

PROYECTO DE TITULACIÓN 2019

por Andrea Moncada

Fecha de entrega: 19-ago-2019 12:33p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1161485896

Nombre del archivo: URKUND_1.docx (100.7K)

Total de palabras: 8810

Total de caracteres: 48442

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 latino americano 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.

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 integral 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 término 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 prematurez 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 término 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, Martínez 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, Martínez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

2.3.1.3.2 Diagnóstico Enfermero

Según Carpenito como se citó en (Ruíz Gonzalez, Martínez 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. (Ruiz Gonzalez, Martinez Barellas, & Gonzalez Carrión, 2012)

Según (Ruiz Gonzalez, Martinez 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) I”. 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

1 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)

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

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 espontánea 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 cardíaca 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).

2.3.2.7 Complicaciones

“En los recién nacidos, la dificultad respiratoria e insuficiencia respiratoria es una de las principales causas de paro cardíaco, 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 cardíaca” (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 cardíaco, 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. (Ruiz 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 servicina 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, Marcante, Tratado de Pediatría Volumen I 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 asfisia 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 prematuridad. (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 aérea 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: ³ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez neurológica; ⁴ 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 ⁴ 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.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

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

1. El Proceso de Atención en Enfermería (PAE) en neonatos con Membrana Hialina debe aplicarse en base al conocimiento científico adquirido conjuntamente con el razonamiento lógico crítico del profesional de enfermería, con la asesoría de las herramientas NANDA, NIC Y NOC.
2. 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. Cabe destacar que 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. Es sumamente crucial realizar la planificación de las intervenciones enfermero para el alcance de los objetivos propuestos en la resolución de las alteraciones, ya que simula una forma de asegurar la calidad y efectividad de los cuidados. 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. Dentro de 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.

PROYECTO DE TITULACIÓN 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

2%

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