



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON
SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CAJAMARCA BELDUMA ELSA ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUAYLLASACA LLIGUIN ROSA ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON
SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL PROCESO
DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CAJAMARCA BELDUMA ELSA ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUAYLLASACA LLIGUIN ROSA ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2019



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

ESTUDIO DE CASO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SÍNDROME DE
DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CAJAMARCA BELDUMA ELSA ESTEFANIA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

GUAYLLASACA LLIGUIN ROSA ALEXANDRA
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

CENTENO SANDOVAL MAXIMA ARGENTINA

MACHALA, 31 DE ENERO DE 2019

MACHALA
2019

Nota de aceptación:

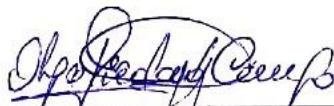
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ESTUDIO DE CASO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



CENTENO SANDOVAL MAXIMA ARGENTINA

0701900128

TUTOR - ESPECIALISTA 1



CANGO PATINO OLGA PIEDAD

1101987301

ESPECIALISTA 2



CAMPOVERDE PONCE MAXIMA DEL ROCIO

0702005794

ESPECIALISTA 3

Machala, 31 de enero de 2019

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ESTUDIO-DE-CASO-DE-UN-RECIÉN-NACIDO-PREMATURO-CON-SINDROME-DE-DISTRÉS-RESPIRATORIO -NEONATAL-PROCESO-DE-ATENCIÓN-DE-ENFERMERÍA.docx (D47091634)

Submitted: 1/21/2019 10:55:00 PM

Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec

Significance: 1 %

Sources included in the report:

arauz-guadamud.docx (D11275433)

arauz-guadamud.docx (D11275424)

<https://docplayer.es/79109520-Universidad-nacional-autonoma-de-nicaragua-managua-recinto-universitario-ruben-dario-facultad-de-ciencias-e-ingenierias-departamento-de-quimica.html>

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CAJAMARCA BELDUMA ELSA ESTEFANIA y GUAYLLASACA LLIGUIN ROSA ALEXANDRA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ESTUDIO DE CASO DE UN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.


Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 31 de enero de 2019



CAJAMARCA BELDUMA ELSA ESTEFANIA
0705389112



GUAYLLASACA LLIGUIN ROSA
ALEXANDRA
0706399409

RESUMEN

Título: Estudio de caso de un Recien Nacido prematuro con Síndrome de Distrés Respiratorio neonatal Proceso de atención de enfermería.

Introducción: El síndrome de Distrés Respiratorio neonatal es una de las principales causas de mortalidad, se produce por la deficiencia o ausencia de producción de surfactante, sustancia compuesta por lípidos y proteínas procedente de los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos para disminuir la tensión de estos. En Latinoamérica y el Caribe según la OPS (Organización Panamericana de Salud) cada año ocurre 180.000 muertes durante el primer mes de vida, las principales causas son: infecciones (32%), asfixia (22%) y prematurez (24%). Las complicaciones asociadas con la prematurez son síndrome de dificultad respiratoria entre otras. En Asia meridional y central se registran que el 70% de las muertes infantiles es decir 11 millones de niños mueren todos los años por causas como las infecciones respiratorias. Mientras que en África subsahariana se registran tasas mayormente elevadas.

En el Ecuador durante el año 2000-2014 la tasa de mortalidad se redujo entre las principales causas son: la dificultad respiratoria del recién nacido (6,4%) y los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer (6,2%).

Objetivo: Analizar el caso de un recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio neonatal del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala mediante la revisión de Historia clínica completa y recopilación de artículos científicos haciendo énfasis en el Proceso de Atención de Enfermería.

Método: El tipo de investigación es cualitativa por qué se puede observar las características clínicas de la unidad de análisis, los métodos utilizados son analítico: se aplica cuando se desestructura la unidad de análisis en categorías de análisis como: Datos de identificación, Anamnesis, antropometría, antecedentes prenatales, signos vitales etc. clínico se enfoca en el análisis de un individuo de forma específica, sintético: se integraron las categorías de análisis del caso, y se evidencia en la conclusión del caso.

Presentación del caso: 20/10/2017: Recién nacido de sexo femenino con Apgar al primer minuto de 7-8 al quinto minuto con Capurro de 32 Semanas de Gestación se aspira secreciones orales y nasales con pera de succión se estimula y se seca, se coloca en cuna de calor radiante. A la valoración física Recien nacido se encuentra hipo activo al manejo cabeza fontanela anterior norma tensa, pupilas reactivas, oído borde superior parcialmente incurvado, mucosas orales húmedas, reflejo de succión y deglución disminuido. Se coloca oxígeno a presión positiva durante 20 segundos por presentar signos de dificultad respiratoria, retracciones subcostales moderadas y quejido espiratorio audible a la distancia, frecuencia cardiaca de 68 latidos X¹ a consecuencia de esta medida luego presenta 90 latidos X¹ y se vuelve a colocar oxígeno con Balón Mascarilla y válvula (AMBU) presentando mejoría leve. Razón por la cual es ingresado al Área de Neonatología UCIN.

20/10/2017 (19:30) Recién nacido ingresa al área de neonatología UCIN es llevado en cuna de transporte por médico residente con oxígeno directo por cánula nasal SP02: 99% con diagnóstico inicial presuntivo de enfermedad hialina grado II + prematuridad moderada. Se lo coloca en termocuna cerrada con un peso de 1936 gramos

Conclusiones: síndrome de distrés respiratorio neonatal es consecuencia de la Prematurez, como lo mencionamos anteriormente los Recien Nacidos pretérminos presentan mayor índice de mortalidad y con ello acarrear discapacidades relacionados con el aprendizaje, así como problemas visuales, auditivos y retraso psicomotor. Diversos son los factores de riesgo que predisponen esta enfermedad en el Recien Nacido, pero entre todos estos, uno de los factores predominantes es la prematurez, pues sus pulmones a un son inmaduros y no puede cumplir a cabalidad el proceso fisiológico de la respiración, no podemos generalizar que en todos los casos suceda esto.

Palabras claves: Síndrome de Distrés respiratorio neonatal, Surfactante, Enfermedad de membrana Hialina, Proceso de Atención de Enfermería, Virginia Henderson

ABSTRACT

Title: Case Study of a Premature Newborn with Neonatal Respiratory Distress Syndrome
Process of nursing care.

Introduction: Neonatal Respiratory Distress syndrome is one of the main causes of mortality. It is caused by the deficiency or absence of production of surfactant, a substance composed of lipids and proteins from type II pneumocytes that lines the alveoli to reduce blood pressure. these. In Latin America and the Caribbean according to the PAHO (Pan American Health Organization) every year there are 180,000 deaths during the first month of life, the main causes are: infections (32%), asphyxia (22%) and prematurity (24%). Complications associated with prematurity are respiratory distress syndrome among others. In South and Central Asia, it is recorded that 70% of infant deaths, that is, 11 million children die every year from causes such as respiratory infections. While in sub-Saharan Africa there are mostly high rates.

Objective: To analyze the case of a premature newborn with neonatal respiratory distress syndrome at Teofilo Davila Hospital in the city of Machala by reviewing the complete clinical history and compiling scientific articles emphasizing the Nursing Care Process.

Method: The type of research is qualitative, because the clinical characteristics of the unit of analysis can be observed, the methods used are analytical: it is applied when the unit of analysis is broken down into categories of analysis, the clinical focus is on the analysis of a individual in a specific, synthetic way: the categories of analysis of the case were integrated, and it is evidenced in the conclusion of the case.

Case presentation: 20/10/2017: Newborn female with Apgar at the first minute from 7-8 to the fifth minute with Capurro of 32 Weeks of Gestation aspirates oral and nasal secretions with suction bulb is stimulated and dried, it is placed in radiant heat cradle. A physical assessment Newborn is active hypo head management anterior fontanelle tension, reactive pupils, partially curved upper edge hearing, wet oral mucosa, reflex of suction and decreased swallowing. Oxygen is placed under positive pressure for 20 seconds due to signs of respiratory distress, moderate subcostal retractions and audible expiratory moan at a distance, heart rate of 68 X1 beats as a result of this measurement then it has 90 X1 beats and oxygen is replaced with Mask and valve balloon (AMBU)

presenting slight improvement. Reason why he is admitted to the NICU Area of Neonatology

Conclusions: neonatal respiratory distress syndrome is a consequence of prematurity, as we mentioned earlier. Preterm newborns present a higher mortality rate and with this they bring learning-related disabilities, as well as visual and auditory problems and psychomotor retardation. There are several risk factors that predispose this disease in the Newborn, but among all of these, one of the essentials is prematurity, because his lungs are immature, and he cannot fully comply with the physiological process of breathing. we can generalize that in all cases this happens

Key Words: Neonatal Respiratory Distress Syndrome, Surfactant, Hyaline Membrane Disease, Nursing Care Process, Virginia Henderson

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	7
1 GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	7
Definición y contextualización	7
1.1. Síndrome de distrés respiratorio neonatal.....	7
1.2. Descripción breve del caso	7
1.3. Hechos de interés	8
1.4. Objetivo de la investigación	9
1.4.1. Objetivos específicos.....	9
CAPITULO II	10
2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	10
2.1 Historia natural de la enfermedad	10
2.1.1 Periodo prepatogénico.....	10
2.1.5. Período patogénico.....	11
2.1.6. El horizonte clínico	11
2.2. Descripción del enfoque epistemológico de referencia	11
2.3. Bases teóricas de la investigación	12
2.3.1. Recién nacido.....	12
2.3.1. Recién nacido prematuro o pretérmino	12
2.3.2. Clasificación de los prematuros	12
2.3.3. Fisiología pulmonar del prematuro	13
2.3.4. Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal.....	14
2.3.5. Factores de riesgo.....	14
2.3.6. Cuadro clínico.....	14
2.3.7. Diagnóstico	14
2.3.8. Tratamiento.....	15
2.1.2 Uso de corticoides	15
2.1.3 La presión positiva continua de la vía aérea	15
2.1.4 Ventilación Mecánica Asistida	15

2.1.5	Surfactante.....	16
2.1.6	Complicaciones.....	16
2.1.7.	Teoría de Virginia Henderson	17
2.1.8.	Proceso de Atención de Enfermería.....	17
2.1.9.	Cuidados de enfermería.....	18
CAPÍTULO III		19
3.	PROCESO METODOLÓGICO.....	19
3.2.	Unidad de análisis	19
3.3.	Tipo de investigación.....	19
3.4.	Tipo de estudio.....	19
3.5.	Métodos	19
3.6.	Técnicas de investigación	20
3.7.	Instrumento de investigación	20
3.8.	Categorías	20
3.9.	Aspectos éticos legales	20
3.10.	Proceso de recolección de datos de la investigación	21
3.11.	Sistemas de categorización en el análisis de los datos.....	21
CAPÍTULO IV.....		23
4.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
4.1.	Datos de identificación	23
4.2.	Antecedentes prenatales:.....	23
4.3.	Antropometría	23
4.4.	Signos vitales	23
4.5.	Motivo de ingreso.....	24
4.6.	Reportes de enfermería	24
4.7.	Valoración de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson.....	25
5.	DISCUSIÓN	28
6.	CONCLUSIONES.....	31
7.	RECOMENDACIONES	32
ANEXOS.....		36
BIBLIOGRAFÍA		39

INTRODUCCIÓN

Prematuridad es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual (1). (OMS) reporta que, en 184 países afiliados, la tasa de nacimientos prematuros va de 5 a 18%.^{5,6} De los bebés prematuros que sobreviven, muchos presentan algún tipo de complicación y discapacidades relacionadas con el aprendizaje, retraso psicomotor, así como problemas visuales y auditivos. (2)

Una de las principales patologías presentes, según el estudio de Rosalinda Pérez es la membrana hialina conocida como síndrome del distrés respiratorio neonatal, es una de las principales causas de mortalidad, se produce por la deficiencia o ausencia de producción de surfactante, sustancia compuesta por lípidos y proteínas procedente de los neumocitos tipo II que recubre los alvéolos para disminuir la tensión de estos. (3)

En Asia meridional y central se registran que el 70% de las muertes infantiles es decir 11 millones de niños mueren todos los años por causas como las infecciones respiratorias. Mientras que en África subsahariana se registran tasas mayormente elevadas. (4)

En Latinoamérica y el Caribe según la OPS (Organización Panamericana de Salud) cada año ocurre 180.000 muertes durante el primer mes de vida, las principales causas son: infecciones (32%), asfixia (22%) y prematuridad (24%). Las complicaciones asociadas con la prematuridad son síndrome de dificultad respiratoria entre otras. (5)

En el Ecuador, entre el 2000 y el 2014, la tasa de mortalidad infantil se redujo las principales causas fueron la dificultad respiratoria del recién nacido (6,4%) y los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer (6,2%). (6). En un estudio realizado en un hospital de la sierra ecuatoriana, en el año 2011 se evidencio una prevalencia del 41.2% de bajo peso al nacer y en el 2014 fue del 19.08% considerándose una importante problemática de salud. (7)

Esta enfermedad es la principal causa común de insuficiencia respiratoria en el recién nacido prematuro, y la incidencia es mayor a menor edad gestacional; se hace referencia que el síndrome de distrés respiratorio afecta alrededor del 56 % de los niños con peso

entre 501 y 1 500 gr y que la incidencia y la gravedad de la enfermedad disminuye cuanto menor es el peso, es decir, la probabilidad aumenta mientras más prematuro sea. (8)

El objetivo de este estudio es analizar un caso de un recién nacido con síndrome de distrés respiratorio neonatal en el Hospital General Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala mediante revisión de artículos científicos, y recopilación completa de datos de la historia clínica, aplicando el proceso de atención de enfermería.

CAPÍTULO I

1 GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

Definición y contextualización

1.1.Síndrome de distrés respiratorio neonatal

El síndrome de distrés respiratorio neonatal es un cuadro de dificultad respiratoria que aparece en la edad neonatal, relacionado con prematuridad e inmadurez pulmonar y causada por ausencia o déficit del surfactante, que proviene de una mezcla de proteínas y fosfolípidos derivadas de los neumocitos de tipo II, los cuales recubren la superficie interior de los alvéolos y disminuyen la tendencia natural al colapso. (9). En 1959 se demostró que la causa de síndrome de distrés respiratoria se produce por la deficiencia de un agente tensoactivo denominado surfactante; lo que motivó a la investigación y posterior preparación de este para su aplicación como terapia clínica y compensar su deficiencia en los recién nacidos con inmadurez pulmonar y mejorar la dificultad respiratoria. (10)

1.2. Descripción breve del caso

Paciente gestante de 21 años con diagnóstico de embarazo de 32 semanas de gestación más placenta previa marginal. Ingresa al área de Centro obstétrico el 20 de octubre del 2017, donde se le realizó cesárea de emergencia por presentar bradicardia fetal severa: obteniendo producto único vivo de sexo femenino, se obtiene Apgar al primer minuto de 7-8 al quinto minuto. Líquido amniótico claro de moderada cantidad, Capurro de 32 SG se aspira secreciones orales y nasales, se coloca en cuna de calor radiante se estimula y se seca.

A la valoración física recién nacido presenta frecuencia cardiaca de 68 por minuto presentando signos de dificultad respiratoria, tiraje subcostal leve-moderado con quejido audible a la distancia, se observa coloración rosada central y cianosis distal, tono disminuido, se decide colocar oxígeno por 20 segundos a presión positiva por Balón, Mascarilla y Válvula (AMBU). Ingresa al área de neonatología a sala de UCIN Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. En su segundo día de hospitalización continua en una

incubadora recibiendo oxígeno por cánula nasal a 1litro, presentando cianosis generalizada y descompensación de la saturación de oxígeno en 65%. A través de la valoración de un rayo X de tórax se evidenció presencia de neumotórax izquierdo, se realizó colocación de tubo de tórax + ventilación mecánica en modo asistido controlado con FiO2 del 100%.

1.3.Hechos de interés

Si la madre es intervenida en una operación por cesárea sin experimentar el parto, las señales químicas que le indican al pulmón, que deje de producir, líquido e inicie su eliminación, no son suficientemente fuertes, razón por la cual hay más líquido en los mismos al momento de nacer. (4)

El surfactante se encuentra en el pulmón de los mamíferos, está formado por una mezcla de lípidos y proteínas, y su deficiencia provoca la enfermedad de membrana hialina (EMH). En la madre diabética existe una disminución de la producción de fosfatidilglicerol que favorece la aparición de la enfermedad (11)

1.4. Objetivo de la investigación

Analizar el caso de un recién nacido prematuro con síndrome de distrés respiratorio neonatal del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala mediante la revisión de Historia clínica completa y recopilación de artículos científicos haciendo énfasis en el Proceso de Atención de Enfermería.

1.4.1. Objetivos específicos

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson en pacientes que presentan síndrome de distrés respiratorio neonatal.
- Fundamentar con la evidencia científica el síndrome de distrés respiratorio neonatal

CAPITULO II

2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPIDEMIOLOGÍA DEL ESTUDIO

2.1 Historia natural de la enfermedad

Se define como el comportamiento de la entidad nosológica sin ninguna intervención terapéutica desde antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas hasta la curación, secuela o muerte. Se caracteriza por un período prepatogénico y patogénico. (12)

2.1.1 Periodo prepatogénico

Esta fase se identifica porque no se presenta manifestaciones clínicas, no existe ningún cambio intracelular, pero se evidencia la interacción de la triada epidemiológica, la relación del huésped, medio ambiente y el agente causal.

2.1.2. Huésped

Es un reservorio ya sea una persona o un animal que permita la subsistencia de un microorganismo. La contribución del huésped es a través de sus hábitos, costumbres, características sociodemográficas, así como otra serie de factores intrínsecos que tienen su expresión máxima en la carga genética, y su eficiencia en los mecanismos de defensa generales y específicos. (13)

2.1.3. Agente causal

Es considerado como la entidad o microorganismo capaz de actuar en el organismo y causar daño. Los agentes pueden ser de tipo biológico, o no biológicos dentro de los cuales se encuentran agrupados los físicos y químicos.

2.1.4. Medio ambiente

Es el entorno propicio donde se da la interacción entre el huésped y agente causal. Los factores del medio ambiente determinan el estado de salud de una persona entre los cuales encontramos: físicos, químicos, socioculturales y bióticos. (14)

2.1.5. Período patogénico

Empieza con el estímulo que causan las interacciones en la estructura y el funcionamiento del organismo humano, finaliza con su recuperación, incapacidad o su muerte. Esta etapa comprende varias fases: enfermedad avanzada, patogénesis temprana, convalecencia y resultado final recuperación, incapacidad o muerte, estado crónico.

2.1.6. El horizonte clínico

Este periodo marca el momento en que la patología es clínica: en este modelo se enmarca medidas de prevención, que pueden aplicarse dependiendo de la enfermedad, así como prevención primaria, secundaria son las acciones de diagnóstico precoz, y tratamiento oportuno. Rehabilitación terciaria, hace énfasis a la rehabilitación.

2.2. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

Según Rodríguez Isabel las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina son las infecciones (32%), asfixia (29%) y prematuridad (24%); es decir, que una de cada cuatro muertes neonatales es consecuencia de la prematuridad. Las principales complicaciones asociadas con la prematuridad son: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía y sepsis. (5)

Vásquez hace referencia que en el año 2000 la OMS calculó un 38% de muertes en menores de 5 años, siendo la etapa neonatal la predominante, lo que corresponde a 4 millones de niños al año; explica que en su mayoría las muertes ocurrían en la primera semana de vida, debido a tres causas principales: prematuridad (28%), infecciones severas (26%) y por último la asfixia (23%). (15)

Como se mencionó en la introducción la UNICEF indica que un 70 % de muertes infantiles, casi 11 millones de niños, mueren todos los años se les atribuye a 6 causas principales como: las enfermedades respiratorias entre otras. Estas muertes se producen sobre todo en los países subdesarrollados, Asia central y meridional, mientras que en África subsahariana la tasa es más elevada. (4)

En un estudio realizado Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, las morbilidades que se encontraron en los recién nacidos de muy bajo peso fueron la enfermedad de membrana hialina, sepsis tardía, displasia broncopulmonar en los recién nacidos con peso menor a 1.000 gramos. (16) con una muestra de 190 recién nacidos prematuros, donde el 70,45% desarrolló enfermedad de la membrana hialina en el grupo menor a 1.000 gramos de peso, frente a un 42,27 % en el grupo de 1.000 a 1.499 gramos. (5)

En el estudio de cohorte retrospectivo realizado a neonatos prematuros tuvo como resultado, que los pretérminos < 30 semanas y < 1.250 g, con enfermedad de membrana hialina, la estrategia de dosis múltiples con surfactante exógeno de origen animal, produjo mejores resultados respecto a oxigenación y requerimientos ventilatorios, con menor riesgo de neumotórax y una tendencia hacia una menor mortalidad (17)

En el Ecuador, entre el 2000 y el 2014, la tasa de mortalidad infantil se redujo de 15,5 a 8,4 muertes por 1 000 nacidos vivos. Las principales causas fueron la dificultad respiratoria del recién nacido (6,4%) y los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer (6,2%). (6).

2.3. Bases teóricas de la investigación

2.3.1. Recién nacido

Es el Producto de un embarazo de 21 semanas de gestación o más; después de un periodo, mostrando signos de vida como: latidos cardiacos, movimientos respiratorios o movimientos definidos de músculos voluntarios. (18)

2.3.1. Recién nacido prematuro o pretérmino

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación, desde el primer día del último periodo menstrual. (1)

2.3.2. Clasificación de los prematuros

- **Según su peso:** los recién nacidos con peso de nacimiento <1500gr tienen muy bajo peso al nacer, < a 1000 g, extremo bajo peso de nacimiento. (18)

• **Según sus semanas de gestación:** De acuerdo con sus semanas de gestación se subdividen en: menores de 28 semanas extremadamente prematuros, 28-31 semanas muy prematuros, y de 32-36 semanas moderadamente prematuros; dentro de los moderadamente prematuros, están los denominados, prematuros tardíos 34-36 semanas de gestación. (1)

López por su parte los clasifica en, prematuro muy extremo a los nacidos antes de las 28 semanas, prematuro extremo de 28 a 32 semanas, prematuro moderado de 32 a 34 semanas y prematuro tardío de 34 a 36 semanas. Existen factores de riesgo que favorecen a que el recién nacido prematuro se enferme, entre ellos se destacan la edad gestacional, ya que a menor edad más grave el pronóstico, un peso bajo según la edad gestacional, una baja calificación de Apgar y enfermedades asociadas. (2)

2.3.3. Fisiología pulmonar del prematuro

Los pulmones del recién nacido prematuro, a diferencia de un niño o adulto, poseen 50 millones de alveolos, su vasculatura pulmonar es inmadura y presentan una doble capa de capilares. Aproximadamente a los tres años, la malla capilar es única, y alcanzan una población de 800 millones de alveolos. El grado de daño pulmonar, dependerá de la edad del niño. (19) Entre las 24- 26 SG se inicia la fase alveolar en las 16 Semanas de Gestación el pulmón fetal produce surfactante.

En esta fase, las células alveolares secretan fosfolípidos, el surfactante; el cual contribuye en un adecuado funcionamiento del pulmón fetal al momento del parto. Si la cantidad del surfactante no es suficiente, los pulmones fetales se colapsarán y el feto recibirá una oxigenación inadecuada. (20) La inmadurez del pulmón del prematuro también es morfológica y funcional, ya que los pulmones están desarrollados de forma inmadura aún, por tal razón es incapaz de mantener un intercambio gaseoso apropiado.

En la etapa intrauterina los capilares pulmonares extienden los alveolos llenándolos de un líquido trasudado, los pulmones fetales sufren un fenómeno mecánico que permite la sustitución del líquido pulmonar por aire, pero este proceso necesita de presiones transpulmonares para insuflar el pulmón; de esta forma requiere de viscosidad del líquido pulmonar, resistencia de los tejidos y tensión superficial. Con el llanto el tórax se expande, los bronquios aspiran aire que llenan a los alveolos y se produce el surfactante. (4)

2.3.4. Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal

El síndrome de distrés respiratorio (SDR) es una condición pulmonar que produce insuficiencia respiratoria, que es ocasionada por una deficiencia en el surfactante alveolar, asociado con una inmadurez de la estructura pulmonar; en la mayoría de los casos se presenta en recién nacidos (RN) prematuros menores de 34 semanas de gestación (21)

2.3.5. Factores de riesgo

El síndrome de distrés respiratorio neonatal es asociada a varios factores de riesgo, para Yaqueline, se encuentran los RN con menor edad gestacional, los nacidos por cesárea sin trabajo de parto, antecedentes en hijos anteriores, hemorragia materna previa al parto, asfixia perinatal, hijo de madre diabética, eritroblastosis fetal, sexo masculino y el segundo gemelar; además destacan la preeclampsia, eclampsia, la enfermedad materna durante el primero y segundo trimestres del embarazo y un valor de Apgar menor de 7 al minuto de vida.

2.3.6. Cuadro clínico

Se valora en las 12 horas de vida, si la respiración torácica y abdominal es sincrónicas, el RN está sano; al contrario, si presenta falta de expansión abdominal, ya es un signo de alarma, la sintomatología es la siguiente: Taquipnea, Aleteo nasal, Cianosis Tiraje intercostal. se debe tomar en cuenta la sepsis o inestabilidad térmica como un signo de hipoxemia y falla respiratoria. (22)

2.3.7. Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de distrés respiratorio neonatal en el RN, es principalmente clínica; los signos y síntomas que se destacan son: la taquipnea, el aumento del esfuerzo con retracciones intercostales y sobre todo el quejido; se realiza una radiografía de tórax donde se puede evidenciar desde una discreta opacidad hasta un aspecto retículo nodular uniforme, con imagen de vidrio esmerilado, broncograma aéreo, disminución del volumen pulmonar; y en el laboratorio signos de falla respiratoria diagnosticada con gases arteriales alterados. Además, una oximetría de pulso que demostrará la saturación de oxígeno cercano a lo normal a partir de los diez minutos de nacido, por lo que no es un dato para el

diagnóstico temprano y tampoco es fiable para la toma de decisiones. Se recomienda no retrasar el inicio del tratamiento en espera de confirmar el diagnóstico radiográfico y/o gasométrico. (23)

2.3.8. Tratamiento

En 1972 se implementó la administración de corticosteroides prenatales, y a partir de 1990 se desarrollaron nuevos tratamientos que mejoran las condiciones de los recién nacidos como: los nuevos ventiladores, las nuevas técnicas de ventilación y el tratamiento con surfactante. (24)

2.1.2 Uso de corticoides

Se actúa antenatalmente con la aplicación de corticoides, en todas las gestantes con riesgo de parto prematuro; Se han manejado 2 tipos de corticoides en el tratamiento, dexametasona y betametasona, su actividad biológica y eficacia es igual con cualquiera de los 2 corticoides ya que sus moléculas atraviesan fácilmente la placenta y tienen una mínima actividad mineralocorticoide e inmunosupresora. (25) Se administrará betametasona en mujeres con riesgo de parto prematuro, porque disminuye el riesgo de SDR y leucomalacia periventricular. La dosis única de corticoesteroides consiste: Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 h por 2 dosis, Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 h por 4 dosis (21)

2.1.3 La presión positiva continua de la vía aérea

Conocido como CPAP, radica en un modo de ventilación no invasiva, que se aplica en la vía aérea a una presión positiva del paciente, este método no involucra la vía aérea directamente y evita la intubación endotraqueal con respectivas complicaciones. La CPAP mantiene la vía aérea abierta, aumenta la capacidad funcional respiratoria y disminuye el colapso alveolar a través de elementos de conexión entre el niño y el sistema o ventilador, situados en la superficie facial, en la nariz o faringe. (26)

2.1.4 Ventilación Mecánica Asistida

La ventilación mecánica es un procedimiento de soporte vital invasivo con numerosos efectos sobre el sistema cardiopulmonar. Su objetivo es optimizar tanto el intercambio de gases, como el estado clínico con FiO₂ y presiones del ventilador mínimas. (27) La profilaxis del colapso alveolar progresivo y la apnea constituyen las situaciones en las

cuales suele utilizarse la ventilación, la misma que es una terapia muy empleada en la sala de UCIN.

En aquellos RN pretérmino que presentan una demanda de oxígeno elevada con una capacidad de reserva pulmonar y energética disminuida, es de suma importancia el inicio temprano de la ventilación mecánica, ya que contribuye a evitar la insuficiencia respiratoria. La ventilación asistida proporciona a los neonatos una ayuda respiratoria hasta que puedan mantener una ventilación espontánea o bien mejorar el proceso patológico existente, sin provocar lesiones o ambas cosas. (15)

2.1.5 Surfactante

Es sintetizado por los monocitos tipo II, almacenado en los cuerpos lamelares y secretado en los alveolos, su principal función es disminuir la tensión superficial alveolar y evitar las atelectasias, la deficiente síntesis o su inadecuada liberación producen atelectasias e hipoxia. La producción de surfactante es estimulada por drogas betaadrenérgicas, corticoides, estradiol, factor neumocócico fibroblástico, factor de crecimiento epidérmico, y su efectividad se ve disminuida por andrógenos y insulina. (11)

El surfactante se caracteriza por reducir la tensión superficial y físicamente estabilizar la superficie respiratoria, además de actuar como defensa pulmonar, previniendo el paso de patógenos a través de la superficie alveolar; consecuentemente, su inactivación, deficiencia o ausencia, ocasionará graves enfermedades pulmonares. (10)

2.1.6 Complicaciones

- **Atelectasia**

Es un estado de colapso y falta de aire en todo el pulmón o en una zona de este, asociada a la pérdida del volumen residual, capacidad vital, residual funcional y pulmonar total; usualmente representa una manifestación secundaria y no una enfermedad aislada, puede declararse de tres formas diferentes: compresión del parénquima pulmonar por procesos intra y extratorácicos, aumento de la tensión superficial del alveolo o los bronquiolos y la obstrucción de las vías aéreas, mecanismo este muy asociado al cúmulo de secreciones espesas que impiden el intercambio gaseoso con éxito. (28)

La atelectasia en sí es el efecto de una enfermedad subyacente, es decir su complicación; en los recién nacidos se presenta por un desarrollo pulmonar no adecuado, vías aéreas

más pequeñas y fácilmente colapsables por presentar un menor calibre, su caja torácica es más débil, etc., que son manifestaciones propias de la enfermedad subyacente; así como también la presencia de cánula endotraqueal, la posición del paciente debido a secreciones que puedan provocar obstrucción de las vías aéreas y escasa movilización del niño. (29)

- **Hipoxia**

La hipoxia tal cual es una baja o privación de oxígeno en el cuerpo humano independientemente de la causa que lo provoque, asfixia, apnea, anemia entre otras; en la etapa perinatal se puede presentar la hipoxemia, mecanismo patógeno que priva de oxígeno al cerebro, es decir que disminuye la concentración de oxígeno en la sangre y por ende hay un menor aporte de oxígeno a las células, limitando la producción de energía por debajo de los niveles requeridos por las mismas (30).

2.1.7. Teoría de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson se basa en satisfacer las necesidades del individuo dentro del paradigma se encuentra la persona. (31), es individuo que necesita la asistencia para alcanzar la salud; entorno relaciona familia, comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; salud capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades de Maslow (32)

2.1.8. Proceso de Atención de Enfermería

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano. (33) El PAE es un trabajo diario en práctica clínica, se basa, en las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales del profesional (34).

2.1.9. Cuidados de enfermería

La prematuridad del recién nacido trae consigo varias complicaciones entre ellas está el síndrome de dificultad respiratoria patología que afecta el patrón respiratorio del recién nacido, de manera que las intervenciones de enfermería irán encaminadas a mejorar la ventilación del neonato y conservar la permeabilidad de las vías aéreas, es decir, aplicación de oxigenoterapia, monitoreo continuo de la respiración y saturación de oxígeno, etc.; además, mantener una temperatura corporal dentro de los parámetros normales, proporcionar alimentación adecuada según los requerimientos y tolerancia del neonato, igualmente proporcionar cuidados de higiene y confort, a más de brindar orientación e información a sus progenitores sobre la atención, tratamiento, y cuidados prestados al recién nacido.

CAPÍTULO III

3. PROCESO METODOLÓGICO

Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1. Área de estudio

El caso se desarrolló en el Hospital General Teófilo Dávila (HGTD) de La ciudad de Machala es una unidad operativa de segundo nivel de atención. Los servicios que presta esta unidad son, Medicina General, Oftalmología, Psiquiatría, Pediatría, Ginecología, Neumología, Cirugía general, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Neurología, Nefrología, Neonatología, Neurocirugía, entre otras.

3.2. Unidad de análisis

Recién nacido de sexo femenino con diagnóstico de Recién Nacido Pretérmino Adecuado a la edad Gestacional (32SG), Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal y Neumotórax izquierdo.

3.3. Tipo de investigación

La presente investigación es cualitativa porque en ella se puede observar las características clínicas de la unidad de análisis.

3.4. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo descriptivo de tipo estudio de caso, se basa en la enunciación de las características de un caso.

3.5. Métodos

- **Método analítico:** se aplica cuando se desestructura la unidad de análisis en categorías de análisis.
- **Método clínico:** se enfoca en el análisis de un individuo de forma específica.
- **Método sintético:** se integraron las categorías de análisis del caso, y se evidencia en la conclusión del caso.

3.6. Técnicas de investigación

Revisión documental de un estudio de caso descrito en categorías de análisis.

3.7. Instrumento de investigación

Los instrumentos que contribuyen a la investigación son: guías de observación de datos del paciente basados a categorías específicas.

3.8. Categorías

Datos de identificación, Anamnesis, antropometrías antecedentes prenatales, signos vitales, examen físico y diagnóstico, diagnóstico de ingreso, exámenes complementarios, plan de tratamiento, evolución- reportes de enfermería.

3.9. Aspectos éticos legales

- **Principio de no maleficencia:** significa que el profesional de salud por ninguna razón debe causar daño al paciente de forma directa o indirecta. Este principio se aplica en esta investigación de forma indirecta a que no se trabajó con mala intención en todas las categorías del análisis.
- **Principio de confidencialidad:** hace referencia a que se resguardara todos los datos del paciente.
- **Principio de autonomía:** es el derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, se evidencia en el consentimiento. Aunque no se lo aplica en esta investigación.
- **Principio de beneficencia:** el presente análisis de caso clínico beneficia al personal de atención de enfermería, desde la Atención Primaria, hasta unidades de mayor complejidad.

3.10. Proceso de recolección de datos de la investigación

La metodología aplicada para la recolección de información en este estudio es mediante la revisión de la historia clínica, para lo cual se procederá de la siguiente manera

- Solicitud de autorización de acceso a la historia clínica
- Búsqueda de la historia clínica
- Revisión de datos
- Vaciamiento de datos en el instrumento de investigación

3.11. Sistemas de categorización en el análisis de los datos.

- **Datos de identificación:** Apellidos, sexo, fecha de nacimiento, nacionalidad, historia clínica, tipo de parto.
- **Anamnesis:** Es el primer paso de la historia clínica, permite recopilar información sobre estado de salud del paciente.
- **Antropometría:** Permite medir las proporciones del cuerpo humano, como peso y talla.
- **Antecedentes prenatales:** Son datos que ocurren desde la concepción hasta el nacimiento del producto, en este estudio se presentaron 3 ecografías en el último se identifica placenta previa marginal, 5 controles prenatales, recibe 1 dosis de betametasona.
- **Signos vitales:** son mediciones que reflejan el estado de salud del paciente, por lo general son tomadas por el personal de enfermería. En este caso el paciente presentó frecuencia respiratoria de 68 por minuto.
- **Examen físico y diagnóstico:** Es la valoración que se le realiza al paciente de forma cefalocaudal, utilizando técnicas como auscultación, percusión, palpación, inspección.
- **Diagnóstico de ingreso:** Es el proceso patológico que, tras estudios pertinentes, con asociación de signos y síntomas se considera la principal causa o motivo de ingreso.

- **Exámenes complementarios:** Engloba todos los exámenes pertinentes que necesita el médico para corroborar o descartar alguna enfermedad en este caso los exámenes realizados fueron: rayos X de tórax, hemograma, etc.
- **Plan de tratamiento:** Son medidas necesarias, para la recuperación del estado de salud del paciente, basándose en las normas y protocolos establecidos en la unidad de salud.
- **Evolución - Reportes de enfermería:** Es un informe claro sobre la condición clínica del paciente durante su estadía hospitalaria.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Descripción y argumentación teórica de resultados

4.1. Datos de identificación

Apellidos: RN Mendoza Aguirre

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 20 de octubre del 2017

Nacionalidad: Ecuatoriana

Historia clínica: 459982

Tipo de parto: Cesárea

4.2. Antecedentes prenatales:

- Aborto 1
- Gestaciones 2
- Según revisión de historia clínica la paciente se realizó 5 controles prenatales, como apoyo de 3 ecos en la cual, la última con un reporte de placenta previa marginal y recibió una dosis de betametasona.

4.3. Antropometría

- Peso: 1910 gr.
- Talla: 41 cm.
- Perímetro cefálico: 31.5 cm
- Perímetro abdominal: 28 cm

4.4. Signos vitales

- Temperatura: 36. °C
- Frecuencia respiratoria: 68 x¹
- Frecuencia cardíaca: 152 x1
- Saturación de oxígeno: 96%

4.5.Motivo de ingreso

20/10/2017 (18:30): Paciente de sexo femenino de 21 años de edad con diagnóstico de embarazo de 32 semanas de gestación + placenta previa marginal. Ingresa al área de centro obstétrico para realizar cesárea de emergencia por presentar bradicardia fetal severa: se obtiene producto único vivo de sexo femenino, con Apgar al primer minuto 7 – 8 al quinto minuto, Capurro de 32 S.G; líquido amniótico claro de moderada cantidad, se aspira secreciones nasales y orales con pera de succión, se coloca en cuna de calor radiante, se estimula y se seca. A la valoración física Recien nacido se encuentra hipo activo al manejo: cabeza fontanela anterior norma tensa, pupilas reactivas, oído borde superior parcialmente incurvado, mucosas orales húmedas, reflejo de succión y deglución disminuido.

Se coloca oxígeno a presión positiva durante 20 segundos por presentar signos de dificultad respiratoria, retracciones subcostales moderadas y quejido espiratorio audible a la distancia, frecuencia cardiaca de 68 latidos X¹ a consecuencia de esta medida luego presenta 90 latidos X¹ y se vuelve a colocar oxígeno con Balón Mascarilla y válvula (AMBU) presentando mejoría leve; coloración rosada central, cianosis distal, se coloca oxígeno a 2litros por minuto, motivo por el cual es ingresado al área de Unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN)

4.6.Reportes de enfermería

20/10/2017 (19:30) Recién nacido ingresa al área de neonatología UCIN es llevado en cuna de transporte por médico residente con oxígeno directo por cánula nasal SP02: 99% con diagnóstico inicial presuntivo de enfermedad hialina grado II + prematuridad moderada. Se lo coloca en termocuna cerrada con un peso de 1936 gramos, continua con oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto se canaliza vía venosa periférica, se coloca sonda orogástrica eliminando 2cc de secreción mucoide clara, trae consigo tarjeta y manilla de identificación, se toma placa de Rayos X de tórax y se realiza consentimiento informado.

Hallazgos

22/10/2017 Recién nacido con diagnóstico definitivo de síndrome de distrés respiratorio neonatal + (RNPAEG) recién nacido pretérmino adecuado a la edad gestacional, permanece en condiciones inestables en NPO, incubadora cerrada con SpO₂: 80% la misma que desciende hasta el 71%, tras valoración médica y radiografía de tórax se evidenció un Neumotórax Izquierdo, motivo por el cual se procede a realizar el proceso de intubación endotraqueal + Toracotomía, se coloca AMBU a presión positiva, mejorando saturación de oxígeno. Se colocó tubo de tórax izquierdo, más tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico en modo asistido controlado con FIO₂:45% y saturación del 89%, bajo monitorización continua.

24/10/2017 Tras valoración de RX de tórax se observa reabsorción de neumotórax izquierdo, con buena entrada de aire a campo pulmonar izquierdo, motivo por el cual se procede a retirar tubo de tórax izquierdo, se indica cultivo y antibiograma de secreción de tubo de tórax.

25/10/2017 Recien nacido con entubación endotraqueal + ventilación mecánica modo SIMV con FiO₂ de 30% saturando entre 98-100% y recibe terapias respiratorias, se procede a extubar manteniendo una saturación de oxígeno de 90-92%, recibe oxígeno por cánula nasal a 1 litro por minuto, permanece en condiciones clínicamente estables.

30/10/2017 Recien nacido permanece en condiciones estables activo reactivo al manejo, con peso de 1635 gr, bajo tratamiento de fototerapia, pasa a sala de cuidados Intermedios en incubadora cerrada, en nido de pañal, con leve tiraje intercostal y retracción xifoidea, alimentándose de leche humana, buena tolerancia con perímetro abdominal de 26 cm ombligo en proceso de cicatrización, extremidades inferiores móviles y simétricas con tono y fuerza muscular conservada.

4.7. Valoración de enfermería según el Modelo de Virginia Henderson.

1. Necesidad de respirar adecuadamente: Esta necesidad se encuentra alterado pues el recién nacido presentó signos de dificultad respiratoria, retracciones

subcostales moderadas y quejido espiratorio audible a la distancia, presenta periodos de Apnea.

2. Necesidad de beber y comer: Alterado; el recién nacido estuvo en NPO cuando se realizó el procedimiento de intubación endotraqueal y posterior a este.

3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales: A través del tubo de tórax elimino secreciones blanquecinas mucoides, y de la sonda orogástrica residuo de leche humana.

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas: Alterado el recién nacido no tiene libertad para adoptar ciertas posiciones por el procedimiento de intubación endotraqueal conectado a ventilador mecánico más monitorización continua.

5. Necesidad de dormir y descansar: Experimenta periodos cortos de sueño, por el tratamiento médico.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: No se encuentra alterado pues el recién nacido no puede cumplir esta necesidad fisiológica por sí solo, si no con ayuda del personal de salud.

7. Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales: Presenta coloración rosada central y cianosis distal, temperatura de 36,5 °C razón por la cual se proporciona abrigo adecuado y cuna de calor radiante.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: No se encuentra alterada, pues el personal de enfermería se encarga de las medidas de higiene y confort.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales: Paciente tiene riesgo de caídas, el personal de enfermería de turno al pendiente.

10. Necesidad de comunicarse con los demás manifestando sus necesidades, emociones, temores u opiniones: No se encuentra alterado ya que el neonato, no puede comunicarse verbalmente, pero si a través de estímulos como el llanto. Y durante su estadía se encontró al inicio hipoactivo, pero con el paso del tiempo estaba activo – reactivo al manejo.

11. **Necesidad de vivir según sus propios valores y creencias:** No se encuentra alterado.
12. **Necesidad de ocuparse en algo de tal manera que su labor tenga un sentido de realización persona:** No se encuentra alterado.
13. **Participar en actividades recreativa:** No se encuentra alterado.
14. **Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles:** No se encuentra alterado

5. DISCUSIÓN

El Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal es el cuadro clínico caracterizado, por dificultad respiratoria progresiva en el RNP secundaria a deficiencia de factor tensoactivo pulmonar ausencia de una malformación congénita (ejemplo; hipoplasia pulmonar, hernia diafragmática), que en su curso natural puede iniciar tan pronto como al nacer o pocas horas después del mismo y evolucionará en gravedad en los 2 primeros días de vida extrauterino. (35) En el presente estudio fue realizado en el Hospital Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala, acerca de un caso de un recién nacido que presenta signos de dificultad respiratoria, los cuales fueron; retracciones subcostales, moderada, quejido espiratorio audible y cianosis distal. Según Castro López los síntomas característicos de esta patología son: retracción y quejido se consideran pilares diagnósticos, aunque algunos de ellos se encuentran temporalmente en los Recién Nacidos normales.

En el presente en caso clínico, el recién nacido tiene un peso de 1910 gr por lo que no se lo clasifica con bajo peso al nacer, y con 32 semanas de Gestación. Para Pérez Rosalinda la mayoría de las enfermedades graves y muerte se reportan en los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas de gestación y un peso <1,500 g. En una unidad de tercer nivel se reporta una Tasa de Mortalidad Neonatal para menores de 750 g de 597 por 1,000 nacidos vivos y para menores de 1,000 g de 457. (3) otro autor coincide que la supervivencia de los pretérminos en un 80 % con un peso inferior a 1 000 g y hasta de un 96 % en los de peso inferior a 1 500 gr. (36)

El uso de corticoides antenatales en pacientes con riesgo de parto prematuro ha demostrado que disminuye la morbilidad respiratoria en recién nacidos menores de 34 semanas de gestación, independiente de la vía de parto. (37). La Dexametasona y betametasona son dos glucocorticoides utilizados para la duración a la inducción maduración pulmonar fetal, ambos comparten los mismos mecanismos de acción y los efectos farmacológicos. (38) el glucocorticoide a elección es la Betametasona, se aplicó en el paciente según revisión de historia clínica, porque se ha demostrado que son pocos los efectos adversos en comparación con la dexametasona, pero aún no está claramente comprobado si existen mayores beneficios.

Según Pérez Yaqueline los factores que aumentan el riesgo para desarrollar el síndrome de Distrés Respiratorio, se encuentran los RN con menor edad gestacional, los nacidos por cesárea sin trabajo de parto, hemorragia materna previa al parto, asfixia perinatal, hijo de madre diabéticas. (8) Según López por su parte indica que diversos estudios demuestran que la cesárea es el principal factor de riesgo en la actividad respiratoria del RN, Se comparó la prevalencia del SDR en neonatos nacidos por parto vaginal y por cesárea electiva, se llegó a la conclusión que los RN a término nacidos por cesárea, presentan mayor riesgo que los nacidos por parto normal (4); en nuestro estudio de caso coincide ya que se realizó cesárea de emergencia porque recién nacido presentó bradicardia fetal severa.

Para Asunción Claudia En la madre diabética existe una disminución de la producción de fosfatidilglicerol que favorece la aparición de la enfermedad (11) los niveles altos de insulina fetal responsables de la macrosomía y el nivel bajo de la glucosa en sangre neonatal, afecta la madurez pulmonar, particularmente, el efecto de los niveles anormalmente de insulina produce la destrucción de la síntesis de fosfatidilglicerol, la mayor estructura del surfactante preciso para la expansión pulmonar (39). Según los antecedentes presentados en el análisis de caso la madre no presentaba diabetes mellitus, razón por la cual este factor de riesgo no predispuso al neonato de padecer síndrome de distrés respiratorio neonatal.

La ventilación mecánica se considera un tratamiento de soporte invasivo, con múltiples efectos cardiopulmonares donde se sustituye parcial o totalmente el trabajo respiratorio del paciente cuyo objetivo es ventilar con la menor cantidad de presión y oxígeno necesarios para lograr el adecuado intercambio gaseoso y la homeostasis, y de esta manera permitir la recuperación de la enfermedad, así como evitar dañar más el pulmón. (40) en nuestro estudio, coincidimos que el tratamiento fue el correcto ya que el paciente estuvo bajo ventilación mecánica durante varios días, y no se produjo lesiones en el pulmón.

Otra opción dentro del tratamiento del síndrome de distrés respiratorio neonatal es el uso del surfactante que es una sustancia tensoactiva sintetizada por los monocitos tipo II, sirve para disminuir la tensión la tensión superficial alveolar (11). Según Mendoza Luis, La administración de surfactante en prematuros con esta patología establecida, reduce la mortalidad, disminuye los síndromes de escape aéreo, como neumotórax y enfisema

pulmonar intersticial, y disminuye el riesgo de enfermedad pulmonar crónica a los 28 días de edad. (41) En la presente investigación no, se evidencio que el tratamiento con surfactante fuese necesario, pues no se administró según dosis indicada.

6. CONCLUSIONES

Al concluir la revisión Exhaustiva del estudio de caso he de mencionar que el síndrome de distrés respiratorio neonatal es consecuencia de la Prematurez, como lo mencionamos anteriormente los Recien Nacidos pretérminos presentan mayor índice de mortalidad y con ello acarrear discapacidades relacionados con el aprendizaje, así como problemas visuales, auditivos y retraso psicomotor. Diversos son los factores de riesgo que predisponen esta enfermedad en el Recien Nacido, pero entre todos estos, uno de los indispensables es la prematurez, pues sus pulmones a un son inmaduros y no puede cumplir a cabalidad el proceso fisiológico de la respiración, no podemos generalizar que en todos los casos suceda esto.

El síndrome de distrés respiratorio neonatal sin duda es problema de gran impacto a nivel mundial, por lo tanto, se deben de tomar las medidas necesarias, para disminuir las muertes neonatales iniciando desde la Atención Primaria, instruyendo a la madre sobre los factores de riesgo que predisponen esta condición hasta el manejo de la atención hospitalaria. El proceso atención de Enfermería se basa en el Modelo de Virginia Henderson en sus 14 necesidades abarcando al neonato prematuro de forma holística. La atención brindada por el Rol de enfermería toma gran importancia, pues su cuidado es indispensable en este caso, mediante sus acciones evita que haya mayores complicaciones.

7. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de salud enfocándonos principalmente en el personal de enfermería, deben brindar información, clara y oportuna a las madres acerca de los factores de riesgo que predisponen al producto de padecer síndrome de distrés respiratorio neonatal.
- El parto por cesárea debe ser única y exclusiva para pacientes que presenten características como desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, entre otras. No se puede realizar cesárea por otros intereses en común, ya que aumenta la morbilidad y mortalidad en los neonatos provocando enfermedades como síndrome de Distrés respiratorio Neonatal, que posterior a esto causa discapacidades visuales, auditivas y retraso psicomotor.
- La ventilación mecánica asistida debe ser controlada periódicamente, ya que puede causar lesiones en el pulmón del Recien nacido produciendo discapacidades, además se debe tener en cuenta que la saturación de oxígeno debe estar en valores normales.
- El recién nacido debe permanecer normo térmico en el área de hospitalización, de preferencia, la cuna de calor radiante es efectiva para controlar la temperatura más el abrigo adecuado y si es necesario se debe utilizar lampara de calor.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un método sistematizado que nos permite la resolución de problemas de salud, para cubrir necesidades del paciente. (42)

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>00030 deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolocapilar ev/p aleteo nasal.</p>	<p>402. Estado respiratorio: intercambio gaseoso</p>	<p>3140 manejo de las vías áreas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. • Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación. • Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea. <p>3320 oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las secreciones bucales, nasales. • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas. • Administrar oxígeno suplementario. <p>3350 Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones 	<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No Comprometido <p>Indicador</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Facilidad de la respiración. 2. Ausencia de disnea en reposo. 3. Ausencia de disnea de esfuerzo 4. Ausencia de cianosis. 5. Ausencia de inquietud.

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>00006 hipotermia r/c exposición al frío ev/p temperatura de 36°C</p>	<p>0080 termorregulación</p>	<p>3900 regulación de la temperatura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicado • Observar el color y la temperatura de la piel. • Colocar al neonato en cuna de calor radiante. • Proporcionar abrigo adecuado. <p>6680 monitorización de los signos vitales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar periódicamente, el color la temperatura y humedad de la piel. 	<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometida. <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura cutánea en el rango establecido. 2. Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad. 3. ausencia de cambios en la coloración cutánea. 4. Ausencia de irritabilidad.


DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>00103 deterioro de la deglución r/c trastorno respiratorio ev/p vómitos.</p>	<p>913. Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales</p>	<p>1860 terapia de deglución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar peso corporal periódicamente. • Proporcionar, consistencia de los alimentos líquido. • Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada <p>3200 precauciones para evitar la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la colocación de sonda orogástrica antes de la alimentación. • Comprobar los residuos de la sonda orogástrica. • Evitar la alimentación si los residuos son abundantes. 	<p>Escala</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente 2. Sustancialmente 3. Moderadamente 4. Levemente 5. No comprometido. <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vista 2. Reflejos oculares 3. Deglución 4. Reflejo nauseoso. 5. Movimiento lingual.

ANEXOS

Fig1. Necesidades afectadas según la Taxonomía Nanda.

Necesidad afectada	Dominio	Clase	Información recopilada	Diagnósticos de enfermería
respirar adecuadamente	4 actividad y reposo	Clase 4 respuesta cardiovascular /pulmonar.	Aleteo nasal, quejido, retracciones subcostales, taquipnea	00030 deterioro del intercambio de gases r/c cambios en la membrana alveolocapilar ev/p aleteo nasal.
beber y comer	0002 Nutrición	001 ingestión	Presencia de vómitos, reflujo, restos alimenticios.	00103 deterioro de la deglución r/c trastorno respiratorio ev/p vómitos.
mantener la temperatura dentro de los límites normales:	0011 Seguridad y protección	6 Termorregulación	Temperatura de 36 °C Cianosis distal	00006 hipotermia r/c exposición al frío ev/p temperatura de 36°C
Dormir y descansar	0004 actividad/reposo	0001 Reposo / sueño	Presenta periodos cortos de sueño e irritabilidad.	00095 deterioro del patrón de sueño r/c cambios frecuentes del horario sueño/vigilia. Ev/p Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad.

Fig2. Solicitud de autorización para la investigación de análisis de caso.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 

Coordinación Zonal 7 - Salud
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2018-0007-O
Machala, 10 de diciembre de 2018

Asunto: UTMACH - Lcda. Sandra Falconi - Solicita permiso para acceder a información de paciente para realizar analisis del caso a Guayllasaca Lliguin Rosa Alexandra y Cajamarca Belduma Estefania

Licenciada en Enfermeria
Sandra Veronica Falconi Pelaez
UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HTD-AUS-2018-2128-E, suscrito por la Lcda. Sandra Falconí, coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, quien solicita permiso para que las Srtas. Guayllasaca Lliguin Rosa Alexandra y Cajamarca Belduma Estefanía, desarrolle analisis de caso.

En este sentido comunico que la presente investigación es de tipo descriptiva retrospectiva, no involucra el manejo de muestras biológicas, tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas por lo cual consideramos factible se realice en nuestra institución.

Por lo tanto solicitamos muy comedidamente se brinde todas las facilidades a la investigadora para que pueda acceder a las historias clínicas y recopile la información necesaria para su investigación.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

En respuesta al Documento No. UTMACH-UACQS-CCEF-2018-0799-OF

UTMACH - Lcda. Sandra Falconi - Solicita permiso para acceder a información de paciente para realizar analisis del caso a Guayllasaca Lliguin Rosa Alexandra y Cajamarca Belduma Estefania

Con sentimientos de distinguida consideración.



Coordinación Zonal 7 - Salud
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación

Oficio Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2018-0007-O

Machala, 10 de diciembre de 2018


Dr. Rodrigo Moises Carrion Castillo
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Referencias:
- MSP-CZ7-HTD-AUS-2018-2128-E

Anexos:
- realizar analisis del caso a guayllasaca lliguin rosa alexandra y cajamarca belduma estefania.pdf

BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Luis CD, MLAM, PC. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2016. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012.
2. López-García B, Antonio NÁ, Gómez NBD. Medigraphic. [Online].; 2018. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2018/sm181d.pdf>.
3. Pérez Rosalinda LC, RA. Boletín médico del Hospital Infantil de México Scielo. [Online].; 2013. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005.
4. MsC. Castro Frank LCYLGG, BY. Revista Cubana de Enfermería Scielo. [Online].; 2007. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000300005.
5. Rodríguez Susana RRHR. Ginecología y Obstetricia de México. [Online].; 2013. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139b.pdf>.
6. Salud OPd. OPS. [Online].; 2017. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>.
7. Cantos JMM, Vinuesa M. Consideraciones sobre el impacto de la morbilidad y mortalidad neonatal y pediátrica en la salud pública ecuatoriana. [Online].; 2018. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322296059_Consideraciones_sobre_el_impacto_de_la_morbilidad_y_mortalidad_neonatal_y_pediatria_en_la_salud_publica_ecuatoriana.

8. Pérez Yaquelín DY, AO. Medicentro electronica. [Online].; 2017. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v21n3/mdc09317.pdf>.
9. Blasco Navarro MCCMCDY&NTM. MEDISAN. [Online].; 2018. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700578.
10. Franceschia K, Pereira JC. Surfactante Pulmonar. Estado del arte y aspectos fundamentales. [Online].; 2016. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/707/70748810012.pdf>.
11. López Claudia MDADRMVDC. Revista Cubana de Pediatría Scielo. [Online].; 2015. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300005.
12. Villarreal Enrique EVMLEGLCBI. Revista Panamericana de salud Publica. [Online].; 2014. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8343/a02v35n3.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.
13. Perez MPS, Benitez CA. Revista Gastrohup. [Online].; 2017. Available from: <http://revistas.univalle.edu.co/index.php/gastrohup/article/download/1316/1425/>.
14. Arouca S. Revista Cubana de Salud Pública Scielo. [Online].; 2018. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400220.
15. Vázquez EER, Llove MCMCE, Aguilar EIB, Montoya ERF, Márquez LDAR. Multimed. Revista Médica. Granma. [Online].; 2016. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul162m.pdf>.
16. Fernández Carmen MJ, GHZLMG. Scielo. [Online].; 2017. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000200002.

17. Mendoza Luis OMOMAM,RYADAD. Revista Chilena de Pediatría. [Online].; 2013. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000600004.
18. Mesquita M LJ,GL,BN,BJAE,CdNdISPdP. Pediatría (Asunción) Scielo. [Online].; 2010 [cited 2019 enero 16. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032010000200009.
19. Rodríguez Moya VSDCELGLdRACBLLHCJ&RTF. Revista Cubana de Pediatría. [Online].; 2016. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000400012.
20. Guibovich Alberto MA. Horizonte Medico. [Online].; 2015. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000100005.
21. Morales-Barqueta RRGARFOVCAFCVS. PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA Elsevier. [Online].; 2016. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-pdf-S0187533716000078>.
22. Santamaría Muñoz R. Salud en Tabasco. [Online].; 2002. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48708306.pdf>.
23. Ministerio de Salud Pública dE. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP. [Online].; 2016. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>.
24. Saboute M, Kashaki M, Bordbar A, Khalessi N, Farahani Z. Scientific Research Publishing. [Online].; 2015. Available from: https://file.scirp.org/pdf/OJPed_2015102915262940.pdf.

25. Nakasone AO. Manejo neonatal del prematuro: avances en el Perú. [Online].; 2018. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322018000300015&script=sci_arttext.
26. Méndez MCADHY, MMODPY,LRHHMIA. Revista Cubana de Pediatría. [Online].; 2015. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000100008.
27. Porta Lourdes Pupo MS,AR,MR,KS,SC. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Scielo. [Online].; 2017. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100005.
28. Moya DRVQOCDOC,DDE. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Online].; 2015. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000400009.
29. Castilla CMdCC, Roque LBV, Durán JP, Reyes DT, Romboa CAT. Medigraphic. [Online].; 2014. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im146g.pdf>.
30. Compadre JLF, Cruz F, Orozco G, Vélez A. Revista Chilena de Neuropsicología. [Online].; 2013. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179328394005.pdf>.
31. Hernández YN, Larrinaga MR, Pacheco JAC. Revista Cubana de Enfermería. [Online].; 2016. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021.
32. Galvis López MA. Revista CUIDARTE. [Online].; 2015. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359540742012.pdf>.

33. F. Jara-Sanabria ALP. Enfermería Universitaria Scielo. [Online].; 2016. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208#aff2.
34. Aguilar RD, Morán RA, Uría RMA, González AC, Dueñas MM, Saavedra MO. Enfermería Universitaria. [Online].; 2015. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000202>.
35. Dr. Angulo Eusebio DGE. federación Nacional de Neonatología de México. [Online].; 2016 [cited 2019 enero 16. Available from: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf.
36. Dra. Espinosa Tania DLA, DCFDE. Revista Cubana de Endocrinología Scielo. [Online].; 2013. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000100003.
37. Petour Felipe PJ. Revista Biomédica Revisada Por Pares MEDWAVE. [Online].; 2015. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/6280.act>.
38. Bianchi Ana BFKCMMFvCEMF. Archivos de Pediatría del Uruguay Scielo. [Online].; 2018. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000300179.
39. Contreras Eduardo ALSV. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. [Online].; 2008. Available from: <https://www.redalyc.org/html/1952/195214324006/>.
40. Capote Mercedes FGCM, dITC. REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh153e.pdf>.
41. Mendoza Luis Tascón MOGÁORAGIMTGG. Scielo Revista Médica. [Online].; 2016. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192016000300013.

42. Gómez Inmaculada GEFLdPDyBRP. El Proceso Enfermero como herramienta de cuidados. Su aplicación en un equipo de Enfermería de Farmacia Hospitalaria. [Online].; 2016. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200011.