latino américa. La metodología utilizada es de origen investigativo, cualitativo, documental, analítico no experimental mediante una revisión bibliográfica, de carácter descriptivo y analítico no experimental. Como técnica de búsqueda se usó fuentes documentales de datos científicos como: PubMed, Medline, Redalyc, Elsevier, Scielo, Google académico, libros en físico y digitales de prioridad en latino américa. La importancia de este trabajo investigativo radica en conocer el proceso de atención de enfermería en el neonato con enfermedad de membrana hialina enfatizando las intervenciones adecuadas, necesarias y prioritarias; facilitando como una herramienta concreta en el manejo óptimo para su pronto restablecimiento, recuperación y disminución de complicaciones neonatales.

PALABRAS CLAVES: Proceso de Atención de Enfermería; Neonatos; Enfermedad de Membrana Hialina.

ABSTRACT

Based on the hyaline membrane disease, it is one of the reasons commonly treated in the Intensive Care Unit rooms because it is of greater complexity prioritizes strict clinical care and surveillance. The origin of it is involved in the deficit of the pulmonary surfactant also called surfactant, responsible for reducing surface tension and maintaining the stability of the socket in the breathing process. Since there is a deficit, there are respiratory symptoms that trigger the pathology in the newborn with prematurity that may compromise the life of the same. The objective of this research is to determine the Nursing Care Process in neonates with Hyaline Membrane Disease in Latin America. The methodology used is of investigative, qualitative, documentary, non-experimental analytical origin through a literature review, descriptive and non-experimental analytical. As a search technique, documentary sources of scientific data were used such as: PubMed, Medline, Redalyc, Elsevier, Scielo, Google Scholar, books in physical and digital priority in Latin America. The importance of this research work lies in knowing the process of nursing care in the neonate with hyaline membrane disease emphasizing the appropriate, necessary and priority interventions; facilitating as a concrete tool in the optimal management for its early restoration, recovery and reduction of neonatal complications.

KEY WORDS: Nursing Care Process; Neonates; Hyaline membrane disease

INTRODUCCIÓN

El Proceso de atención de enfermería (PAE) es considerado como el centro de la atención integral, individualizada y eficiente en el individuo sano o enfermo, se convierte en punto clave para la promoción de salud, recuperación en el tratamiento y prevención de complicaciones de todo tipo de patologías. En base a la Enfermedad Membrana Hialina se presenta generalmente en recién nacidos prematuros, y debido a que no alcanzaron la madurez de sus pulmones, debe pasar por un periodo de adaptación el cual en dichas condiciones es aún más drástico que en el neonato a término.

Si bien es cierto, los cuidados de enfermería en un neonato sin patologías son individualizados y de vigilancia, con mayor razón el neonato con enfermedad de membrana hialina por su propia condición requiere de constante observación y atención especializada y no improvisada, aquellos cuidados comprenden: mantener el control de las constantes vitales especialmente la respiración, evitar la manipulación innecesaria, prevenir o disminuir en lo posible los procedimientos invasivos, instaurar medidas de bioseguridad y asépticas en el cuidado.

Este proyecto investigativo se encuentra dividido por 5 capítulos: el capítulo 1 abarca el planteamiento del problema en el que se mencionan estadísticas de relevancia a nivel latinoamericano y nacional, capítulo 2 comprende el marco teórico en el cual se destacan las definiciones y fundamentos históricos y teóricos, capítulo 3 se encuentra la metodología del proyecto, capítulo 4 engloba el desarrollo del proceso de enfermería en neonatos con EMH y por último capítulo 5 contiene las conclusiones establecidas del PAE, cabe mencionar que para dicha investigación se obtuvo información de la biblioteca de la Universidad Estatal de Milagro sección Enfermería y Terapia Respiratoria.

La presente investigación se lleva a cabo en el desarrollo del tema a través de una exhaustiva agrupación de 20 fuentes entre ellas artículos y estudios realizados entre el periodo 2014 hasta la actualidad, enfocados en el PAE en el neonato con membrana hialina en países que abarquen latina américa, con la finalidad de que sirva como una herramienta que los estudiantes, internos, técnicos y profesionales en enfermería puedan poner en práctica en sus experiencias vivenciales, trabajos y lugares clínicos para la facilidad del manejo optimo del neonato con dicha patología y la contribución de saberes.

Hipótesis

¿La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en niños con EMH ayudará en la sobrevida del neonato?

Objetivos

GENERAL

- Determinar el proceso de atención de enfermería en neonatos con Enfermedad de Membrana Hialina en latino américa.

ESPECÍFICOS

- Identificar los principales diagnósticos enfermero en neonatos con Enfermedad de membrana hialina en Latinoamérica.
- Establecer la planificación, intervención de enfermería y su evaluación en neonatos con Enfermedad de Membrana Hialina.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las complicaciones que se desarrolla a los recién nacidos a temprana edad suelen ser muy perjudiciales para su salud en sus primeras horas de vida. OMS (2018) refiere:

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Aproximadamente un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

Los más afectados son los recién nacidos prematuros que nacen antes de las 36 de semanas de gestación, en relación a los recién nacidos a términos que se los considera que nacen desde las 37 semanas a las 42 semanas de gestación.

La estadística de mortalidad infantil se encuentran muy elevada en países subdesarrollados por la inadecuada atención al recién nacido “El total de muertes neonatales globales anuales calculadas para la Región de América y Caribe Latino fue de 172.796 de los cuales 131.807 (76%) mueren dentro de la 1 semana de vida” (Universidad Autonoma de Honduras, 2008, págs. 36-45). El cuidado adecuado reducirá el incremento de defunciones y así aumentando la esperanza de vida a aquellos que nacen con complicaciones en el parto.

La frecuencia de nacimientos prematuros suele ser desarrollada por un inadecuado seguimiento prenatal dificultando la detección oportuna de problemas en el embarazo. Según (Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58):

En 184 países estudiados la tasa de nacimientos prematuros osciló entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Más del 60% de los nacimientos prematuros se producen

en África y Asia meridional. Entre los países con mayor número de nacimientos prematuros se encontraron India, China, Nigeria y Brasil. (págs. 51-58)

Los países más afectados por prematuridad se encuentran en aquellos que no refieren un buen cuidado materno y neonatal.

Las semanas de gestación que debe tener un recién nacido a término debe ser mayor de las 37 semanas de gestación y aquellos que nacen menos de las 36 semanas de gestación se los considera prematuros o pretérminos.

Los nacimientos pretérminos (NP) son aquellos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. (Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58)

Existe una notable diferencia en la frecuencia de los nacimientos pretérminos en países desarrollados y subdesarrollados en el cuidado integro de la mujer embarazada y recién nacido.

“Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos” (OMS, 2018). Las complicaciones que se desarrollan durante el trabajo de parto suelen producir problemas en el nacimiento de los niños e incluso puede llegar a ocasionar la muerte del recién nacido.

Las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos a términos y prematuros son aquellas que afectan el aparato respiratorio. Según Castro López (2005) indica “el motivo más frecuente en los RN con infección posnatal fue la enfermedad de la membrana hialina (18,6%), seguido del síndrome de aspiración meconial y distrés respiratorio (16.3%)” Se considera una gran relación entre la enfermedad de la membrana hialina y el distrés respiratorio por su sintomatología.

El mayor problema de salud neonatal se ve reflejada por la dificultad respiratoria y esta es asociada mayormente por la enfermedad membrana hialina o el síndrome de dificultad respiratoria.

La EMH fue la principal causa de morbilidad y mortalidad de origen respiratorio en Cuba en el año 2014; esto lo evidencian las 26 defunciones ocurridas por esta enfermedad, por lo que ocupa el quinto lugar entre las principales causas de muerte en menores de un año. (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240)

Un inadecuado tratamiento de una enfermedad respiratoria puede desencadenar problemas más graves llegando incluso a la muerte del neonato.

Las defunciones neonatales suelen presentarse con mayor frecuencia en países latinoamericanos por su gran prevalencia de nacimientos pretérminos. Pérez Zamudio (2013) manifiesta que:

En Bolivia se ha reportado una tasa de mortalidad neonatal de 30 por cada 1000 nacidos vivos; en Brasil y México, de 15; en Chile, de 6; en Estados Unidos, de 5; en Canadá, de 4; y en España, de 3. El reporte de UNICEF de mortalidad por prematuridad y sus complicaciones es de 28%; por asfixia, 23%; sepsis, 36%. (págs. 299-305)

Los partos prematuros tienen un gran índice de mortalidad debido a su estado fisiológico que se encuentra en el cual todo lo que se encuentra alrededor del recién nacido puede desarrollarle problemas en su estado de salud en cuanto a que no pudieron llegar a nacer a las 37 semanas de gestación.

La mayoría de ingresos en el área hospitalaria suelen producirse por partos prematuros debido a su grado de complejidad.

En el Hospital General de México el 2,8 % fueron prematuros e ingresaron a UCIN.

La mayoría (28,8 %), se encontró en el grupo de 30-32 semanas. La principal causa

de ingreso fue enfermedad de membrana hialina (26,8 %), seguida de neumonía intrauterina (20,6 %). (Silva, 2007, págs. 46-51)

El riesgo de un prematuro va a ser mayor a un nacimiento a término debido a que estos nacen con mejor condición que un nacimiento prematuro.

Según (INEC, 2014) “las principales causas de morbilidad infantil en el Ecuador con un 42% Otras causas de morbilidad, 11% dificultad respiratoria del recién nacido, 8% ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas”.

Para poder evidenciar la cantidad de ingresos en el área de UCIN se recoge datos específicos de la enfermedad además de la frecuencia del ingreso, para poder escatimar la presencia de recurrencia de enfermedades en un hospital. Según MSP (2015) indica:

En un período de tres años, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Quito que recibió un total de 11.181 nacimientos, en las áreas de cuidados intermedios e intensivos ingresaron, en el período, 2.360 (21,3%) neonatos con problemas de distinta naturaleza. La admisión por patología respiratoria fue de 1.169 correspondiente al 10,55% de todos los nacidos vivos y al 49,53% de los ingresos al servicio.

La problemática en los prematuros es su baja capacidad de supervivencia al medio externo dando como resultados problemas para adaptarse en donde la respiración espontánea será lo más afectado.

Según (López Heredia, 2008, págs. 305-310) refiere: “La Enfermedad de Membrana Hialina, afecta aproximadamente al 60% de los niños menores de 1.500 g., aumenta su incidencia en las edades gestacionales menores”. La mayoría de enfermedades neonatales se producen en aquellos niños prematuros que nacen antes de las 36 semanas de gestación, esto es debido a la inmadurez de sus órganos, entre ellos los pulmones en donde más se encuentra afectado.

La gravedad de la enfermedad en los recién nacidos pretérminos va a aumentar según las semanas de gestación, desde un prematuro extremo de 28 semanas a un prematuro normal menor de 36 semanas de gestación. Según (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240) indica:

Su incidencia aumenta inversamente respecto a la edad de gestación, de manera que afecta al 60 % de los menores de 28 semanas, del 15 al 20 % de los nacidos entre 32 y 36 semanas, y un 5% después de las 37 semanas.

La prematuridad extrema es uno de los casos más críticos en el cual hay baja probabilidad de supervivencia por lo cual se considera que a las mujeres que tienen trabajo de parto cuando están menores de 36 semanas de gestación, se le aplica medicamentos corticoesteroides para ayudar a la maduración pulmonar.

Existe muchas evidencias científicas en la cual destaca como factor de riesgo como mayor indicador en cuanto a que genero afecta más las patologías respiratorias como la enfermedad membrana hialina, se encuentra que los varones son más predominantes a padecer esta enfermedad.

La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intrapartos o durante el periodo postnatal inmediato. (López Heredia, 2008, págs. 305-310)

Además de afectar más a los varones que a las mujeres las complicaciones que desarrollan los prematuros, también se ve como factor de riesgo a aquellos que nacieron por cesárea, y los partos gemelares, a su vez, los neonatos a términos se ven también afectados, pero con menor prevalencia que aquellos que no completaron las 37 semanas de gestación.

Un cuidado eficaz, un tratamiento adecuado y un seguimiento de la enfermedad serán los indicadores más primordiales para la supervivencia neonatal en neonatos pretérminos con complicaciones en el parto. Según OMS (2018) indica:

Es posible mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos y poner fin a las defunciones prenatales mediante una alta cobertura de atención prenatal de calidad, atención del parto por personal cualificado, atención posnatal para madres y recién nacidos, y atención de los recién nacidos pequeños y enfermos.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar el Proceso de Atención en Enfermería en neonatos con membrana hialina en Latino América, así como identificar los principales diagnósticos enfermero, y establecer la planificación, intervención y evaluación de enfermería. La presente investigación tiene como justificación el alto porcentaje de problemas respiratorios en el país y la escasa información acerca de los procesos de enfermería que se debe tener en cuenta a aquella problemática, por lo cual por medio de este trabajo de investigación el cual está sujeta de indagaciones de artículos científicos en latino América, contribuimos con información para determinar aquellos procesos de enfermería que se debe aplicar a neonatos con problemas respiratorios como la membrana hialina en la cual la ejecución oportuna de cuidados de enfermería contribuirá a la pronta recuperación por medio de cuidados individualizados a cada neonato.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la enfermedad

Los estudios que se realizaron de la enfermedad membrana hialina se enfocaron en la incapacidad del alveolo de expandirse debido que este se encuentra obstruido produciendo en el neonato, la sintomatología más predominante como es la dificultad respiratoria.

Los primeros estudios sobre los cambios patológicos en el pulmón inmaduro y el surfactante datan desde 1854, en Alemania por Virchow y en 1903 por Hochheim; posteriormente en 1929, su función fue analizada por von Neergaard, quien describió las fuerzas de tensión superficial en el alvéolo y su asociación con el surfactante.

(D.A. Morales-Barquet, 2015, págs. 168-179)

El uso de surfactante en los neonatos con la enfermedad membrana hialina ayudar a que el alveolo se expanda produciendo un correcto flujo de la respiración, dando como resultado un patrón respiratorio eficaz.

Se estima que el síndrome de dificultad respiratoria o también llamada Enfermedad membrana hialina fue nombrada en 1966 por primera vez y que al transcurso del tiempo fue adquiriendo diferentes nombres, hasta que fue catalogada como EMH. “Se denominó también “pulmón húmedo”, “distrés respiratorio inexplicable del RN”, “taquipnea neonatal”, “síndrome del distrés respiratorio tipo II” y, más recientemente, “mal adaptación pulmonar”” (Coto Cotallo GD, 2008, págs. 285-305).

2.2. Perfil epidemiológico y epistemológico

La prematuridad y sus complicaciones debido a su inmadurez pulmonar se los considera como principales morbilidades neonatales. Según Castro López (2007) indica que:

La UNICEF plantea que más de un 70 % de las muertes infantiles, casi 11 millones de niños que mueren todos los años, se deben a seis causas principales y entre ellas

se encuentra las afecciones respiratorias. Estas muertes se producen sobre todo en los países subdesarrollados, fundamentalmente en Asia meridional y central, mientras que en África subsahariana se registran las tasas más elevadas.

En los países de bajo desarrollo la frecuencia de problemas respiratorios y los nacimientos pretérminos se encuentran en mayor cantidad que en los países subdesarrollados donde se encuentra la mayoría de países latinoamericanos y los países desarrollados donde se encuentran los países de potencia mundial, en el cual se encuentran en menos porcentaje que los demás, pero aun así existe casos existentes.

De acuerdo Sánchez-Quiroz (2018) comenta que: “De acuerdo con este mismo Organismo en México, se estima una tasa de 7.3 nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos. Asimismo, cabe resaltar que actualmente esta condición continúa siendo un problema perinatal importante, ya que afecta entre 5 y 12% de los nacimientos” (págs. 428-441).

“En Martínez se menciona que la incidencia global de la membrana hialina, es del 1% de todos los recién nacidos vivos (RNV) y tiene una relación inversa con la edad gestacional; así, que los niños menores de 28 SDG presentan un 60% a 80%, de los de 32 a 36 SDG” (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015, págs. 17-38).

De acuerdo Castro López (2007) afirma: “Las principales causas de muerte en los niños cubanos menores de un año fueron las afecciones respiratorias, como la hipoxia, la enfermedad de la membrana hialina, y la broncoaspiración del líquido amniótico meconial, patrón similar al de los países más desarrollados del mundo”. Las patologías respiratorias siguen siendo uno de los principales motivos por el cual el neonato ingresa al área hospitalaria.

Entre las principales patologías de origen respiratorio que afectan a los neonatos prematuros y a términos se encuentra la EMH encabezando la mortalidad neonatal.

La EMH fue la principal causa de morbilidad y mortalidad de origen respiratorio en Cuba en el año 2014; esto lo evidencian las 26 defunciones ocurridas por esta enfermedad, por lo que ocupa el quinto lugar entre las principales causas de muerte en menores de un año. (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240)

Las muertes neonatales causadas por complicaciones respiratorias neonatales es una de las muertes frecuentes en la prematuridad, por lo cual se debe de tener más cuidado en su tratamiento para evitar que aumente las defunciones neonatales.

Ecuador al ser un país en desarrollo cuenta con normas y protocolos para el cuidado prenatal y el cuidado neonatal para poder evitar complicaciones en el parto y como consecuencia complicaciones con el neonato, sin embargo, aún se cuenta con estadísticas moderadas sobre la prevalencia de problemas de origen respiratorio. MSP (2016) afirma:

En el Ecuador, la población estimada para el 2014 es de 16 millones, en promedio hay 300.000 nacimientos al año. La patología neonatal y su morbilidad asociada es la responsable de al menos el 60% de muertes en menores de un año.

2.3 Fundamentos teóricos

2.3.1 Enfermería

2.3.1.1 Concepto

La enfermería es un profesión dinámica, sistémica, organizacional y humanizada basada en criterios teóricos, científicos y experimentales del enfermero con el fin de fomentar o promocionar la salud, prevenir o tratar la enfermedad, realizando intervenciones encaminadas al cuidado de los más necesitados y la óptima recuperación de la salud del paciente. Según (Raile Alligood, 2014) hace referencia a las enfermeras “Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración” (p,526).

2.3.2 Proceso Atención de Enfermería

2.3.2.1 Definición

Según (Caro Rios & Guerra Gutiérrez , 2011) “El proceso de atención de enfermería (PAE) es un método sistemático y organizado, que para su aplicación requiere de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten la prestación del cuidado de enfermería de forma lógica, racional y humanística”. Al aplicar este proceso de forma continua en cualquiera de los niveles de atención en salud el profesional de enfermería asegura una atención individualizada, digna, interactiva, globalizada y funcional en el individuo, familia y comunidad.

2.3.2.2 Características del proceso

“El Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada” (Reina G, 2010). A su vez, es dinámico por la interacción entre sus actores principales considerados enfermero- paciente, otra de las características es que es oportuno al realizarse de forma precisa y requerida a cada situación en un tiempo establecido, destacando que es continuo y sujeto a cambios dependiendo la evolución del paciente con los objetivos de mejorar la calidad de vida y cubrir las necesidades del mismo.

2.3.2.3 Etapas del PAE

En ese mismo contexto, (Perry & Stockert, 2015) señala que el PAE es un método que consta de cinco fases estructuradas de la siguiente manera: valoración como parte inicial, seguido del diagnóstico enfermero, para luego realizar la planificación de los cuidados, la ejecución de los cuidados y finalizando con la evaluación de las respuestas humanas. Cabe mencionar que, las cinco fases guardan una correlación, ya que la información o respuesta que se reciba servirá en cada uno de los pasos para la correcta aplicación del proceso y el resultado esperado por el profesional de la salud.

2.3.1.3.1 Valoración

Según (Perry & Stockert, 2015) “La valoración es la recogida intencionada y sistemática de información sobre el paciente para determinar su estado de salud y funcional actual y pasado y sus patrones de afrontamiento actuales y pasados”. Al ser esta la primera fase del proceso enfermero, se convierte en parte fundamental y controversial del proceso, ya que de esta fase depende que se identifiquen los signos y síntomas preexistentes destacados y que se encaminen los cuidados deseados, necesarios y útiles en el paciente.

Tal como lo indican (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012) “habitualmente, se lleva a cabo una valoración general y completa en el ingreso que incluye todas las necesidades del niño y su familia”. Dicha valoración se logra utilizando distintas técnicas de aplicación en las que se destaca la historia clínica, la observación, la exploración física y la entrevista ya sea con el niño y/o los padres, familiares o cuidadores.

Cabe mencionar que en la exploración física se denotan técnicas de gran utilidad como inspección, palpación, percusión y auscultación. Y entre los métodos de valoración física se destacan una valoración cefalocaudal, por aparatos y sistemas, a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon para identificar alteraciones de toda índole, o necesidades básicas de Virginia Henderson. No obstante, se debe mencionar que elige el método a preferencia del profesional de enfermería y la situación emergente. (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

2.3.1.3.2 Diagnóstico Enfermero

Según Carpenito como se citó en (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012) “el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales, reales o potenciales”. Por lo consiguiente, el diagnóstico es la segunda fase del proceso enfermero,

en la que se han reunido e identificando las alteraciones, dificultades y dimensiones de los problemas de salud encontrados.

Para la caracterización de los diagnósticos ya sean enfocados en el problema, de riesgo, de promoción de la salud y de síndrome; se utiliza NANDA internacional una taxonomía que contempla la base para el plan de cuidados a realizar, en ella se encuentran 13 dominios, 47 clases y 235 diagnósticos aprobados, clasificados y codificados. (Nanda Internacional, 2015)

2.3.1.3.3 Planificación

Planificación se refiere a la tercera etapa y corresponde a la proyección de objetivos, organización de prioridades y programación de actividades orientadas al manejo y control de los problemas precedentes del diagnóstico previo inicial. (Ruíz Gonzalez, Martínez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

Según (Ruíz Gonzalez, Martínez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012) señala “hay que tener presente que el niño, independientemente de la etapa de desarrollo que se encuentre, requiere tener satisfechas sus necesidades fisiológicas, básicas y un medio seguro y acogedor que le ayude a desarrollarse”. Es por ello que en esta etapa de planificación se establecen las prioridades a cubrir o satisfacer en el paciente, y que dichos cuidados planeados influyan de manera significativa es decir que se tenga una visión del resultado a obtener en el restablecimiento del neonato.

Para que esta etapa se cumpla se fundamenta con la utilización de herramientas de apoyo como la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) en conjunto con la Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). La planificación enfermero comprende 7 dominios, 37 clases y 540 criterios de resultados las cuales mantienen una organización alfabética y de codificación. (Nursing Outcomes Classification (NOC), 2018)

Por otra parte, en la selección de acciones enfermeros se utiliza Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) que posee 7 campos, 30 clases, 565 intervenciones y

más de 13.000 actividades encaminadas a la obtención de satisfacción de necesidades y la calidad de los cuidados. (Bulechek, Dochterman, & Butcher, 2018)

2.3.1.3.4 Intervención

Siendo la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería conforma el accionar de la planificación realizada previamente estos son individualizados, de forma completa y constante. Conforme a esto, se llevará a cabo un control de las acciones realizadas y un orden prioritario ya sean estas dependientes, independientes u interdependientes. (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

Las intervenciones del enfermero deben estar ligadas a los protocolos que se manejen en el área laboral y el nivel de atención en el que se desenvuelva ya sea este el ambiente hospitalario o comunitario con el propósito de la universalidad de criterios. (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

2.3.1.3.5 Evaluación

Esta etapa es controversial en el proceso al ser la última etapa mediante la cual se comprueba el logro de los objetivos puntualizados en la planificación, la eficacia de las actividades realizadas por el enfermero por medio de respuestas humanas, el control, regulación o ausencia del problema inicial. Sin embargo, en la evaluación se pueden dar a relucir nuevas necesidades a satisfacer por lo que el plan de acción puede modificarse y comenzar con la primera etapa del proceso, es por ello que se conoce al PAE como un proceso cíclico y reiterativo. (Perry & Stockert, 2015)

2.3.2 Enfermedad de Membrana Hialina

2.3.2.1 Neonato

Un neonato también se le puede considerar a aquel recién nacido a término y prematuro pero aquel neonato pretérmino tendrá más cuidado y atención que el neonato a término. La OMS (2019) indica:

Un recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días. Estos 28 primeros días de vida son los que comportan un mayor riesgo de muerte para el niño. Por este motivo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuadas durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud.

El neonato es aquel recién nacido que contempla desde las primeras horas de vida hasta llegar a los 28 primeros días de vida en donde la supervivencia de este, dependerá de los cuidados y atención que se le brinde.

“El parto pretérmino se presenta en los embarazos, entre un 7% y 12% dependiendo de la población y causa, y puede representar hasta un 75% de la morbilidad y mortalidad neonata (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015) 1”. La morbilidad neonatal se encuentra con prevalencia en neonatos pretérminos por su estado de salud inmaduro.

En el área de UCIN las indicaciones para el ingreso hospitalaria es que el neonato se encuentre con problemas para mantener su estado de salud estable, por lo cual los ingresos frecuentes son los nacimientos pretérminos y sus patologías asociadas de origen respiratorio.

Los nacimientos prematuros permanecen como un problema perinatal, afectan entre 5 y 12% de los nacimientos, la principal condición clínica asociada a estos es el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), inicia inmediatamente al nacimiento con dificultad respiratoria progresiva que requiere asistencia ventilatoria e ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). (Sánchez-Quiroz F. &.-G., 2018, págs. 428,441)

El síndrome de dificultad respiratoria tendrá como primordial sintomatología la incapacidad del neonato de respirar espontáneamente, por lo cual va a presentar manifestaciones clínicas como el aleteo nasal que es el más característico de esta patología.

2.3.2.2 Definición

Según (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240) “el síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de la membrana hialina (EMH) es la enfermedad más frecuente en recién nacidos prematuros (RNP)”. La prematuridad en un neonato puede adquirir enfermedades de su entorno si no se brinda el suficiente cuidado, en la cual la enfermedad más frecuente que se presenta es la membrana hialina.

El distrés respiratorio, síndrome de dificultad respiratorio o enfermedad membrana hialina son conceptos similares descritos por varios autores, pero con una misma fisiopatología. Según (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001) también se conoce como “Enfermedad por déficit de surfactante pulmonar”. Se trata de la enfermedad principal del prematuro en países desarrollados.

2.3.2.3 Factores de riesgo

Las causas para que un neonato desarrolle enfermedades durante su primera semana de vida tendrá una estrecha relación del inadecuado cuidado prenatal, el tipo de parto, además de enfermedades asociadas a la mujer embarazada. “El principal factor de riesgo es la prematurez, sin embargo, también influyen en su presentación la asfixia perinatal, diabetes materna, ausencia de corticoides antenatales, cesárea sin trabajo de parto, sexo masculino y la raza blanca” (J., 2015, págs. 189-193). Hay evidencia que el tratamiento de corticoides a la mujer embarazada retrasara el trabajo de parto y como tal ayudara a que el feto llegue a semanas próximas a 37 semanas para completar su madurez pulmonar.

(Quiroga, 2014) indica: “Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como etnia blanca, historia de SDR en hijos previos y sexo masculino” (págs. 4-9). Además de los partos prematuros anteriores, enfermedades asociadas al embarazo, también tiene como uno de los mayores factores de riesgo en el cual debe ser considerada como prioridad son aquellas mujeres embarazadas con hijos previos con historia de distrés respiratorio.

“Los nacimientos pretérminos (NP) son aquellos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación. En los países de ingresos bajos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos” (Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58).

2.3.2.4 Signos y síntomas

“Los signos y síntomas aparecen al nacimiento o poco tiempo después con clínica respiratoria franca que incluye taquipnea, quejido y aumento de trabajo respiratorio manifestado por retracción subcostal, intercostal, supraesternal, tiraje, aleteo nasal y disociación tóraco abdominal” (J., 2015, págs. 189-193). El método comúnmente utilizado para poder verificar o comprobar el estado respiratorio de un neonato tanto pretérmino o a término es la prueba de Silverman y Anderson, en la cual existe indicadores específicos para determinar el grado de dificultad respiratoria en el neonato.

Según (López Heredia, 2008, págs. 305-310) indica: “La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida”. Típicamente la dificultad respiratoria se presenta en las primeras horas de vida, con manifestaciones como aleteo nasal, tiraje intercostal entre otros, y la manera en la cual empieza a mejorar esta manifestación clínica es por medio de tratamientos ventilatorios como es la cánula nasal, o el surfactante.

Uno de los tratamientos más efectivos para el distrés respiratorio es la aplicación de oxigenoterapia debido a que esta enfermedad va a deteriorar el intercambio gaseoso espontáneo por lo cual su saturación va a estar alterado.

En su evolución natural, los cuadros leves presentan un empeoramiento inicial que puede durar 1 o 2 días, con necesidad de oxigenoterapia y recuperación posterior progresiva hasta su completa resolución. En los casos más graves, el empeoramiento es rápido con hipoxemia y acidosis mixta que suele precisar oxigenoterapia y ventilación mecánica. (C. González Armengod, 2006, págs. 160-165)

El inadecuado tratamiento de la EMH va a desencadenar problemas más graves de su enfermedad de base llegando a utilizar ventilación mecánica debido a que no tiene un patrón respiratorio eficaz.

2.3.2.5 Exámenes y Pruebas Diagnósticas

En un neonato pretérmino con dificultad respiratoria, el diagnóstico se basa en los antecedentes, datos clínicos y en el aspecto radiográfico de los pulmones, si bien la radiografía puede no reflejar la intensidad de la afectación pulmonar, sobre todo cuando el neonato recibe asistencia respiratoria. (López Heredia, 2008, págs. 305-310)

Los gases arteriales son un buen indicador de la gravedad de la enfermedad, presentando los

	EMH	Mala adaptación pulmonar	Bronco neumoniasepsis temprana
Edad inicio	RN	RN	RN
FiO ₂ máxima (hipoxemia)	Hasta 1,0 (grave)	0,4-0,6 (leve)	Hasta 1,0 (grave)
Edad FiO ₂ máxima (mayor gravedad)	36-48 h (si no recibe surfactante)	0-6 h	Variable
Edad gestacional (más frecuente)	Temprana	Temprana	Variable
Estado general	Moderado-grave	Moderado-leve	Muy grave
Alteración hemodinámica	Frecuente	Rara	Shock habitual
Radiografía de tórax	Atelectasia difusa, broncograma aéreo	Volumen pulmonar, condensaciones, líquido en cisuras	Variable
Aire extraalveolar	Frecuente (casos graves)	No	Raro

cuadros más graves una acidosis mixta con hipoxemia y retención de CO₂. (López Heredia, 2008, págs. 305-310)

En el siguiente cuadro se muestran los datos principales además del examen físico a tener en cuenta para diagnosticar SDR y diferencial con la taquipnea transitoria y la neumonía. (Quiroga, 2014)

Ilustración 1 Diagnostico diferencial del SDR

2.3.2.6 Tratamiento

2.3.2.6.1 Tratamiento preventivo

El uso de los corticoides ayuda a que el trabajo de parto pretérmino pueda retardar unos días para la maduración pulmonar del feto y así reducir los procedimientos invasivos cuando el feto nazca.

La pauta más indicada de corticoterapia es la de betametasona intramuscular., dos dosis de 12 mg separadas por un período de 24-48 horas. Su efectividad parece mayor cuando pasan entre 24 horas y siete días entre el inicio del tratamiento y la consecución del parto. (C. González Armengod, 2006, págs. 160-165)

2.3.2.6.2. Tratamiento activo

El surfactante tiene como objetivo distender los alveolos así dando paso a que estos se expandan y produciendo una ventilación espontanea del neonato.

El uso de surfactante exógeno para el tratamiento de la EMH es uno de los más importantes avances en la historia de la medicina neonatal. La administración traqueal de surfactante exógeno produce una rápida mejoría de la oxigenación y de la función pulmonar, aumentando la capacidad funcional residual y la distensibilidad pulmonar, lo que supone una disminución de las necesidades de O₂ y del soporte ventilatorio.

(J., 2015, págs. 189-193)

En caso de que el paciente necesite administración de surfactante, su uso está indicado como profilaxis y rescate. El uso como profilaxis se utiliza en menores de 30 semanas o igual o menores de 1.250 g que no hayan recibido esquema de maduración materno pulmonar y que estos no se encuentren en condiciones hipotróficas en dosis de 5 ml/kg (25mg/ml) durante los primeros 15 minutos de vida. En cambio, el uso en forma de rescate aplica en las primeras 12 horas de vida, con signos clínicos de distrés respiratorios evidenciados, diagnosticados previa radiografía y gasometría. (Jiménez Jiménez & Castellanos Rey, 2009)

Es de vital importancia la mantención de un equilibrio hidroelectrolítico evitando la deshidratación y la hiperhidratación para reducción de riesgos de insuficiencia cardiaca y complicaciones respiratorias. “Inicialmente administrar suero glucosado al 10% (65- 70 ml/kg/día). Anadir a las 48 horas sodio (2 o 3 mEq/kg/día) y potasio (2 o 3 mEq/kg/día) y aumentar suero glucosado a 100 ml/kg/día” (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001).

Surfactante	Dosis	Concentración	Intervalo/latencia
Curosurf	2.5 mL/kg segunda 1.25 mL/kg	1 mL/80 mg (54 mg de fosfatidilcolina, de los cuales 30.5 mg ES DPPC y 1 mg de proteínas incluyendo 0.3 mg de SPB	12 horas
Exosurf	5 mL/kg 67 mg/kg	1 mL/25 mg (de los cuales 13.5 son colfosceril palmitato, 1.5 mg de cetyl alcohol (agente expansor) y 1 mg de tyloxapol (que separa el DPPC y el cetyl alcohol)	6-8 horas/Latencia de acción de alrededor de una hora
Infasurf	3 mL/kg	1 mL/35 mg (35 mg de fosfatidilcolina y 16 mg de fosfatidilcolina insaturada, 0.65 mg de proteínas incluyendo 0.26 de SPB	12 horas
Survanta	4 mL/kg (ó 100 mg/kg)	1 mL/25 mg (11 a 15.5 de DPPC 0.5 a 1.75 de triglicéridos, 1.4 a 3.5 de ácidos grasos y menos de 1 mg/mL de proteínas)	6 h/Latencia de acción de algunos minutos. Máximo 4 dosis
Lucinactant	175 mg/kg 5.8 mL/kg	1 mL/30 mg	

Ilustración 2 Dosificación de surfactante pulmonares más utilizados

2.3.2.7 Complicaciones

“En los recién nacidos, la dificultad respiratoria e insuficiencia respiratoria es una de las principales causas de paro cardiaco, esto causa una disminución de la oferta de oxígeno a los tejidos y como consecuencia, conduce a un cuadro de acidosis metabólica que compromete la función cardiaca” (Nascimento Tamez & Pantoja Silva , 2008) . Cabe recalcar, que, al referirse a paro cardiorrespiratorio, se combina la detención de los movimientos respiratorios en conjunto con el defecto cardiaco, en el cual se verán comprometidos órganos, tejidos y células.

2.3.2.8 Prevención

La prevención de la enfermedad membrana hialina estará ligada directamente con las causales del mismo, es decir se debe evitar en lo posible desencadenar factores de riesgos que comprometan el posible desarrollo a futuro. “Los obstetras con un control riguroso de la monitorización del embarazo y del parto, pueden evitar la posmadurez y la hipoxia” (Cabrera Beltrán, Alcántaro Montoya, & Lama Tapia, 2005).

“Lo ideal es realizar la prevención primaria evitando el parto pretérmino y, la secundaria, mediante la administración de corticoides prenatales, en mujeres con riesgo de presentar un parto prematuro antes de las 35 semanas (López Heredia, 2008, págs. 305-310)”. Cabe

mencionar que los profesionales que manejan esos niveles de atención son los responsables de la debida captación a tiempo y la remisión del caso según el nivel de complejidad obstétrica.

2.3.2.10 Principales diagnósticos enfermero en membrana hialina

Los diagnósticos de enfermería deben ser dirigidos a los problemas reales del pacientes con el fin de mejorar la calidad de vida y evaluar los resultados de las intervenciones que se realiza en el paciente “Patrón respiratorio ineficaz; Patrón de alimentación ineficaz del lactante; Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal” (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015, págs. 17-38).

2.3.2.11 Intervenciones de enfermería

Para brindar una atención adecuada y competente a la situación es necesario tener en cuenta lo siguiente: se debe estar consciente que se recibirá un neonato con problemas de respiración por lo que para actuar de forma inmediata y eficiente es lo ideal, así como preparar o tener listo lo que se va a necesitar en dichas intervenciones de estabilización; incubadora a temperatura idónea, monitores, bombas de infusiones disponibles, así como también material para intubación y colocación de vías ya sean periféricas, umbilicales o centrales según la valoración. Todas estas medidas se toman ya que se busca disminuir los riesgos de lesiones o complicación de cualquier índole en el neonato. (Ruíz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

Entre los cuidados generales que se le brinda al neonato en el tratamiento de la enfermedad de membrana hialina se encuentra colocación del mismo en incubadora o servicuna manteniendo controles de las constantes vitales como temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno. A su vez, la medición de medidas antropométricas juega un papel importante tales como Peso, Talla, Perímetro Craneal,

Torácico y Abdominal. Además, “se debe considerar la posición decúbito prono para favorecer la oxigenación y el vaciamiento gástrico” (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001). Sin embargo, en pacientes con intubación endotraqueal se recomiendan cambios posturales cada tres o cuatro horas con las debidas medidas de movilización.

Cabe mencionar que parte fundamental de los cuidados se encuentra el valorar diariamente el compromiso cutáneo, la presencia de lesiones, signos de edematización o prurito, tono muscular y coloración. (Ruíz Gonzalez, Martínez Barellos, & Gonzalez Carrión, 2012)

Al ser pacientes en situaciones de cuidado clínico al realizarse cualquier procedimiento ya sea este no invasivo o invasivo, se debe hacerlo con una óptima manipulación aséptica, evitar ruidos molestos e iluminación excesiva. En algunos pacientes se suspende la alimentación oral inicialmente, esto siempre previo a una valoración de tolerancia oral y a un balance riesgo- beneficio. “Es preferible la vía endovenosa (alimentación parenteral si el ayuno sobrepasa 3 días) o alimentación continua de leche mediante sonda nasogástrica (siempre que no se asocie íleo paralítico)” (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001).

Es de vital importancia la mantención de un equilibrio hidroelectrolítico evitando la deshidratación y la hiperhidratación para reducción de riesgos de insuficiencia cardíaca y complicaciones respiratorias. “Inicialmente administrar suero glucosado al 10% (65- 70 ml/kg/día). Anadir a las 48 o 72 horas sodio (2 o 3 mEq/kg/día) y potasio (2 o 3 mEq/kg/día) y aumentar suero glucosado a 100 ml/kg/día” (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001).

“Cuando el paciente esta intubado, debe aspirarse frecuentemente la sonda endotraqueal, si es posible instalando 1- 2 ml de suero fisiológico estéril” (Quiñones, Ugazzi, Campos, & Smith, 2001). En ciertas situaciones se utiliza la aspiración de secreciones por nariz y boca para la permeabilización de vías aéreas o la aplicación de sonda nasogástrica abierta para eliminación de contenidos, líquidos o secreciones.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

La investigación científica es el proceso fundamental para la expansión y adquisición de conocimientos significativos, permitiendo sentar bases de la realidad en el tema seleccionado de manera sistemática, organizada y crítica. Teniendo en cuenta esta premisa, este proyecto investigativo comprendido en una revisión bibliográfica, se encamina con fundamentos cualitativos de carácter documental debido a que se recopila información de diferentes teorías comprendidas en textos, libros, artículos, revistas, informes y/o escritos preexistentes.

3.2 Enfoques de investigación

A su vez, se contempla con un enfoque descriptivo en vista de que está comprendido por capítulos los cuales se subdividen en diferentes subtemáticas y deslozan la información de manera que pueda asimilarse en todas sus secciones de estudio.

3.3 Diseño de investigación

El estudio comprende un diseño “No experimental” ya que en este proyecto no existe manipulación de variables ni participación de muestras humanas e individuos, sino que se solidifica en la recopilación y agrupación bibliográfica del tema de estudio.

3.4 Método de investigación

Con la participación del método científico, analítico e indagatorio se podrán interpretar diferentes premisas para la obtención de analogías desde lo global hasta lo particular y la sustentación de la problemática.

3.5 Criterios de investigación

Criterios de inclusión: neonatos con membrana hialina en Latinoamérica

Criterios de exclusión: neonatos con membrana hialina en países fuera de Latinoamérica

3.6 Fuente de datos

Como métodos de consultas y búsquedas mediante aparatos electrónicos se emplearon fuentes documentales de fuentes científicas como: PubMed, Medline, Redalyc, Elsevier, Scielo, Mendeley. Google académico y repositorios de tesis de la Universidad Estatal de Milagro. Para esta ardua búsqueda por medio de laptops y celulares se utilizaron palabras claves como Proceso de Atención de enfermería + membrana hialina, intervenciones de enfermería en membrana hialina, PAE en Síndrome respiratorio neonatal, Diagnósticos enfermeros en Membrana Hialina.

En cuanto a la búsqueda de información en forma física el ingreso al Centro de Recursos para el aprendizaje y la Investigación (CRAI) ubicada dentro de la prestigiosa Universidad Estatal de Milagro, en la cual se encontraron libros como: Fundamentos de Enfermería octava edición por Potty Perry, Enfermería del niño y del adolescente por María Ruiz, Pediatría Esencial séptima edición por Karen d, Marcdante, Tratado de Pediatría Volumen 1 por Robert M.Kliegman, Enfermería Materno Neonatal por Joyce Y. Johnson, Tratado de Pediatría Tomo 1 por McInerney Adam, Campbell, Kamat, Investigación en enfermería sexta edición por Susan Grove, entre otros encontrados tanto en el área de biblioteca sección Enfermería y terapia Respiratoria. En cuanto a los artículos de revisión se centraron en los países que comprenden Latinoamérica tales como Perú, Cuba, México, Colombia y Ecuador en un tiempo de validez desde el 2014 hasta la actualidad.

Cabe mencionar que para la debida realización del proyecto investigativo bibliográfico se utilizaron las Normas APA 2017 Sexta edición como parte del complemento de nuestros párrafos con escritos citados de forma textual y parafraseo en rangos contenidos tanto de 40 palabras como en superiores.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DEL TEMA

(Mendoza Tascón, 2016) refiere que: “La incidencia de EMH en diferentes rangos de edad; entre 24 a 25 semanas fue del 92%, entre 26 a 27 del 88%, entre 28 a 29 del 76% y entre 30 a 31 del 57%” (págs. 13-25). Entre más es la gravedad de la prematuridad en un recién nacido, mayor será la inmadurez de sus órganos por lo cual este estará propenso a adquirir enfermedades referentes a su inmadurez como tal.

El gran número de ingresos al área de UCIN se encuentra relacionados entre sí por diferentes factores entre ellas se encuentra a aquellos recién nacidos que se encuentran bajo de peso indiferentemente si el neonato es a término o pretérmino. De acuerdo (Bolívar Montes, 2016) indica que:

El 42.9 % pertenecía al sexo femenino, con un promedio de edad gestacional de 31.6 semanas; el 41.8 % de los recién nacidos hospitalizados se encontraba entre las 33 a las 37 semanas y el 54.1% de ellos registró un peso inferior a los 1500grs. (págs. 360-367)

De acuerdo (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240) comenta que: la edad gestacional menor de 34 semanas (93,9 %), el nacimiento por cesárea (79,6 %), el sexo masculino en el 59,2 % de los casos y los antecedentes maternos de riesgo en el 28,6 % de las madres. Se pudo observar que el 81,6 % de la muestra se encontró por debajo de los 1500 g. (págs. 237-240)

Según (Ramos Mora, 2018) en su tesis de grado indica que: “se observa que los diagnósticos médicos que prevalece en el estudio es síndrome de Dificultad respiratorio: Enfermedad de

la membrana hialina representado por el 45,5%, sepsis neonatal 9,1%, y atresia esofágica 9,1%”.

En un estudio realizado en Chile (Insunza-Figueroa, 2019) “De 1.265 neonatos estudiados, 722 completaron dos dosis (57,5%); 436 sólo una dosis (34,5%) y 107 (8,5%) no recibieron corticoides antenatales” (págs. 41-48). Hay evidencia que el uso anticipativo de medicamentos corticoesteroides ayuda a la maduración pulmonar en aquellas mujeres embarazadas con riesgo de parto pretérmino.

En cuanto al tratamiento con surfactante, se empleó precozmente en el 51 % de los casos; en el 38,8 % de los recién nacidos el tratamiento se inició tardíamente, después de las dos horas de vida; solo un 10,2 % de los que nacieron con EMH no requirieron su empleo. (Pérez Martínez Y. D., 2017)

Según (Lopez Alvarado, 2015) afirma en su estudio que: “Se administró Surfacen al 82,0 % del total de pacientes con SDR, y de los 5 niños que ingresaron con el diagnóstico de asfixia severa intraparto, a 1 solo se le administró Surfacen” (págs. 295-307). El uso de surfactante ayudaría de manera eficaz a aquellos pacientes con distrés respiratorio y por lo cual este tratamiento es primordial ante la sospecha de esta enfermedad.

De acuerdo (Lopez Alvarado, 2015) afirma: “Aquellos pacientes que tienen indicación del uso de Surfacen, pero se le administra después de las 2 horas, tienen 4,5 veces más riesgo de fallecer, que aquellos a los que se le administra el medicamento en un tiempo menor de 2 horas” (págs. 295-307). El uso precoz del tratamiento con surfactante pulmonar a neonatos con enfermedad membrana hialina reduce el riesgo de muerte por lo cual se recomienda administrarse antes de las 2 horas de nacido dependiendo de la gravedad de la enfermedad.

Atendiendo al tipo de soporte ventilatorio utilizado en estos recién nacidos, la ventilación invasiva fue la más frecuentemente empleada (57,1 %). El conducto arterioso permeable fue la complicación más frecuente en los que presentaron EMH (34,7 %), y la sepsis adquirida se produjo en un 24,5 %. Se produjeron otras complicaciones, como la hemorragia intraventricular y el bloqueo aéreo en 18,4 %, respectivamente, y un 10,2 % padeció displasia broncopulmonar. (Pérez Martínez Y. D., 2017, págs. 237-240)

La enfermera tiene un papel protagónico en la atención integral del niño en sus diferentes etapas y por ende está preparada para la intervención holística de sus pacientes, porque ellos son el centro del cuidado y la razón por la cual su etapa y ciclo vital en toda la edad pediátrica encomienda cualquier acción de Enfermería. (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015)

El plan de cuidados de enfermería debe ser integral, basado en las necesidades que presenta todo RNPT y también teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematurez. (Quiroga, 2014)

(Melendrez, 2019) en su tesis de grado comenta que “se debe valorar signos de hipotermia como piel fría al tacto, cianosis central y distal, respiraciones irregulares, mala perfusión periférica, llanto débil, succión débil, así como también los signos de hipertermia tales como rubor, extremidades calientes, taquicardia”. La pronta de los signos y síntomas de la hipotermia e hipertermia ayudara a realizar los planes de enfermería con mas rapidez y ejecutarlos de manera mas oportuna.

En el estudio de (José Reynaldo Nuñez del Prado Alcoreza, 2016) La valoración del color de la piel es una forma de evaluar la perfusión – circulación del cuerpo. La coloración azul morada de la piel indica el déficit de oxígeno en la sangre, la perfusión se puede identificar por medio del llenado capilar.

Según (Melendrez, 2019), se debe realizar el monitoreo de glicemia con tiras reactivas si se observan los siguientes signos como temblores, irritabilidad, pobre succión, taquipnea, irritabilidad, hipotonía, llanto débil.

De acuerdo a la valoración realizada, se identificaron tres diagnósticos de Enfermería. Se colocaron por jerarquización, el primer diagnóstico es el principal y es de tipo real, pone en riesgo la vía área del paciente por lo tanto su vida, debido a que es específico al patrón respiratorio. (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015)

Al realizar los planes de cuidados de enfermería de manera integral, se deben tomar en cuenta las necesidades generales de los recién nacidos prematuros en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuridad. La mayoría de los neonatos prematuros requieren de asistencia respiratoria, ya que la inmadurez primordial se encuentra a nivel pulmonar por un déficit en la secreción de surfactante lo que se denomina Síndrome de Dificultad Respiratoria, dato característico de inmadurez del centro respiratorio, responsable de crisis de apnea, para la cual se requerirá apoyo ventilatorio (Sánchez-Quiroz F. &.G., 2018)

En un estudio realizado por (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015) indica que los diagnósticos de enfermería más usados en un nacimiento pretérmino siendo afectado por la enfermedad membrana hialina son: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica; Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con prematuridad; Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con extremos de la edad (págs. 17-38). Los diagnósticos de enfermería nos ayudan a planificar los cuidados de manera individualizado dependiendo de la enfermedad de la persona, en este caso estos diagnóstico están seleccionados de manera eficaz a la prematuridad y al distrés respiratorio que presenta el neonato prematuro.

En una tesis realizada en Perú (Ramos Mora, 2018) “Se aprecia que las etiquetas diagnósticas de enfermería que predominan en el estudio son patrón respiratorio ineficaz representado por el 43,2% deterioro del intercambio de gases 25% y patrón de alimentación ineficaz del lactante 18,2%”.

(Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58) refiere que en su plan de cuidados de enfermería selecciono aquellos que brinden cuidados individualizados al paciente: Se aplicó la valoración según dominios de NANDA hallándose los siguientes diagnósticos significativos “00032 Patrón respiratorio ineficaz”, “00030 Deterioro del intercambio gaseoso”, “00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante”, “00132 Dolor agudo” y “00126 Conocimientos deficientes” (págs. 51-58).

Etiquetas diagnósticas como “Patrón respiratorio ineficaz” y “Patrón de alimentación ineficaz del lactante” se mostraron homogéneas en ambos trabajos. Por otra parte, etiquetas como “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”, “Termorregulación ineficaz”, “Riesgo de infección”, “Dolor agudo” y “Riesgo de deterioro de la vinculación” fueron propuestas por el autor de manera general pero en el caso de este RNPT no se consideraron debido a las condiciones clínicas inherentes al mismo, hecho que sustenta la importancia de diseñar y ejecutar planes de cuidado individualizados según las necesidades particulares de cada recién nacido. (Valbuena Durán LD, 2017)

En un estudio de caso acerca de la membrana hialina realizado por (Hernández, 2016) pudo identificar varios diagnósticos de enfermería entre ellos están: “deterioro del intercambio gaseoso, patrón de alimentación ineficaz del lactante, protección ineficaz, riesgo de hipotermia, riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de infección y ansiedad en la madre”.

(Quiroga, 2014) comenta que el tratamiento se puede clasificar en dos partes: “los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo de surfactante, y los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pretérmino y que afectan directamente su condición respiratoria” (págs. 4-9).

En una tesis realizada en Perú (Chauca, 2018) Al ejecutar las intervenciones planificadas se resolvieron los diagnósticos reales entre ellos los que comprometen la vía aérea (patrón respiratorio ineficaz y deterioro del intercambio gaseoso). Se logró mejorar el patrón respiratorio e intercambio gaseoso por medio de la oxigenoterapia con el método de CPAP nasal y la monitorización de funciones vitales.

Según el estudio de (Quiroga, 2014) los cuidados de enfermería prioritaria deben ser el cuidado respiratorio “Este periodo es fundamental, ya que la mala adaptación disminuye la producción de surfactante. Si es posible, retrasar el clampeo del cordón entre 30-45 segundos, para permitir la transfusión feto placentaria”.

De acuerdo a un caso clínico realizado en Perú por (Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58) Al ejecutar las intervenciones planificadas se resolvieron los diagnósticos reales entre ellos los que comprometen la vía aérea (patrón respiratorio ineficaz y deterioro del intercambio gaseoso). Se logró mejorar el patrón respiratorio e intercambio gaseoso por medio de la oxigenoterapia con el método de CPAP nasal y la monitorización de funciones vitales.

De acuerdo al estudio de (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015) las intervenciones de enfermería más aplicadas en el proceso de atención de enfermería en la membrana hialina son aquellas a ayudar con la dificultad respiratoria que presenta el recién nacido: oxigenoterapia, intubación y estabilización de vías aéreas, monitorización respiratoria, aspiración de vías aéreas además se ejecutaron actividades generales como: alimentación enteral por sonda para ganar peso; regulación de la temperatura corporal y regulación de la

misma dentro del área hospitalaria, desplegándose actividades específicas e individualizadas.

De acuerdo a un caso clínico realizado en Perú por (Gómez-Avila, 2016, págs. 51-58) Los cuidados nutricionales forman también parte importante de la atención al prematuro. El inicio de la infusión de glucosa debe estar dentro de la hora del nacimiento, ya que los depósitos de glucógeno son escasos, se agotan rápidamente y son su principal fuente de energía celular. Por tanto, es fundamental la intervención para mejorar el patrón de alimentación.

Según (Verónica Marilú Brena-Ramos, 2015) Al realizar intervenciones en el diagnóstico de patrón de alimentación ineficaz del lactante, se obtuvieron resultados favorables colocando sonda orogástrica posterior al ayuno, iniciando la nutrición enteral y parenteral con el objetivo de que la paciente se nutra y gane peso, para que disminuya alteraciones por el déficit del mismo.

Tabla 1. Índice de EMH según edad gestacional y peso del neonato

Autor	Edad gestacional (semanas)				Peso (gramos)	
	< 25	26 a 30	31 a 35	> 35	< de 1500	> de 1500
Mendoza Tascón (2016)	✓	✓	✓			
Bolívar Montes (2016)		✓	✓		✓	
Pérez Martínez Y. D. (2017)			✓		✓	

Tabla 1. Índice de EMH según edad gestacional y peso del neonato

Elaborado: Andrea Moncada y Arnold Plúas

Análisis: Los casos que se encontró durante la revisión bibliográfica demuestran que la enfermedad membrana hialina afecta con más proporción a los neonatos prematuros oscilando entre la 31 a 35 semanas de gestación, al igual que estos suelen encontrarse con un peso menor a los 1500 gramos

Tabla 2. Índice de EMH según sexo y factor de riesgo

Autor	Sexo		Factores de riesgo		
	Masculino	Femenino	Prematuridad	Antecedentes maternos	Cesárea
Bolívar Montes (2016)		✓			
Pérez Martínez Y. D. (2017)	✓			✓	✓
Dra. Claudia Ávila (2015)	✓		✓	✓	✓
Quiroga (2014)	✓		✓	✓	

Tabla 2. Índice de EMH según sexo y factor de riesgo

Elaborado: Andrea Moncada y Arnold Plúas

Análisis: Existe más afinación a afectar a neonatos masculinos que femeninos y a su vez estos suelen ser afectados por antecedentes maternos como la diabetes, ausencia de corticoides prenatales, hijos con SDR existentes entre otros, así como aquellos que nacieron por medio de cesárea, encontrándose con casos de prematuridad.

Tabla 3. Tratamiento de la Enfermedad Membrana Hialina

Autor	Tratamiento de la Enfermedad Membrana Hialina		
	Corticoesteroides	Surfactante pulmonar	Terapia respiratoria
Insunza-Figueroa (2019)	✓		
Pérez Martínez Y. D. (2017)		✓	✓
Dra. Claudia Asuncion (2015)		✓	
Quiroga (2014)		✓	
Chauca (2018)			✓
Gómez-Avila (2016)			✓

Tabla 3. Tratamiento de la Enfermedad Membrana Hialina

Elaborado: Andrea Moncada y Arnold Plúas

Análisis: Como tratamiento prioritario se encuentra el uso de surfactante pulmonar, así como la terapia respiratoria por medio de CPAP o cánula nasal para ayudar al flujo de aire y disminuir la dificultad respiratoria presente en el neonato. Existe pocos estudios presentes, pero con una gran importancia para disminuir los nacimientos prematuros por medio de la administración de corticoesteroides como la betametasona y la dexametasona ayudando a la maduración pulmonar.

Tabla 4. Diagnósticos de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina

Autor	Diagnósticos de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina						
	Patrón respiratorio ineficaz	Patrón de alimentación ineficaz	Termorregulación ineficaz	Deterioro del intercambio de gases	Dolor agudo	Conocimientos deficientes/ansiedad de la madre	Riesgo de infección
Verónica Marilú Brena-Ramos (2015)	✓	✓	✓				
Ramos Mora (2018)	✓	✓		✓			
Gómez-Avila (2016)	✓	✓		✓	✓	✓	
Valbuena Durán (2017)	✓	✓	✓		✓		✓
Hernández D.E (2016)		✓	✓	✓		✓	✓
Chauca (2018)	✓			✓			

Tabla 4. Diagnósticos de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina

Elaborado: Andrea Moncada y Arnold Plúas

Análisis: Los diagnósticos de enfermería más presentes se encuentra el patrón respiratorio ineficaz por la dificultad del neonato al respirar así también está relacionado con el deterioro del intercambio de gases. Otro de los diagnósticos prioritarios se encuentra el patrón de alimentación ineficaz, debido al bajo peso al nacer, por lo tanto, se realizan intervenciones directas en la alimentación enteral, así como la termorregulación ineficaz debido a que estos aun no tienen la capacidad de regular su temperatura corporal por su prematuridad.

Tabla 5. Intervenciones de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina

Autor	Intervenciones de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina			
	Monitorización de signos vitales	Alimentación enteral	Oxigenoterapia	Regulación de temperatura corporal
Pérez Martínez Y. D. (2017)		✓	✓	
Chauca (2018)	✓		✓	
Quiroga (2014)		✓	✓	
Gómez-Avila (2016)	✓	✓	✓	
Verónica Marilú Brena-Ramos (2015)	✓	✓	✓	✓

Tabla 5. Intervenciones de enfermería para la Enfermedad Membrana Hialina

Elaborado: Andrea Moncada y Arnold Plúas

Análisis: Las intervenciones de enfermería prioritarias al realizar serán oxigenoterapia para disminuir el esfuerzo ventilatorio por parte del neonato así ayudándole a mejorar su capacidad ventilatoria, llevando así un continuo monitoreo de los signos vitales enfatizando en la saturación de oxígeno. Además, se deberá implementar cada 3 horas o según la necesidad del neonato la alimentación enteral por medio de sonda orogástrica. Incluyendo regular la temperatura corporal por medio de mantas térmicas o termo cunas precalentadas para evitar la hipotermia.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

De acuerdo a lo investigado y en base a los objetivos del proyecto se concluye que:

1. La valoración enfermero en estos casos debe ser continua y realizarse en forma holística enfocándose a la observación y examen físico en busca de signos y síntomas que nos permita emitir diagnósticos enfermero, para poder planificar, intervenir y evaluar los cuidados.
2. El diagnóstico más comúnmente usado en los estudios revisados fue Patrón respiratorio ineficaz, seguido de Patrón de Alimentación Ineficaz finalmente también se destaca Deterioro del intercambio gaseoso.
3. Entre las intervenciones de enfermería prioritarias se encontró que la de mayor concurrencia es la vigilancia y control de la oxigenoterapia, así como también la administración de alimentación enteral, seguido de la monitorización de signos vitales teniendo en cuenta sobre todo la saturación de oxígeno prioritaria y como último punto se encontró regulación de la temperatura corporal.
4. La evaluación enfermería se considera el logro de los objetivos propuestos, las mejoras o progreso de los patrones alterados en este caso eliminación e intercambio, nutricional metabólico y adaptación tolerancia al estrés, en dependencia de la respuesta individualizada del neonato a los cuidados brindados se realizará nuevamente el Proceso de Atención de Enfermería de forma integral para cubrir las necesidades encontradas reiteradamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolívar Montes, L. á. (2016). Incertidumbre asociada a padres de recién nacidos pretérmino hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. *Investigación y Educación en Enfermería*, 360-367.
- Bulechek, G., Dochterman, J., & Butcher, H. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: El Sevier.
- C. González Armengod, M. O. (2006). Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad. *Sociedad de Pediatría de Asturias*, 160-165.
- Cabrera Beltrán, N., Alcántaro Montoya, M., & Lama Tapia, H. (2005). Síndrome de Aspiración Meconial. *Rev. "Medicina"*, 11. Obtenido de <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/11.2/RM.11.2.12.pdf>
- Caro Rios, S., & Guerra Gutiérrez, C. (2011). *El proceso de Atención de Enfermería*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte. Obtenido de <https://books.google.com.ec/books?id=K2Op3IkVYqMC&printsec=frontcover&dq=proceso+de+atencion+de+enfermeria&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwixtIG6mqnjAhUutlkKHYivC4EQ6wEIKTAA#v=onepage&q&f=false>
- Castro López, F. W. (2005). Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales. *Revista cubana de enfermería*.
- Castro López, F. W. (2007). Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería*.
- Chauca, L. E. (2018). Cuidados a neonato con enfermedad membrana hialina. *Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. Lima, Perú.
- Coto Cotallo GD, L. S. (2008). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Asociación Española de Pediatría*, 285-305.
- D.A. Morales-Barquet, E. R.-R.-G.-R.-O.-C.-C.-S. (2015). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Instituto Nacional de Perinatología*, 168-179.
- Gómez-Avila, J. (2016). Plan de cuidados de enfermería en prematuro con enfermedad de membrana hialina. *CASUS*, 51-58.
- Hernández, D. E. (2016). Proceso Enfermero en neonatos de 33.1 semanas de gestación con enfermedad de membrana hialina según la teoría de Abraham Maslow. *Universidad Nacional de Chimborazo*. Riobamba, Ecuador.
- INEC. (2014). *Instituto nacional de estadística y censos*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
- Insunza-Figueroa, Á. N.-P.-T.-R.-J.-W. (2019). Betametasona Fosfato para la prevención de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) del recién nacido de pretérmino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 41-48.

- J., D. C. (2015). Enfermedad de Membrana Hialina. *Manual de Neonatología*, 189-193.
- Jiménez Jiménez, J., & Castellanos Rey, K. (2009). Surfactante pulmonar en el síndrome de dificultad respiratoria. *Revista Mexicana de Pediatría*, 76(5), 231- 236.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095g.pdf>
- José Reynaldo Nuñez del Prado Alcoreza, A. O. (2016). Estabilización temprana del recién nacido pretérmino menor de 1,200 gramos. *Acta Medica Grupo Ángeles*, 25-31.
- Lopez Alvarado, C. (2015). Uso de Surfacten en recién nacidos con dificultad respiratoria. *Revista Cubana de Pediatría*, 295-307.
- López Heredia, G. (2008). Síndrome de dificultad respiratoria. *Asociacion Española de Pediatría*, 305-310.
- Melendrez, M. J. (2019). Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con distrés respiratorio y enfermedad de membrana hialina en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de una clínica . *Universidad Peruana unión*. Lima, Perú.
- Mendoza Tascón, L. A. (2016). Efectividad del tratamiento con Alveofact® y Curosurf® en prematuros de 32 semanas o menos con enfermedad de membrana hialina en Buga, Valle del Cauca, entre los años 2006 y 2013. *Medicas UIS*, 13-25.
- MSP. (2015). Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- MSP. (2016). *Recien nacido con dificultad para respirar*. Quito: Guia Practica Clinica.
- Nanda Internacional. (2015). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier.
- Nascimento Tamez, R., & Pantoja Silva , M. (2008). *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal*. Madrid, España: Medica Panamericana. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=M7FIh5smslQC&pg=PA114&dq=sindrome%20de%20dificultad%20respiratoria%20neonatal&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjU5vm7qbjjAhXNuFkKHQxjDV8Q6wEIKTAA&fbclid=IwAR0NG3KzwVi8NAljCGH-944pzGuJBMM6hvvqcp_R5HFS_AsIfbxExpGVHdGQ#v=onepage&
- Nursing Outcomes Classification (NOC). (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC), Medición de Resultados en Salud*. Barcelona-España: El Sevier.
- OMS. (19 de Febrero de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- OMS. (28 de Septiembre de 2018). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/reducir-la-mortalidad-de-los-reci%C3%A9n-nacidos>
- OMS. (7 de Julio de 2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
- Pérez Martínez, Y. D. (2017). Enfermedad de la membrana hialina en el Hospital Ginecobstétrico «Mariana Grajales». *Medicentro Electrónica*, 237-240.

- Pérez Zamudio, R. L. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 299-305.
- Perry, P., & Stockert, H. (2015). *Fundamentos de Enfermería* (8va ed.). Barcelona-España: S.A. ELSEVIER.
- Quiñones, E., Ugazzi, M., Campos, S., & Smith, T. (2001). *Bases de pediatría crítica*. Quito: Noción Imprenta.
- Quiroga, L. A. (2014). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Neonatal*, 4-9.
- Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y Teorías en enfermería* (8va edición ed.). España: EL SEVIER.
- Ramos Mora, L. A. (2018). Etiquetas diagnósticas de enfermería y diagnósticos médicos más frecuentes en neonatos con nutrición parenteral total, en la UCI en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé Enero - Diciembre 2016. *Universidad privada Norbert Wiener*. Lima, Perú. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1690/TITULO%20-%20Ramos%20Mora%2C%20Luis%20Angel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reina G, N. (2010). El proceso de Atención de Enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, 19. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
- Ruíz Gonzalez, M., Martínez Barellas, M., & Gonzalez Carrión, P. (2012). *Enfermería del niño y del adolescente* (2da ed.). Enfermería S21.
- Sánchez-Quiroz, F. &.-G. (2018). Cuidado especializado a neonato prematuro fundamentado en la teoría general del autocuidado. *Enfermería universitaria*, 428-441.
- Silva, L. P. (2007). Unidad de cuidados intensivos neonatales: morbimortalidad en recién nacidos prematuros. *Acta Universitaria*, 46-51.
- Universidad Autónoma de Honduras. (2008). Mosaicos de la etapa del desarrollo humano. *Revista de la facultad ciencias medicas*, 36-45.
- Valbuena Durán LD, A. L. (2017). Diagnósticos de enfermería presentes. *Investig Enferm. Imagen*, 123-137. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.depr>
- Verónica Marilú Brena-Ramos, I. C.-C.-B. (2015). Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio. *Salud y Administración*, 17-38.



REGISTRO DE ACOMPAÑAMIENTOS

Inicio: 28-11-2018 Fin 31-10-2019

FACULTAD SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA/ MEDICINA PREVENTIVA Y ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA POBLACIÓN

TEMA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS CON MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA

ACOMPAÑANTE: GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA

DATOS DEL ESTUDIANTE			
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	CARRERA
1	MONCADA BRIONES ANDREA ESTEFANIA	0951939933	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
2	PLUAS GUAMAN ARNOLD JORDI	0926770512	LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Nº	FECHA	HORA	Nº HORAS	DETALLE
1	17-06-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	PRESENTACIÓN CON EL DOCENTE TUTOR, SE LES DA DIRECCIONAMIENTOS PARA EL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA, SE PIDE QUE SEA UN TEMA ACTUAL, DE INTERÉS Y QUE INVOLUCRE A LA CARRERA DE ENFERMERÍA, SE CITA PARA LA SIGUIENTE REUNIÓN.
2	05-07-2019	Inicio: 12:00 p.m. Fin: 14:00 p.m.	2	DESIGNACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN, PLANTEAMIENTO DE OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS
3	10-07-2019	Inicio: 12:00 p.m. Fin: 14:00 p.m.	2	REVISIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS QUE SUSTENTARÁN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SE DECIDE CAMBIAR DE TEMA A PAE EN NEONATOS CON MEMBRANA HIALINA EN LATINO AMÉRICA. SE REVISAN OBJETIVOS PLANTEADOS, ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.
4	19-07-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE MARCO TEÓRICO, BIBLIOGRAFÍA, SE PIDE QUE EMPIECEN A ORGANIZAR EL MARCO CONCEPTUAL
5	26-07-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	SE REVISAN ADELANTO DE PROYECTO Y SE ENVÍA CORRECCIONES
6	02-08-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE CORRECCIONES ENVIADAS, INICIO DE MARCO CONCEPTUAL DONDE SE EVIDENCIE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS CONSULTADOS
7	09-08-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE MARCO CONCEPTUAL, ELABORACIÓN DE CUADROS Y GRÁFICOS, PRÓXIMA REVISIÓN DOCUMENTO COMPLETO DE PROYECTO
8	16-08-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE CORRECCIONES REALIZADA, ELABORACIÓN DEL RESUMEN Y REVISIÓN DE CONCLUSIONES
9	12-08-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE CONTENIDO DEL PROYECTO, MARCO TEÓRICO, MARCO CONCEPTUAL, SE ENVIA CORRECCIONES: CITAS BIBLIOGRÁFICAS
10	19-08-2019	Inicio: 14:00 p.m. Fin: 16:00 p.m.	2	REVISIÓN DE PORCENTAJE DE PLAGIO A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA TURNITIN, SE ENVIA ÚLTIMAS CORRECCIONES AL DOCUMENTO FINAL

GUADALUPE VARGAS MARIANA ESPERANZA
 PROFESOR(A)

GISELA ESPINOZA GABRIELA DE JESÚS
 DIRECTORA

Dirección: Cda. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Telefax: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador

VISIÓN
 Ser una universidad de docencia e investigación.

MISIÓN
 La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demanda el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.



Andrea Moncada B

MONCADA BRIONES ANDREA ESTEFANIA
ESTUDIANTE

Arnold Guaman

PLUAS GUAMAN ARNOLD JORDI
ESTUDIANTE

Dirección: Cdla. Universitaria Km. 1 1/2 vía km. 26
Conmutador: (04) 2715081 - 2715079 Ext. 3107
Telefax: (04) 2715187
Milagro • Guayas • Ecuador

VISION

Ser una universidad de docencia e investigación.

MISION

La UNEMI forma profesionales competentes con actitud proactiva y valores éticos, desarrolla investigación relevante y oferta servicios que demandan el sector externo, contribuyendo al desarrollo de la sociedad.



Acompañamiento de tutorías por parte de la tutora para revisión del proyecto de grado

PROYECTO DE TITULACIÓN 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%	2%	0%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.aeped.es Fuente de Internet	1%
2	repo.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1%
3	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1%
4	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo