



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TRABAJO ACADÉMICO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL NEONATO  
CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL  
HOSPITAL III BASE PUNO – ESSALUD 2019**

**PRESENTADA POR:**

**MAXIMILIANA PACCO MOROCCO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN**

**ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA**

**PUNO-PERÚ**

**2023**



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL NEONATO CON SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL HOSPITAL</b>	<b>MAXIMILIANA PACCO MOROCCO</b>

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
<b>10607 Words</b>	<b>60719 Characters</b>

RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
<b>53 Pages</b>	<b>370.3KB</b>

FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
<b>Sep 22, 2023 11:29 PM GMT-5</b>	<b>Sep 22, 2023 11:30 PM GMT-5</b>

● **12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)

  
**Dra. Julia Belizario Cutiérron**  
Facultad de Enfermería - UNA  
**DOCENTE**

  
  
**Mtra. Mabel M. Calsín Apaza**  
**ENFERMERA**  
(CER. 81350)

Resumen



## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios por guiarme en mi camino y por permitirme concluir con mi objetivo. A mi madre, hoy que no estas, sigues siendo mi pilar para continuar adelante, a mi hija por ser mi motivo y motor.

*Maximiliana*



# ÍNDICE GENERAL

## DEDICATORIA

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....7

ABSTRACT.....8

## CAPÍTULO I

### PRESENTACIÓN DE CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE CASO CLINICO.....10

1.2. JUSTIFICACIÓN .....11

1.3. OBJETIVOS .....11

1.3.1. Objetivo general .....11

1.3.2. Objetivo específico .....12

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN TEÓRICA

2.1. SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL .....13

2.1.1. Fisiopatología .....13

2.1.2. Factores De Riesgo .....14

2.1.3. Cuadro Clínico.....15

2.1.4. Diagnóstico.....15

2.1.5. Tratamiento .....16

2.2. COMPLICACIONES DE SÍNDROME ASPIRACIÓN MECONIAL .....17

2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....17

2.3.1. Cuidados generales del síndrome de aspiración meconial.....17

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS .....23

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS .....23

3.2.1. A nivel internacional .....23

3.2.2. A nivel nacional.....24

3.2.3. A nivel regional o local.....25



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

<b>4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3. PLANIFICACIÓN: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>30</b>
4.3.1. Diagnóstico de enfermería.....	30
4.3.2. Diagnóstico de enfermería.....	34
4.3.3. Diagnóstico de enfermería.....	36
4.3.4. Diagnóstico de enfermería.....	39
4.3.5. Diagnóstico de enfermería.....	42
<b>V. CONCLUSIONES .....</b>	<b>45</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>46</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

**Área:** Ciencias médicas y de salud: Medicina Clínica y Ciencias de la Salud

**Tema:** Síndrome de aspiración meconial

**FECHA DE SUSTENTACIÓN:** 13 de enero de 2023



## **TÍTULO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL NEONATO CON  
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL EN EL HOSPITAL III BASEPUNO  
– ESSALUD 2019**



## RESUMEN

El síndrome de aspiración meconial, constituye una de las complicaciones respiratorias más graves que afectan al recién nacido. Es una entidad compleja y multifactorial; en ella intervienen factores como la obstrucción mecánica por la presencia de meconio en la vía aérea, la disfunción e inactivación del surfactante, la inflamación pulmonar o neumonitis química, la apoptosis pulmonar y la hipertensión pulmonar persistente. Estos factores dificultan la adaptación a la vida extrauterina y ocasionan un cuadro de inestabilidad cardio-respiratoria grave que pone en riesgo la vida del recién nacido. La incidencia actual de síndrome de aspiración meconial ha modificado las recomendaciones sobre el cuidado al nacimiento, y su amplio cuadro clínico requiere de personal de enfermería capacitado en la patología y en la atención especializada. En la monografía, se describen las intervenciones de enfermería prioritarias en la unidad de cuidados intensivos neonatales con el objetivo de disminuir la morbimortalidad asociada y mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos, según las recomendaciones actuales con la evidencia científica disponible, el punto de partida para los mismos. La presente monografía muestra el caso clínico donde se observa, la valoración de enfermería, diagnóstico, planificación y resultados esperados, a través del proceso de atención de enfermería, en la atención al neonato con síndrome aspiración meconial en el Hospital III Base Puno – Essalud 2019.

**Palabras Clave:** Cuidados de enfermería, Síndrome aspiración meconial.



## ABSTRACT

Meconium aspiration syndrome is one of the most serious respiratory complications affecting the newborn. It is a complex and multifactorial entity; factors such as mechanical obstruction due to the presence of meconium in the airway, dysfunction and inactivation of surfactant, pulmonary inflammation or chemical pneumonitis, pulmonary apoptosis and persistent pulmonary hypertension are involved. These factors make it difficult to adapt to extrauterine life and cause severe cardio-respiratory instability that puts the life of the newborn at risk. The current incidence of meconium aspiration syndrome has modified the recommendations on care at birth, and its extensive clinical picture requires nursing staff trained in pathology and specialized care. The monograph describes the priority nursing interventions in the neonatal intensive care unit with the aim of reducing associated morbidity and mortality and improving the quality of care offered, according to current recommendations with the available scientific evidence, the starting point for the same. This monograph shows the clinical case where the nursing assessment, diagnosis, planning and expected results are observed, through the nursing care process, in the care of the newborn with meconium aspiration syndrome at Hospital III Base Puno - Essalud 2019.

**Key words:** Nursing care, Meconium aspiration syndrome.





# CAPÍTULO I

## PRESENTACIÓN DE CASO

### CASO CLINICO: NOTA INGRESO

Recién nacido a término, 41 semanas de gestación, parto distócico, de sexo masculino, traído de sala de operaciones, con líquido amniótico verde espeso, APGAR 1-0, 5-3, 10-5, no circular de cuello, madre ingreso por emergencia, en trabajo de parto, membranas integras.

Requirió maniobras de reanimación básica y avanzada (INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL)

El recién nacido presenta bajo tono muscular, no tiene esfuerzo respiratorio, comienza con distrés respiratorio y aleteo nasal, mantiene saturaciones de 90-92% con O<sub>2</sub> en incubadora con Fio<sub>2</sub>: 0.28%.

Se decide el ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

Al examen físico: hipoactivo, no reactivo, no cabalgamientos, no tumoraciones, fontanelas normatensas FA 2x2cm, FP 1x1 cm, cabellos normoinsertos, piel impregnada de meconio con descamación en tórax, abdomen, manos y pies, pabellones auriculares bien implantadas, ojos simétricos y móviles, fosas nasales permeables, paladar integro, cuello corto central, no tumoraciones, tórax asimétrico, móvil, tiraje SC (+), IC (+) marcado, RC hipo fonéticos, soplos no audibles, murmullo vesicular pasa bien en ACP, con rocos y crépitos difusos, RHA (+), B/D, hígado palpable a 1 cm CU 2A/1V, con clamp con meconio, genitales de sexo masculino testículos en bolsa escrotal, no edemas, ano permeable, reflejos arcaicos abolidos.

### IMPRESIÓN DIAGNOSTICO

- Recién nacido post termino de 41.2 ss por Capurro
- RN afectado por cesárea por sufrimiento Fetal Agudo
- Síndrome de aspiración meconial
- Encefalopatía Hipoxia isquémica severa
- Insuficiencia respiratoria severa
- Sepsis neonatal temprana probable



## INDICACIONES

- Pasa a UCI
- Ventilación Mecánica SIMV PEEP, FIO: 100% FR: 60 I:E: 1:2.5
- Dextrosa 10% Vol. Total 219 cc/24 hrs. (9cc/hora)
- Ampicilina 360 mg C/12 hrs EV
- Gentamicina 14.6 mg C/24 hrs EV
- Vitamina K 1 mg IM STAT
- Monitoreo y cuidados en UCI

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE CASO CLINICO

El síndrome de aspiración meconial (SAM) constituye una de las complicaciones respiratorias más graves que afecta a los recién nacidos como en prematuros, a término, post termino, donde se produce como consecuencia del ingreso de meconio a la vía aérea, esto se da durante el episodio de asfixia perinatal, lo que ocasiona un cuadro de dificultad respiratoria en el neonato y por ende el aumento del riesgo de morbilidad neonatal. (1)

En el Perú el síndrome de aspiración meconial representa una incidencia de un 2% de los recién nacidos con antecedente de líquido amniótico meconial. Según la Dirección General de Epidemiología el fallecimiento por SAM es el 2% de muertes perinatales, en casos graves la mortalidad puede llegar de 4 a 40%.

El registro estadístico de la morbilidad por síndrome de aspiración meconial, se realiza como parte de las enfermedades agudas de las vías respiratorias y alcanzan al 32% de la morbilidad general en el neonato. (2)

Considerando la alta mortalidad, los neonatos con síndrome de aspiración neonatal (SAM) requiere de cuidados especiales, donde la intervención del profesional de enfermería es de vital importancia, el proceso de atención de enfermería (PAE) es un instrumento de trabajo que permite atender las necesidades especiales del neonato, generando el bienestar y la realización de las actividades cotidianas relacionadas con el cuidado de la salud. La metodología del PAE está ligada estrechamente a la gestión del cuidado, proporcionando una herramienta valiosa para alcanzar la eficacia, eficiencia y efectividad de la prestación de un cuidado humano. Un beneficio importante en la aplicación del proceso de atención de enfermería es su direccionalidad hacia sus



respuestas humanas ante los problemas de salud. (3)

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El proceso de atención de enfermería (PAE) es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de la enfermería. A la vez es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requieren unas capacidades cognoscitivas, técnicas interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente familia. Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso de atención de enfermería, el cual es de carácter científico y humano, el cual impacta en resolver problemas de salud que afecten al ser humano en su contexto, familia y comunidad.

Por otro lado, permitirá a la enfermera especialista como guía de actuación para brindar los cuidados integrales especializados, haciendo uso de conocimientos y prácticas actualizados de acuerdo a la normativa y los estándares establecidos vigentes; también contribuirá el proceso de atención de enfermería en garantizar una atención de calidad al usuario así como aplicar el cuidado humanizado, asumiendo una actitud ética frente al uso responsable de la tecnología, respetando la dignidad y derechos de los pacientes neonatales.

Es así que, los planes de cuidado formulados representarán una herramienta gerencial para la planificación, cuidados de intervención en el manejo de la enfermedad con el fin de disminuir los posibles riesgos de infección y mejorar los índices de morbi-mortalidad de nuestra región.

El propósito de la ejecución del caso clínico fue de proporcionar el adecuado cuidado de enfermería a través del plan de cuidados, donde se garantiza la calidad de cuidado, aplicando la taxonomía NANDA, NIC y NOC, que garanticen la evolución favorable del neonato, reduciendo las complicaciones, así como la mortalidad y/o complicación.

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Brindar cuidado de enfermería a través del proceso de atención de enfermería en la atención al neonato con síndrome aspiración meconial en el Hospital III Base Puno – Essalud 2019.



### 1.3.2. Objetivo específico

- Valorar las necesidades y/o problemas de salud del recién nacido con síndrome de aspiración meconial mediante la valoración utilizando los 13 dominios.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o a disminuir los problemas de salud detectados.
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas en el recién nacido con aspiración meconial.
- Evaluar los resultados del proceso de atención de enfermería aplicado en el recién nacido con aspiración meconial



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN TEÓRICA

#### 2.1. SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL

Es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. La aspiración puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. El síndrome de aspiración meconial ocurre en 19% de los recién nacidos que durante el parto presentan líquido amniótico teñido de meconio. (4)

##### 2.1.1. Fisiopatología

Existen múltiples factores que se han asociado con la presencia de líquido amniótico meconial en la etapa prenatal. Estos abarcan los siguientes: insuficiencia placentaria, hipertensión materna, preeclampsia, oligoamnios, madre fumadora. En la mayoría de los casos, el líquido amniótico meconial se desplaza en la tráquea del feto en cada movimiento respiratorio y se expulsa al nacer. Sin embargo, la aspiración puede ocurrir durante un episodio de asfixia fetal. El estrés hipóxico fetal estimula la actividad colónica y la relajación del esfínter anal lo que ocasiona la eliminación del tapón meconial. Este cuadro de asfixia estimula a su vez los movimientos de gasping o boqueadas fetales que resultan en la aspiración del líquido amniótico meconial intraútero o intraparto (5).

La fisiopatología del síndrome amniótico meconial (SAM) es compleja y multifactorial. En ella intervienen factores como:

- La obstrucción mecánica:
- La disfunción e inactivación del surfactante
- La inflamación pulmonar o neumonitis química
- La apoptosis pulmonar
- La hipertensión pulmonar

Lo que dificulta la adaptación a la vida extrauterina y produce un cuadro de inestabilidad cardio-respiratoria grave que pone en riesgo la vida del RN. En primer lugar, el meconio se impacta en las vías aéreas terminales y produce una obstrucción parcial o total. Al presentarse la obstrucción parcial, el meconio ejerce un mecanismo



valvular, en donde se logra la inspiración a nivel alveolar pero no la salida de los gases. De esta manera provoca atrapamiento aéreo e hiperinsuflación de los campos pulmonares, mecanismo que dificulta la hematosis y puede resultar en un neumotórax, un neumomediastino y/o enfisema pulmonar intersticial. Si la obstrucción de la vía aérea es completa, la presencia del meconio produce atelectasias. En segundo lugar, el meconio interfiere con la acción del surfactante, ya que, dependiendo de la cantidad de meconio aspirado, puede inactivarlo, afectar los neumocitos tipo II debido a su toxicidad o disminuir los niveles de proteínas de surfactante tipo A y B, y provocar un cuadro de dificultad respiratoria grave. Por otro lado, el meconio es una fuente de citocinas proinflamatorias que resultan perjudiciales para el pulmón. Además, es un quimiotáctico para los neutrófilos y puede producir digestión del tejido pulmonar e inducción a la apoptosis. Por último, se sabe que un 15-20 % de los recién nacidos con síndrome de aspiración meconial (SAM) presentan hipertensión pulmonar (HTPP) con cortocircuito extrapulmonar de derecha a izquierda a nivel del ductus arterioso o del foramen oval. El cortocircuito o shunt es consecuencia de la vasoconstricción pulmonar secundaria a la hipoxia y/o de la inflamación e hipertrofia de los capilares por hipoxia intrauterina crónica; se dificulta la adaptación a la circulación neonatal y prevalece la circulación fetal al nacimiento con una elevada resistencia vascular pulmonar (5).

La presentación de este cuadro requiere tratamiento y cuidados especializados. Cabe destacar también que entre un 10 y un 40 % de los recién nacidos que presentan HTPP sufren de ruptura alveolar lo que agudiza el cuadro clínico. (5).

### 2.1.2. Factores De Riesgo

**Factores maternos:** Gestación postérmino, gestación múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión crónica, anemia, hemorragia en el segundo o tercer trimestre, infección materna, enfermedad materna cardiaca, renal, pulmonar, tiroidea o neurológica, polihidramnios, oligohidramnios, la preeclampsia- eclampsia, diabetes gestacional, abuso materno de sustancias (tabaquismo, alcohol, droga), malformaciones fetales, actividad fetal disminuida, número deficiente control prenatal, edad menor 19 a mayor de 35 años, ruptura prematura de membranas, hipotensión, abrupción placentaria (complicación grave pero poco frecuente y es debida al desprendimiento de la placenta) y la insuficiencia placentaria crónica (6).

**Factores neonatales:** Cesárea de emergencia, parto asistido con fórceps,



presentación podálica u otros presentaciones anormales, parto prematuro, parto precipitado, corioamnionitis, ruptura prolongada membranas (>18 horas antes del parto), parto prolongado (>24 hrs. en primigestas o 12 hrs. en multíparas) segundo periodo del parto prolongado (> 2 horas), bradicardia fetal, actividad cardíaca fetal alterada, uso de anestesia general, tetania uterina, administración de narcóticos a la madre dentro de las 4 horas antes del parto, líquido amniótico teñido de meconio, prolapso del cordón, placenta previa (6).

### 2.1.3. Cuadro Clínico

Los recién nacidos con SALAM son a menudo post maduros, pequeños para la edad gestacional y mucho nacen con depresión respiratoria.

Los pacientes afectados tienen distress respiratorio

- Taquipnea: FR>60 respiraciones por minuto.
- Retracción intercostal y subxifoidea.
- Cianosis.
- Respiración abdominal acompañada de quejido y aleteo nasal.
- El tórax típicamente toma una forma de tonel con aumento del diámetro anteroposterior causado por la hiperinsuflación. La auscultación pulmonar revela crepitaciones y roncus. (7)

### 2.1.4. Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome amniótico meconial (SAM) se realiza en primer lugar mediante la evaluación del RN con dificultad respiratoria, tras descartar otros factores que pueden ocasionarla. A su vez, la detección de líquido amniótico meconial intraparto, la tinción meconial de la piel y uñas del RN y un aumento del diámetro anteroposterior del tórax acercan a la causa de la dificultad respiratoria. (8).

Además de la evaluación de los signos clínicos del paciente, se analiza el hemograma, hemocultivo, bioquímica sanguínea, gasometría y radiografía de tórax. Los hallazgos habituales en la radiografía de tórax son la sobre expansión pulmonar con amplios infiltrados (8).

**A. Clínico.** - Debe sospecharse ante un distrés respiratorio de comienzo precoz en



un neonato con hipoxia intraparto que precisó reanimación laboriosa, observándose meconio en tráquea e impregnación meconial de piel y cordón umbilical. La dificultad respiratoria se evalúa con la prueba de Silverman – Anderson, al minuto y a los 5 minutos. La puntuación de 3 o menos se considera dificultad respiratoria leve y la mayor de 3 necesita ser hospitalizado.

**B. Estudios de laboratorio.** - Es característico que los niveles de gases en sangre arterial revelen hipoxemia. La hiperventilación puede producir alcalosis respiratoria en los casos leves; pero los lactantes con enfermedad grave suelen manifestar acidosis respiratoria con retención de dióxido de carbono, debido a obstrucción de la vía aérea y neumonitis. Si el paciente ha sufrido una asfixia perinatal grave se observará acidosis respiratoria y metabólica combinada.

**C. Estudios radiológicos.** - La radiografía de tórax típica muestra hiperinsuflación de los campos pulmonares y diafragmas aplanados. Hay infiltrados focales irregulares y gruesos con líquido pulmonar aumentado alternando con zonas hiper aireadas. Puede haber neumotórax o neumomediastino en el 10-40% de los casos. La gravedad de los hallazgos radiológicos no siempre puede correlacionarse con la enfermedad clínica. (9)

### 2.1.5. Tratamiento

El tratamiento del recién nacido con síndrome de aspiración meconial (SAM) abarca medidas generales que incluyen la termo-neutralidad, la manipulación y la estimulación sensorial mínima, con el objetivo principal de mantener la oxigenación y la tensión arterial (TA) en valores óptimos. La administración de oxígeno es el pilar del tratamiento en estos pacientes. Un 10 % de los RN con síndrome de aspiración meconial (SAM) precisa ventilación a presión positiva (VPP) en la vía aérea con bolsa máscara, mientras que un tercio de estos RN requiere intubación y ventilación mecánica (10).

El soporte ventilatorio adecuado en los RN con síndrome de aspiración meconial (SAM) es fundamental para su evolución. La administración de surfactante puede disminuir la gravedad del SAM y está indicado en RN que presenten insuficiencia respiratoria grave y afectación importante del parénquima pulmonar, con requerimientos de una fracción inspirada de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) mayor a 0,5. Debido a que el diagnóstico diferido de todo RN con dificultad respiratoria incluye neumonía, se administra tratamiento antibiótico hasta excluir esta posibilidad. Se requiere la monitorización





permanente a fin de vigilar en forma continua su estabilidad y la respuesta al tratamiento. Es necesario el control de la entrega de oxígeno a los tejidos mediante la saturación de oxígeno ( $SpO_2$ ) permanente, el control de la presión arterial de oxígeno ( $PaO_2$ ) y la presión arterial de dióxido de carbono ( $PaCO_2$ ). Se recomienda canalizar la arteria umbilical para la medición de la TA y para las extracciones de sangre. Además, es imprescindible corregir oportunamente la acidosis, la hipoglucemia u otras alteraciones metabólicas del paciente. Es importante evaluar si requiere uso de analgesia y sedación para favorecer su estabilidad hemodinámica. (10)

## **2.2. COMPLICACIONES DE SÍNDROME ASPIRACIÓN MECONIAL**

- Síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- Sepsis neonatal

## **2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

El gran impacto que posee esta patología como es el Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal y las complicaciones que esta conlleva, ubicándose en primer lugar dentro de las causas de morbilidad mortalidad además haciendo énfasis en que si se presentan estas complicaciones la mortalidad en el neonato puede ser prevenible de tal manera que todo el equipo de salud en especial el equipo de personal de enfermería deberá de estar correctamente capacitado y especializado para brindar cuidados específicos a este tipo de pacientes y de esta manera mejorar notablemente los costos que causarían estas complicaciones tanto para el estado como para los procreadores de estos seres y así se mejoraría la situación económica y de salud de esta población. (11)

Los cuidados que se brindan mediante un Proceso de Atención de Enfermería, está orientada a la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia científica, mediante el cual se evidenciara las necesidades específicas y así mismo las intervenciones específicas, y de esta manera favoreceremos a la efectividad seguridad y calidad de la atención del equipo de salud contribuyendo al bienestar del paciente (11)

### **2.3.1. Cuidados generales del síndrome de aspiración meconial**



Cuando se constata líquido amniótico meconial, se debe proceder a la monitorización fetal para el seguimiento del feto y evaluar la vía de nacimiento. Al producirse el nacimiento se requiere actuar de manera inmediata; es necesario observar el tono muscular, el esfuerzo respiratorio y evaluar la frecuencia cardíaca. En la sala de recepción, proporcionar calor al RN para mantener su temperatura en rango normal, secarlo con compresas tibias luego de remover las húmedas, posicionar la cabeza del RN hacia el operador, en decúbito dorsal y en posición de olfateo (ligera extensión del cuello) (12).

No hay evidencia que recomiende aspirar de rutina la vía aérea del RN con LAM; de ser necesario utilizar una pera de goma o catéter de aspiración 12 o 14 Fr, con una presión negativa inferior a 100 mmHg. Cuando se precise despejar también las narinas, se recomienda aspirar primero la boca y luego la nariz, para evitar la aspiración de secreciones al pulmón si el RN presenta un reflejo de inhalación luego del estímulo nasal (12).

Si el RN no inicia su respiración, se debe estimular frotando suavemente la espalda o la planta del pie. Para evaluar la frecuencia cardíaca se recomienda controlar mediante la palpación el pulso umbilical; esta es una técnica rápida y eficaz. Si el neonato se encuentra apnéico, con respiraciones inefectivas o bradicárdico, se realizará VPP, con monitoreo continuo por saturometría de pulso y los cuidados pertinentes durante la administración de oxigenoterapia. El manejo del oxígeno durante la reanimación es de suma importancia, dado que según la evidencia existente se entiende que el uso desmedido del mismo, tanto en cantidades superiores como inferiores, puede provocar daños irreversibles en distintos órganos. Administrar oxígeno en las concentraciones adecuadas reduce el estrés oxidativo. A su vez se recomienda determinar la StO<sub>2</sub> preductal (muñeca derecha) para obtener un valor de saturación rápida y real del neonato (12).

Por lo cual se requiere dentro del equipo de salud un miembro capacitado en reanimación cardiopulmonar avanzada, incluida la intubación endotraqueal, cabe destacar que sólo del 8 al 20 % de los RN con SAM nacen deprimidos y no vigorosos, bradicárdicos, con esfuerzo respiratorio inadecuado e hipotónicos. La American Heart Association (AHA) recomienda actualmente utilizar presión positiva en la vía aérea en los neonatos con SAM que nacen no vigorosos, en lugar de la intubación rutinaria para la aspiración endotraqueal (12).

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS**



## INTENSIVOS NEONATALES

El traslado desde la sala de partos a la UCIN, debe ser lo antes posible una vez que el RN se encuentre estable. Enfermería deberá planificar e implementar el traslado en óptimas condiciones a la terapia intensiva neonatal. El mismo debe contar con una fuente de calor constante, monitorización multiparamétrica continua o en su defecto un saturómetro en posición preductal, y mezclas de gases, oxígeno y aire comprimido de traslado para mantener la forma de administración y su concentración. A su vez, la servocuna o incubadora de traslado, deberá contar con todos los elementos necesarios para actuar ante una emergencia (13).

- **Monitorización y estudios complementarios.** - Para realizar una adecuada monitorización de los signos vitales del RN durante el inicio de la ventilación con presión positiva y hasta la estabilización respiratoria del mismo, incluye TAI invasiva por catéter arterial umbilical o periférico, saturación posductal para evaluar sus diferencias y monitorización trascutánea de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) a fin de disminuir las extracciones para gasometrías. Recordar colocar en todos los parámetros monitorizados las alarmas pertinentes, su volumen sonoro y considerar dentro de la monitorización la importancia de una servocuna, así como los datos registrados sobre la ventilación mecánica para evaluar la capacidad pulmonar y la evolución de la patología. Se harán estudios complementarios en el neonato tanto en el momento de la recepción como en las horas posteriores. En sala de partos, se evaluarán sus primeras respuestas ante los estímulos, para determinar la necesidad de comenzar con la administración de oxigenoterapia a través de VPP. Si es necesario por detección de hipoxemia neonatal, se toma una muestra de sangre del cordón umbilical para obtener los valores de gases en sangre luego determinará la conducta a seguir en la UCIN. Una vez que el paciente se encuentre estabilizado, se solicitará una repetición de esta muestra para laboratorio, junto con una radiografía de tórax. Esto permite evaluar los campos pulmonares, los espacios ventilados y la posición de los distintos catéteres si fueron colocados. Si el paciente no presenta hipertensión, pero continúa con un cuadro de dificultad respiratoria grave, se descartaría a través de este último estudio la presencia de una cardiopatía congénita. Enfermería se ocupa en este momento, principalmente de la monitorización para evaluar la tolerancia del neonato a los procedimientos y exámenes
- **Estabilidad cardio-respiratoria.** - Alcanzar la estabilidad cardio-respiratoria es el



mayor desafío para sus cuidadores. Como primera medida fundamental en unRN con SAM, se realizará la evaluación respiratoria y se administrará, de ser necesario, mezcla de gases, oxígeno y aire comprimido, con el objetivo de sostener niveles de oxigenación sistémica aceptable, con una saturación periférica entre el 89 y el 94 %, a menos que presente cardiopatía congénita. A través de la evaluación clínica del RN, el profesional de enfermería puede detectar signos de mejora o empeoramiento de su salud y actuar en consecuencia. En primer lugar, la taquipnea es un signo de dificultad respiratoria que se observa en el RN con SAM caracterizado por aumento de la frecuencia respiratoria por encima de 60 respiraciones por minuto, en un intento de compensar la acidosis respiratoria y metabólica. Este signo se acompaña generalmente de aleteo nasal, en donde busca disminuir la resistencia ventilatoria para favorecer la inspiración. Por otro lado, la retracción intercostal o subcostal que pueda observarse se debe a que la caja torácica del recién nacido es inestable, las costillas son cartilaginosas y se encuentran en posición horizontal, por lo cual utiliza músculos accesorios para mejorar su ventilación. Ante el intento de prevenir el colapso alveolar, cierra parcialmente la glotis, lo que genera un quejido audible durante la espiración forzada. Por otro lado, estos recién nacidos suelen presentar cianosis en piel y mucosas debido a la falta de oxígeno transportada a los tejidos. La elección del dispositivo para la administración de oxígeno dependerá de la clínica del RN y la gravedad de la dificultad respiratoria. El oxímetro de pulso o saturómetro permitirá monitorear de manera continua el porcentaje de hemoglobina saturada con oxígeno de manera periférica y, de esta forma, administrar la  $FiO_2$  requerida (12).

- **Administración de surfactante.** - El surfactante es un compuesto fosfolípido con propiedades tensoactivas que favorecen la apertura de los alveolos. El cuerpo humano lo produce de forma endógena en el pulmón, pero también puede ser administrado de forma exógena para evitar el colapso alveolar y mantener la capacidad pulmonar residual. La administración para pacientes con evidencia de SAM, demuestra mejorías directas en la clínica. El mismo estaría indicado en casos con insuficiencia respiratoria grave que requiere ventilación mecánica, con



FiO<sub>2</sub> mayor a 0,50 y/o afección del parénquima pulmonar. De ser utilizado, sería conveniente hacerlo dentro de las 2 primeras horas de vida, y repetir las dosis necesarias; la recomendación sugiere entre 1 y 3 dosis, con intervalos de 6 a 12 horas. La dosis habitual es de entre 70 y 200 mg/kg. Se administra a través del tubo endotraqueal en alícuotas. Uno de los principales cuidados de enfermería en la administración será el seguimiento clínico estrecho, la monitorización, y no aspirar al paciente durante las 6 primeras horas posteriores. Como se podrían evidenciar rápidas mejorías del paciente, se debe evaluar la ventilación mecánica(12).

- **La prevención de la hipoglucemia.** - Es otro de los cuidados principales que debemos tener en la recepción del RN, durante el traslado a la UCIN y en la estabilización. Se realiza un control de glucemia. La hipoglucemia sostenida puede producir daño a nivel cerebral, por lo cual debe ser evaluada a intervalos pautados en las primeras 24 horas, con el fin de mantenerla por encima de 50 mg/dl. Según la estabilidad respiratoria y hemodinámica del paciente se evalúa el comienzo de la nutrición parenteral por medio del catéter venoso umbilical o con la colocación programada de un catéter central de inserción periférica. El comienzo de la alimentación enteral será precoz y el calostro será la primera elección, ya que este tiene múltiples beneficios para el RN (12).
- **Lavado de manos y cuidados infectológicos.** - El lavado de manos del personal de salud y de los familiares del RN es una estrategia clave para disminuir las infecciones. Es considerado el método más sencillo, económico y eficaz, que contribuye a reducir el porcentaje de infecciones en los neonatos con la consecuente disminución de la morbimortalidad. El RN con SAM presenta numerosos dispositivos invasivos que aumentan el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Tener en cuenta estas consideraciones disminuye la morbimortalidad, la estancia hospitalaria y los consecuentes gastos relacionados a la internación (12).
- **Cuidado centrado en el paciente y la familia.** - Todos los cuidados de enfermería que se brindan al paciente con SAM deben estar centrados en la familia y orientados a aumentar la participación de los padres para fomentar el vínculo con su hijo. La hospitalización de un hijo genera ansiedad, miedos, desorganización y trastornos en la familia. En un primer momento de mayor gravedad, se acompañará a la familia con ayuda para comprender los informes y



disipar las dudas (15).



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

- Revista electrónica de Portales.com
- Repositorio Universidad Guayaquil
- Repositorio Universidad Nacional de San Agustín
- Repositorio Universidad Norbert Wiener
- Revista CIMEL
- Revista MEDISAN
- Repositorio Señor de SIPÁN
- Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista
- Revista EBESCO
- Revista Avances de Enfermería.
- Repositorio UNA Puno
- Repositorio UANCV

#### 3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

##### 3.2.1. A nivel internacional

Rojas M, Rubio M. en el año 2018 –España, en su trabajo cuidados de enfermería en el síndrome de aspiración meconial (SAM), donde presentó que el recién nacidos a término o post término, entre las 40 y 42 semanas de edad gestacional, obtuvieron los siguientes resultados: Se consideró que el síndrome de aspiración meconial (SAM) es una de las complicaciones más graves en los neonatos. Gracias al manejo obstétrico de los profesionales de la salud esta patología ha disminuido, pero los casos que existentes necesitan un cuidado riguroso para garantizar la recuperación del recién nacido y reducir o eliminar posibles secuelas (16).

Ruales A. en Ecuador año 2016, en su investigación de cuidados de enfermería en recién nacidos a término con síndrome de aspiración meconial-propuesta de capacitación. Fue un estudio con enfoque cualitativa, analizando la incidencia de la patología en los recién nacidos hospitalizados mediante la revisión de historias clínicas y verificando el nivel desconocimiento que posee el personal de enfermería sobre los



cuidados de recién nacidos afectados. Los resultados obtenidos muestran en el caso de la incidencia del SAM datos muy similares a los encontrados en la literatura tanto en factores como en complicaciones asociadas, así como un deficiente nivel de conocimiento del personal de enfermería, motivo fundamental, la falta de capacitación recibida en la Institución de Salud. Siendo el aporte del presente estudio la elaboración de un plan educativo dirigido al personal de enfermería que influya en su capacitación para cuidar a un neonato con síndrome de aspiración meconial (17).

### 3.2.2. A nivel nacional

Carbajal S, Fernández A, Muñoz M. en el año 2020, estudiaron el síndrome de aspiración meconial, actuación urgente en sala de partos, suponiendo que el SAM constituye una alta morbimortalidad neonatal, la mortalidad asociada al síndrome de aspiración de meconio varía entre el 4 y el 40%. Las medidas de actuación en estos casos vendrán determinadas por el estado de vigor del recién nacido. En los casos en los que el recién nacido esté vigoroso procederemos a los cuidados rutinarios de rutina, sin embargo, en aquellos casos en los que exista dificultad respiratoria, apnea, hipotonía o frecuencia cardíaca inferior a 100 latidos/minuto, se requiere de inmediata intubación endotraqueal y aspiración de meconio del tracto respiratorio (18).

Ascencio S. en el año 2019 en el trabajo académico sobre cuidados de enfermería en el distrés respiratorio del recién nacido, servicio de neonatología Hospital de Apoyo Puquio, después de aplicar el PAE, se llegó a la siguiente conclusión: En el Síndrome de distrés respiratorio agudo, es una condición clínica que engloba diversos factores pulmonares. La ventilación mecánica supone una elevación de la presión alveolar y transpulmonar, supone también una sobrecarga importante en la función ventricular que puede fracasar dando lugar al cuadro clínico. El cuadro clínico se evidencia principalmente por la dilatación de los ventrículos mediante movimientos que alteran la función sistólica de ambos ventrículos. Es importante tener en cuenta la monitorización de la ventilación mecánica pulmonar a la hora de plantear las estrategias ventilatorias para no producir sobre distensión de pulmón (19).

Estrada P. en Pimentel año 2018, en su investigación factores perinatales y patológicos relacionados con el síndrome de aspiración de líquido meconial del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque, mediante un estudio de tipo no experimental – transversal exploratorio, en una muestra de 50 madres de neonatos y





50 personales de salud entre licenciadas en enfermería, obstetras, médicos e internos del servicio de neonatología, del mismo nosocomio. Se aplicó una encuesta de 10 ítems. La conclusión principal refiere que los factores perinatales, han presentado que las madres no se cuidan adecuadamente durante su periodo de gestación aumentando el riesgo de SALAM; mientras que el factor patológico, muestra que, durante la gestación, las patologías de la madre tienen relación con el SALAM (20).

Mendoza M.L. en Lima año 2017 realizó un estudio sobre los factores de riesgo asociados al síndrome de aspiración meconial en el recién nacido, mediante la revisión sistemática observacional y retrospectivo de artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Jover para identificar su grado de evidencia.

Los resultados muestran que, en el Perú se encontraron 2 artículos (20%) y el resto en los países Argentina, Venezuela, México, Corea del Sur y Turquía respectivamente. Entre revisiones de casos y control encontramos a los países de Perú y Cuba, con un 20%. Del total de artículos analizados el 80% afirma que existen factores de riesgo asociados al síndrome de aspiración meconial en el recién nacido. Se evidencio muchos factores que acontecen en un recién nacido con aspiración con líquido meconial: cuidados prenatales 20%, concentración del lactato 10%, recién nacido término y post término 10%, Apgar bajo < 5 20%, trabajo de parto 10%, parto distócico 10%, sexo 10% (21)

Montes E en Lima en el 2017, realizo un estudio para identificar la prevalencia en los recién nacidos con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria de etiología pulmonar ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2017; encontró que la edad materna fluctuó entre 18 y 35 años, se presentaron infecciones, RPM, HTA, y tuvieron un adecuado control prenatal, la mayoría tuvieron parto pre término, fueron cesareadas, de sexo femenino, Apgar menor de 10, y bajo peso al nacer. No se pudo usar surfactante en la mayoría de los casos, y solo se usó como terapia de rescate, la mayor complicación fue la sepsis neonatal, y estuvieron hospitalizados por más de 15 días, la mortalidad neonatal por Distrés Respiratorio fue de 47.5% (22).

### **3.2.3. A nivel regional o local**

Mayta D. en Juliaca publicado en el año 2018, realizó un estudio sobre causas y efectos del síndrome de aspiración por líquido meconial en recién nacidos atendidos en el Hospital III Essalud de Juliaca. Este estudio fue prospectivo con diseño transversal y nivel



correlacional. La muestra estuvo conformada por 58 recién nacidos. Dentro de los resultados resalta que, el 78% de neonatos corresponden a casos de líquido amniótico fluido y el 22% a espeso. En cuanto a las causas predomina el parto distócico en el 64%, el oligohidramnios 14% y las circulares de cordón en el 29%. En relación a los efectos se encontró Apgar bajo en el 17%, síndrome de dificultad respiratoria en el 8%, sepsis en el 5%. El estudio concluyó que, los efectos del síndrome de aspiración por líquido meconial en recién nacidos es Apgar bajo, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, más días de hospitalización y prematuridad (23).

Paucar D. en Puno año 2018, en su trabajo surfactante en la evolución de neonatos con diagnóstico de síndrome de aspiración de meconio en el servicio de neonatología del Hospital III EsSalud Juliaca. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, se revisaron las historias clínicas de recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio. Los resultados encontrados fueron: del total de 1084 recién nacidos vivos de los cuales 86 nacieron con líquido amniótico entre verde fluido o líquido amniótico como puré de arvejas, 21 recién nacidos hicieron síndrome de aspiración de meconio que representa al 24.1%. La complicación más frecuente fue Sepsis con 10 casos (47,6%). El estudio concluyó que, la evolución de recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio que recibieron surfactante exógeno y que estuvieron bajo ventilación mecánica fue en su mayoría favorable con una condición de egreso de “Mejorado” (24).



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

##### A: Datos subjetivos

Neonato masculino de 5 días de vida, en ventilador mecánico, peso 3.550 kg, grado de dependencia IV, enfermera responsable del cuidado del neonato.

##### B: Datos objetivos

Observaciones

##### b.1. Examen Físico:

- PIEL: Con descamación en todo el cuerpo, llenado capilar 2 seg, caliente.
- TÓRAX: Simétrico, móvil, levemente distendido, tiraje sub intercostal (+) marcado, secreciones audibles en la vía aérea, respiración descoordinada con el ventilador. F. R: 84x'.RC hipo fonéticos, soplos no audibles, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- ABDOMEN: Con presencia de catéter umbilical venoso y arterial, no distendido, RH presentes, Hígado palpable a 1cm drdc

##### b.2. Documentos:

- Historia clínica: exámenes de laboratorio  
AGA: PH = 7.19 PO<sub>2</sub>= 25.1 PCO<sub>2</sub>= 51.7 HCO<sub>3</sub>=12.3 Sat. O<sub>2</sub>=83%
- IOQUÍMICO Y ELECTROLITOS: Glucosa = 46mg/dl mg/dl Creatinina= 0.3 mg/dl electrolitos: Na+= 133mEq/L K=7.31mEq/L Ca=1.08 mEq/L Cloro=110 mEq/L

##### b.3. Valoración según Dominios

- Se inicia la valoración el grado de dependencia de enfermería

Grado de dependencia	Características del paciente	Paciente Neonato
Grado de dependencia I	Totalmente independiente	



Grado de dependencia II	Requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de sus necesidades	
Grado de dependencia III	Requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades	
Grado de dependencia IV	Requiere de apoyo total	X

### **DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

- Recién nacido post término de 41.2 ss por test de Capurro, Apgar 1-0, 5-3, 10-5, recién nacido requirió maniobras de reanimación básica y avanzada, con diagnóstico médico:
- Síndrome de aspiración meconial no especificada

### **DOMINIO 2: NUTRICIÓN**

- Neonato se encuentra en la Unidad de UCI, en VM en NPO, con SOG agravedad, recibe NPT (aminoácidos 248cc/24 hrs) (lípidos 63.9cc/20hrs)
- HGT: 46 mg/dl
- Hemoglobina: 15 gr/dl
- Hematocrito: 44.5%,
- Residuo gástrico: 3cc porraceo
- Peso: 3550 gr.

### **DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO**

- Flujo Urinario: 1.5cc/ hora (sin sonda vesical)
- Realiza deposición meconial 4 veces al día.
- En Ventilador Mecánico Modo: SIMV con parámetros:
- PEEP: 5, FIO2: 75%, FR: 50 PIM:12 I:E:1:2.5 Spo2: 94-98% P/A: 72/48mmhg
- PAM: 54 mmhg.
- Secreciones en vías respiratorias y boca.
- No presenta vómitos

### **DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO**

- Hipo activo



- Frecuencia cardiaca 114 x min
- Frecuencia respiratoria 60 x min
- Spo2: 97%
- No soplos
- Llenado capilar >2 seg.

#### **DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN**

- RN con pseudoanalgesia (fentanilo), con reflejos de succión ausente, reflejo de prehensión palmar y plantar presente.
- Electrolitos alterados

#### **DOMINIO 8: SEXUALIDAD**

- RNAT de sexo masculino, genitales de acuerdo con su edad gestacional.

#### **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

- RN con pseudoanalgesia (fentanilo)

#### **DOMINIO 11: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

- Paciente neonato se encuentra en la Unidad de UCI, con diagnóstico: Síndrome de aspiración meconial no especificada, Insuficiencia respiratoria, Encefalopatía Hipoxia isquémica de recién nacido, Sepsis bacteriana, en VM modo SIMV con parámetros:
- PEEP: 5, FIO2: 75%, FR: 50 PIM:12 I: E:1:2. Spo2:97%, sonda oro gástrica agravedad, portador de catéter umbilical arterial y venoso infundiendo NPT (aminoácidos 248cc/24 hrs y lípidos 63.9cc/ 20hrs) FR: 60x', TA: 38.4°C.

#### **DOMINIO 12: CONFORT**

- Se encuentra en incubadora en protocolo de mínima manipulación.

#### **DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

- Neonato en UCI, peso 3160 gr, recibe nutrición parenteral total (NPT)

**LOS DOMINIOS: AUTO PERCEPCIÓN :6; ROL/RELACIONES :7;  
PRINCIPIOS VITALES:10**



- No aplica

## 4.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Patrón respiratoria ineficaz r/c fatiga de músculos accesorios E/P tiraje intercostaly subcostal, disociación toraco-abdominal.
- Termorregulación ineficaz r/c con enfermedad manifestada por aumento de temperatura corporal por encima del límite normal, TA: 38.4°C.
- Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades, r/c Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los alimentos evidenciado por administración nutricional total (NPT)
- Riesgo de infección r/c factor de riesgo: procedimientos invasivos presencia de SOG, tubo endotraqueal, catéter umbilical venoso y arterial
- Interrupción de la lactancia materna r/c separación materno - infantil e/p neonatohospitalizado y falta de continuidad con la lactancia materna.

## 4.3. PLANIFICACIÓN: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### 4.3.1. Diagnóstico de enfermería

Patrón respiratoria ineficaz r/c fatiga de músculos accesorios E/P tiraje intercostaly subcostal, disociación toracoabdominal.

**CÓDIGO:** 00032

**DEFINICIÓN:** La inspiración y/o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

**DOMINIO 4:** Actividad / reposo

**CLASE 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Mecanismoscardiopulmonares que apoyan la actividad / reposo.

Diagnostico (NANDA)	Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	Fundamento Científico	Evaluación (NOC)
Patrón respiratoria ineficaz r/c fatigade músculos accesorios E/P tiraje intercostal y subcostal, disociación toracoabdominal (Cod. 00032)	Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias (Cod. 0410)	<p><b>Monitorización respiratoria:</b> (Cod. 3350)</p> <p>Monitorizar los parámetros de los valores de gases ensangre arterial (PaO<sub>2</sub>, pH, SaO<sub>2</sub>).</p> <p>–Mantener vías aéreas permeables, mediante posición y aspiración de secreciones.</p> <p>– Auscultar campos pulmonares para detectar presencia o ausencia de ventilación y sonidos anormales.</p>	<p>Considerando que la falla respiratoria aguda es una de las principales causas de admisión en las unidades de cuidados intensivos neonatales, la monitorización continua, confiable y precisa de diversos parámetros respiratorios tanto en la admisión del paciente como en el manejo posterior, permite al profesional la detección temprana de falla respiratoria aguda, la evaluación de la necesidad de soporte ventilatorio, la respuesta al tratamiento, minimizar las complicaciones asociadas a la VM, optimizar la interacción paciente-ventilador y determinar cuando el paciente está en</p>	<p>Neonato se evidencia con buen intercambio gaseoso, FR: 58x Spo2: mayor 95%, piel rosada. Se ausculta movimiento de entrada y salida de aire a los pulmones, vías aéreas permeables</p>

	<p>– Observar presencia de taquipnea, hipoventilación, bradipnea, respiraciones superficiales periódicas o apneas y valorar el grado de riesgo de alteración de la perfusión cardiovascular y respiratoria.</p> <p>– Observar si hay fatiga muscular diafragmática o disociación toraco-abdominal e implementar medidas</p>	<p>condiciones de comenzar el destete de la VM. Sin embargo, la monitorización, por sí sola, no implica un manejo específico para el paciente y tampoco conduce a un determinado resultado terapéutico; todo dependerá del conocimiento y de la habilidad de quien interprete la información (25).</p>	
	<p><b>Oxigenoterapia</b> Administrar oxígeno a través de positiva continua de vías aéreas o ventilación mecánica.</p>	<p>En las unidades de cuidados intensivos neonatales, la oxigenoterapia es ampliamente utilizada, pues es esencial para la supervivencia del recién nacido, es una medida terapéutica que consiste</p>	



	<p>en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia (25).</p>		<p>– Vigilar periódicamente la fracción inspirada de oxígeno y asegurar que se administre la concentración prescrita, mediante uso de mezclador de aire y oxígeno.</p> <p>– Evaluar la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso y de los resultados de gasometría de sangre arterial.</p> <p>– Monitorizar la respuesta del neonato a la oxigenoterapia</p>	<p>Mediante la eliminación de las secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio</p>
			<p><b>Manejo de las vías aéreas</b></p> <p>– Realizar aspiración de secreciones.</p>	

			<p>gaseoso pulmonar y evitar neumonías causadas por la acumulación de estas.</p> <p>En las obstrucciones de las vías respiratorias existe cierto grado de broncoespasmo que puede o no manifestarse con ruidos respiratorios con frecuencia se observan taquipnea y movimientos torácicos asimétricos (26)</p>
	<p>– Auscultar campos pulmonares identificando áreas de disminución o ausencia de entrada de aire y la presencia de ruidos anormales.</p> <p>– Colocar en posición (ventral, prono, decúbito lateral derecho e izquierdo) para favorecer la ventilación y expulsión de secreciones o facilitar la aspiración.</p>		

#### 4.3.2. Diagnóstico de enfermería

Termorregulación ineficaz r/c con enfermedad manifestada por aumento de temperatura corporal por encima del límite normal, TA: 38.4°C

**CÓDIGO:** 00008

**DEFINICIÓN:** Fluctuación de la temperatura entre la hipotermia y la hipertermia

**DOMINIO 11:** Seguridad/protección

**CLASE 6: Termorregulación**

<b>Diagnostico (NANDA)</b>	<b>Objetivo (NOC)</b>	<b>Intervención (NIC)</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTÍFICO</b>	<b>Evaluación (NOC)</b>
<p>Termorregulación ineficaz r/c con enfermedad manifestada por aumento de temperatura corporal por encima del límite normal, TA: 38.4°C FC: 170 xmin.(Cod: 00008)</p>	<p>Termorregulación eficaz dentro de los parámetros normales durante la estancia hospitalaria (Cod: 0800 )</p>	<p><b>Tratamiento de la fiebre</b> (Cod: 3740) Actividades: Realizar baño tibio de esponja y/o colocar paños de aguatiibia. Vigilar la presenciade signos y síntomas de convulsiones. Control de ingresos y egresos de líquidos o pérdida de los</p>	<p>La fiebre se produce como consecuencia de una alteración del mecanismo que regula la termorregulación en respuesta a diversos estímulos y que pueden ser infecciosos o no infecciosos que desencadenan la respuesta inflamatoria la adecuada ventilación ayuda a la pérdida de calor (27) Aplicar paños de agua tibia ayuda a la pérdida de calor a través de la conducción y la pérdida de calor ocurre por piel y pulmones Enfriar la periferia de la piel demasiado puede provocar que el cuerpo envíe señales a la médula espinal y al cerebro, y generar vasoconstricción (28)</p>	<p>Neonato mantiene temperatura corporal.TA°C: 37°C FC: 140 xmin FR: 60 xmin</p>

			mismos. Administrar antipiréticos según prescripción médica (paracetamol)	La regulación térmica es el metabolismo de la grasa parda o termogénesis química, constituye el mecanismo más importante de producción de calor en el RN. El acetaminofén, pues es un inhibidor de la ciclooxigenasa en el tejido periférico con la respuesta de deducir la fiebre y evitar convulsiones febriles. (29)	
--	--	--	--	--	--

#### 4.3.3. Diagnóstico de enfermería

Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades, r/c Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los alimentos evidenciado por administración nutricional total (NPT)

**CÓDIGO:** 00002

**DEFINICIÓN:** Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

**DOMINIO 2:** Nutrición

**CLASE 1:** Ingestión

<b>Diagnostico (NANDA)</b>	<b>Objetivo (NOC)</b>	<b>Intervención (NIC)</b>	<b>BASE CIENTÍFICO</b>	<b>Evaluación (NOC)</b>
Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades, r/c Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los alimentos evidenciado por administración nutricional total (NPT) (Cod: 00002)	Lograr aporte de nutrientes que no sean inferior a las necesidades metabólicas. (Nutrición parenteral total) (Cod: 1004)	1. <b>Conservación de una nutrición óptima y equilibrio de líquidos.</b> (Lípidos y aminoácidos)  (Cod: 1100) Infusión continúa de nutrición parenteral total, de la solución durante un periodo de 24 hrs. o según indicación médica.  a. Control de peso del paciente  b. Registro exacto de ingresos y pérdidas.  Utilizar bomba infusora.	El soporte nutricional es el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el recién nacido (RN) cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total, la nutrición enteral o ambas. Este tipo de soporte tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición (30).	Neonato mejoró su estado nutricional e hidratación durante su permanencia hospitalaria.  Presento peso: 3550gr.2
		e. Valorar signos de deshidratación	La NPT consiste en la administración de nutrientes en el	

	<p>organismo a través de la vía endovenosa. (30).</p> <p>Está indicada en todos aquellos pacientes con incapacidad de ingerirlos por vía oral para cubrir sus necesidades nutricionales ante la incapacidad de su sistema digestivo.</p> <p>Composición de la nutrición parenteral:</p> <p>(30).</p> <p>Carbohidratos (glucosa de diferentes osmolaridades):</p> <p>Lípidos.</p> <p>Electrólitos (sodio, cloro, potasio, calcio, magnesio). Oligoelementos (zinc, cobre, magnesio, cromo). Vitaminas. (30).</p>	<p>f. Valorar nivel de glucosa en sangre.</p> <p><b>2. Prevención de infecciones:</b></p> <p>a. Técnicas de asepsia meticulosa para el manejo de catéter</p> <p>b. Cubrir sitio de inserción con gaza estéril</p> <p>c. Cambio de líneas de infusión y filtros cada 24 hrs.</p>	
--	---	---	--

#### 4.3.4. Diagnóstico de enfermería

Riesgo de infección r/c factor de riesgo: procedimientos invasivos presencia de SOG, tubo endotraqueal, catéter umbilical venoso y arterial

**CÓDIGO:** 00004

**DEFINICIÓN:** Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puede comprometer la salud.

**DOMINIO 11:** Seguridad/protección

**CLASE 1:** Infección

Diagnostico (NANDA)	Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	BASE CIENTÍFICA	Evaluación (NOC)
Riesgo de infección r/c factor de riesgo: procedimientos invasivos presencia de SOG, tubo endotraqueal, catéter umbilical venoso y arterial (Cod: 00004)	Prevenir la presencia o invasión de microorganismos patógenos. (Cod: 1924)	Control de infecciones:(Cod: 6540)  Manejo de bioseguridad	Son medidas, que reducen el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, son un conjunto de normas preventivas que debe aplicar el personal de salud, para evitar el contagio por la exposición de agentes infecciosos, sean físicos, químicos o biológicos, sobre todo sangre y fluidos	Con ausencia de infecciones recurrentes. Con valores normales de hemograma, leucocitos PCR menor a 10 mg/lo

			corporales, que pueden provocar daño, por su carácter contaminante. (31)	
	Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados.		El lavado de manos evita la presencia de microorganismos patógenos y ayuda a prevenir la trasmisión de enfermedades, infectocontagiosas. (31)	
	Controlar temperatura.		Permiten identificar si existe alguna alteración y sobre todo el aumento de la temperatura nos ayuda a identificar enfermedades infecciosas y procesos inflamatorios, también es un mecanismo de defensa de estos estados. (31)	
	Usar guantes estériles para los		Los procedimientos especialmente invasivos	



			requieren de una técnica totalmente séptica para llevarse a cabo más aun en recién nacidos prematuros que tienen comprometido su estado inmunológico.
diferentes procedimientos.	Cuidado de catéter umbilical venoso y arterial. (Realizar el manejo con estricta técnica aséptica y antisepsia.		Se trata de catéteres útiles en situaciones de urgencia, es preciso un control gasométrico y hemodinámico intensivo. El catéter umbilical y arterial puede permanecer durante 7 días. (32)
	Cambio de dispositivos invasivos según protocolo de la institución		La sonda orogástrica se cambia cada tres días, reduce el riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias. (32)

#### 4.3.5. Diagnóstico de enfermería

Interrupción de la lactancia materna r/c separación materna - infantil e/p neonato hospitalizado y faltade continuidad con la lactanciamaterna.

**CÓDIGO:** 00105

**DEFINICIÓN:** Interrupción en la continuidad del aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometerel éxito de la lactancia y/o estado nutricional del neonato / lactante.

**DOMINIO 2:** Nutrición

**CLASE 1:** Ingestión

Diagnostico (NANDA)	Objetivo (NOC)	Intervención (NIC)	BASE CIENTÍFICA	Evaluación (NOC)
------------------------	-------------------	--------------------	-----------------	---------------------

<p>Interrupción de la lactancia materna r/c separación materno infantil e/p neonato hospitalizado y falta de continuidad con la lactancia materna. (Cod: 00105)</p>	<p>Neonato tendrá a disposición leche materna exclusiva en cantidad y condiciones adecuadas a su necesidad durante su estancia hospitalaria. (Cod: 1001)</p>	<p>Asesoramiento en la lactancia.(Cod: 5244)  Actividades:  Orientar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la</p>	<p>Beneficia la relación afectiva entre el menor y su madre, poca ocurrencia de depresión postparto, desarrollo de una personalidad segura e independiente.  Fisiológicamente, refuerza el desarrollo del recién</p>	<p>Mantenimiento de lactancia materna  Escala de medición  1. Inadecuado  2. Ligeramente adecuado  3. Moderadamente</p>
		<p>lactancia materna.</p>	<p>nacido por medio de proteínas y anticuerpos. (33).</p>	<p>adecuado  4. Sustancialmente adecuado  5. Completamente adecuado</p>



		<p>Educar a la madre sobre el vínculo materno que genera la leche materna.</p> <p>Proporcionar leche materna exclusiva y restringir el uso de fórmulas lácteas.</p> <p>Educar a la madre, facilitar la transferencia de la leche (técnica de relajación, masaje mamario, yentorno tranquilo), como también el modo correcto de la extracción de leche (recolección, almacenamiento, preparación y calentamiento).</p>	<p>Se tuvo presente esta intervención porque la leche contiene inmunoglobulinas, enzimas y leucocitos que protegen frente a patógenos, reduce las alergias eliminando la exposición a posibles antígenos. Evitar las fórmulas porque predisponen enfermedades digestivas y respiratorias (33)</p>
--	--	---	---



## REGISTRO DE ENFERMERÍA (SOAPIE)

**S:** El informe de enfermería a la entrega de turno reporta que neonato masculino con 5 días de vida, en ventilador mecánico, peso 3.550 kg, grado de dependencia IV, se encuentra tranquilo con una evolución estacionaria.

**O:** Paciente neonato masculino se encuentra en la unidad de UCI con Dx Médico: Síndrome de aspiración meconial no especificada, piel pálida, hipo activo, en ventilador mecánico en Modo: SIMV con parámetros PEEP 6, FIO: 100% FR: 60 I:E: 1:2.5, con catéter umbilical venoso y arterial, filtrando por CUV Dx 10%, en NPO con SOG a gravedad. Con **AGA:** PH = 7.19 PO<sub>2</sub>= 25.1 PCO<sub>2</sub>= 51.7 HCO<sub>3</sub>=12.3 Sat. O<sub>2</sub>=83%

**Electrolitos:** Na<sup>+</sup>= 133mmol/l K=7.3110mmol/l Ca=1.08 110mmol/l Cloro=110mmol/l

**A:** Patrón respiratoria ineficaz r/c fatiga de músculos accesorios E/P tiraje intercostal y subcostal, desbalance toracoabdominal

**P:** Asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias

**I:** Se brinda cuidados de enfermería: Monitorización respiratoria

Oxigenoterapia

Manejo de vías aéreas en ventilador

Aspiración de secreciones de vías aéreas por circuito cerrado

Manejo de líquidos/electrolitos

Vigilancia de parámetros de ventilador mecánico según requerimientos y evaluación del neonato.

**E:** Neonato se evidencia con buen patrón respiratorio eficaz, FR: 58x Spo<sub>2</sub>: mayor 95%, piel rosada.

Se ausculta movimiento de entrada y salida de aire a los pulmones, vías aéreas permeables



## V. CONCLUSIONES

- Primera.** Se aplicó el proceso de atención de enfermería, realizando la valoración de enfermería según taxonomía NANDA, donde se desarrolla la recopilación de datos sobre el estado de salud del neonato, se tiene como fuente secundaria la historia clínica del neonato a la vez se describen los dominios y clases afectados, implementándose el plan de cuidados de enfermería.
- Segunda.** El diagnóstico de enfermería, permitió identificar los datos de la valoración de enfermería (datos subjetivos y objetivos), y de esta manera se priorizó los 5 diagnósticos de enfermería elaborando un juicio clínico sobre las respuestas humanas de una persona.
- Tercera.** La planificación de enfermería es considerada la tercera etapa del PAE, en esta etapa se toma se planea las intervenciones que van acompañadas de acciones para alcanzar los resultados esperados.
- Cuarta.** La intervención de enfermería (NIC), permitió ejecutar las actividades programadas en el neonato y de esta manera se garantizó los resultados que evidencian un cuidado de calidad y humanizado, donde las intervenciones están basadas en el conocimiento científico.
- Quinta.** Después de aplicar el plan de cuidados de enfermería (PLACE), paciente neonato permaneció en la unidad de UCI 11 días y 9 días en unidad de intermedios, con una evolución favorable, SpO<sub>2</sub>: 80-85% (Fio<sub>2</sub>: 0.21%) FR: 56x min, FC: 145 x min, TA: 36.6°C, Activo, Reactivo a estímulos reactivos, a los 20 días de vida es dada de alta con los Dx. Médico: Encefalopatía HipoxicoIsquémica leve, SAM en remisión, Asfixia neonatal resuelta, Sepsis neonatal tratada.
- Sexta.** Al finalizar el estudio del caso, se observó la importancia de aplicar el proceso de atención de enfermería de manera holística que garantice la calidad y calidez, como la metodología más apropiada para un cuidado humanizado en pacientes críticos.



## VI. RECOMENDACIONES

- Primera.** Propiciar que el profesional de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales tome interés en documentar su atención en el método científico de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), priorizando la etapa de la ejecución.
- Segunda.** Promover la participación y el trabajo en equipo, buscando unificar criterios para la atención humanizada del neonato y de esta manera prevenir las complicaciones que conlleva el Síndrome de aspiración meconial.
- Tercera.** A la Gerencia de EsSalud, se sugiere brindar las facilidades al profesional de enfermería que labora en el servicio de neonatología, para la formación especializada (pasantía) y/o capacitación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y de esta manera mejorar la competencia profesional en el cuidado del neonato crítico, mantener al profesional actualizado en el desarrollo de la ciencia y tecnología que garantice la calidad en la atención.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lago. Síndrome de Aspiración Meconial. In Lago. Síndrome de Aspiración Meconial. San Isidro, Buenos Aires: Revista Enfermería Neonatal; 2020. p. 11.
2. Guía Clínica del Departamento de Pediatría. In. Cajamarca; 2017. p. 61.
3. G C. Guía para aplicar: Taxonomía II.NANDA I. NIC.NOC. In. Lima: RODHASSAC; 2017. p. 13-15.
4. Medline.Plus. Síndrome de aspiración meconio. In.; 2020.
5. Cabrera N, Alcántaro M, Lama H. Síndrome de aspiración meconial. Revista Medicina. 2005; 11(2).
6. Pacheco-Romero, J. Preclampsia en la gestación múltiple. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 61(3).
7. Martínez E. Síndrome de Aspiración Meconial. [Online].; 2020 [cited 2021 junio 10]. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/enfermedades-bebe/sindrome-de-aspiracion-meconial/>.
8. Echevarría S. Síndrome de Aspiración Meconial. Segunda ed. Chile: Universidad San Sebastián; 2013.
9. Cabrera N. Alcántaro M LH. Síndrome de Aspiración meconial. 2015.
10. Síndrome de Aspiración Meconial. 2020.
11. Jiménez B. Proceso de atención de enfermería para evitar complicaciones y secuelas en el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Tesis de Grado. Ecuador: Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de Salud.
12. Homp B. Síndrome de aspiración meconial Meconium aspiration syndrome. Revista Enfermería Neonatal. 2020; 33(1).





13. Ocampo Higuera, S. Cuidados generales de enfermería en el recién nacido hospitalizado en la UCI Neonatal. Revista oficial de la Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología. 2020; 1(5).
14. Federación Nacional de neonatología de México. PAC. Neonatología Programa de actualización continua en neonatología. Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
15. Triana Padilla A. Rol de la enfermera profesional en el fortalecimiento del vínculo postnatal inicial entre madre e hijo durante la hospitalización en la UCIN. Universidad de Antioquia; 2018.
16. Rojas A, Rubio M. Cuidados de enfermería en el síndrome de aspiración meconial (SAM). Revista electrónica de Portales.com. 2018 junio.
17. Rualas A. Cuidados de enfermería en recién nacidos a término con síndrome de aspiración meconial-propuesta de capacitación. Tesis maestría. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias médicas; 2016.
18. Carbajal S, Ruiz A, Muñoz M. Síndrome de aspiración meconial, actuación urgente en sala de partos. Revista EBSCO. 2020;(65): p. 1-4.
19. Ascencio S. Cuidados de enfermería en distrés respiratorio del recién nacido, servicio de neonatología hospital de Apoyo Puquio – 2017. Tesis especialidad. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Enfermería; 2019.
20. Estrada P. Factores perinatales y patológicos relacionados con el síndrome de aspiración de líquido meconial del hospital provincial Docente Belén Lambayeque. Tesis pregrado. Pimentel-Perú: Universidad Señor de SIPÁN, Facultad de Ciencias de la salud ; 2019.
21. Mendoza ML. Factores de Riesgo asociados al Síndrome de Aspiración Meconial en el recién nacido. Trabajo Académico. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
22. Montes E. Prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2017. Tesis pregrado. Lima-Perú:



- Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
23. Mayta Mamani, D. Causas y efectos del Síndrome de Aspiración por Líquido Meconial en recién Nacidos Atendidos en el Hospital III Essalud de Juliaca 2017. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2018.
  24. Paucar Gutiérrez, D. Surfactante en la evolución de recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio en el Hospital III EsSalud Juliaca 2017. Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
  25. Donoso A, Arriagada D, Contreras D, Ulloa D, Neumann M. Monitorización respiratoria del paciente pediátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2016 Mayo; 73(3).
  26. Chesnutt M, Prendergast T. Capítulo 9: Enfermedades pulmonares: Lange; 2017.
  27. Ramón F, Farías J. La fiebre. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2014; 57(4).
  28. Bombín B. Justificación científica del diagnóstico de enfermería: riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal. Universidad de Valladolid; 2016.
  29. Fuenzalida O. TERMORREGULACIÓN Y HUMEDAD EN EL. ; 2015.
  30. Castro López, F. Cuidados de enfermería en la nutrición parenteral y enteral del recién nacido. Rev Cubana Enferme. 2006; 22(4).
  31. Huatuco Julca J, Molina Fabian M, Melendez Mauricio K. Medidas de bioseguridad aplicadas por el personal de enfermería en la prevención de infecciones intrahospitalarias en el Servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza - 2014. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014.
  32. Hermosín A, Pereira E, Calviño I. Cuidados de Enfermería en catéteres umbilicales. Revista Electrónica de Portales Medicos; 2017.
  33. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. OMS; 2019.



34. Jimenez B. Proceso de atención de enfermería para evitar complicaciones y secuelas en el síndrome de dificultad respiratorio neonatal. Tesis grado. Ecuador: Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Químicas y de Salud.
35. Síndrome de aspiración meconial. In. Buenos Aires; 2020. p. 11-13.



# ANEXOS



### GANANCIA DE PESO CON NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL

<b>FECHA</b>	<b>DÍAS DE VIDA</b>	<b>INICIO DE NPT</b>	<b>PESO</b>
03-07-19		SIN NPT	3.650
04-07-19	1	SIN NPT	3.650
05-07-19	2	SIN NPT	3.650
06-17-19	3	CON NPT	3.550
07-07-19	4	CON NPT	3.550
08-07-19	5	CON NPT	3.550
09-07-19	6	CON NPT	3.620
10-07-19	7	CON NPT	3.710
11-07-19	8	CON NPT	3.640
12-07-19	9	CON NPT	3.670
13-07-19	10	CON NPT	3.820
14-07-19	11	CON NPT	3.710
		TERMINO DE NPT	3.640



### DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo **MAXIMILIANA PACCO MOROCCO**, identificado con DNI **01296892** en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado en Enfermería en Pediatría y Neonatología, informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

**“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ATENCION AL NEONATO CON SINDROME DE ASPIRACION MECONIAL EN EL HOSPITAL III BASE PUNO – ESSALUD 2019”**

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 16 de Junio del 2023

  
FIRMA (obligatoria)



Huella



### AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MAXIMILIANA PACEO MOROCCO identificado con DNI 01296892 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado  
EN ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

"CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL NEONATO CON SÍNDROME DE ASPIRACION RECONIAL EN EL HOSPITAL III BASE PUNO - ESSALUD 2019"

para la obtención de  Grado,  Título Profesional o  Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 25 de JULIO del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella