

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ
GALLO**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**



TESIS

**Cuidado Enfermero en Prevención de Retinopatía en Recién
Nacidos con Oxigenoterapia del Servicio de Neonatología Hospital
Regional Docente las Mercedes 2018**

Para obtener el título de Segunda Especialidad Profesional

**“Área del Cuidado de Enfermería - Especialista en Cuidados
Intensivos Neonatales”**

AUTORAS:

**Lic. Enf. Arrascue Villegas, Ana de Jesús
Lic. Enf. Vega Guerrero, Natividad del Pilar**

ASESORA:

Dra. Muro Carrasco, Tania Roberta

LAMBAYEQUE – PERÚ

2020

Aprobado por:

Dra. Santa Cruz Revilla, Efigenia Rosalía
Presidenta



Dra. Sosa Vallejos, Tomasa
Secretaria

Dra. Díaz Olano, Clarivel de Fátima
Vocal



Dra. Muro Carrasco, Tania Roberta
Asesora

ACTA DE SUSTENTACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



00008

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente 2003-2019-UP6-FE Folio N° 00008
Licenciada: ARRASQUE VILLEGAS ANA DE JESUS - VEGA GUERRERO LATICIUDAD DEL PIÑAR en la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 5.00 PM
horas del día 31 de OCTUBRE de 2019, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 900-2016-D-FE
PRESIDENTE: DR. EFIGENIA ROSALVA SANTA CRUZ REVILLA
SECRETARIO: DR. TOMASA VALLEJOS SESA
VOCAL: DR. CLARIVEL DE FATIMA DIAZ BLANCO

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

QUINTO ENFERMERO EN PREVENCIÓN DE RETINOPATIA EN PACIENTES
LACIADOS CON OXIGENOTERAPIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA HOSPITAL
REGIONAL DUCENTE LAS MERCEDES 2018"

patrocinada por el profesor

(a) DR. TALIA ROBERTA MUÑOZ CARRASCO

Presentada por el (los) Licenciados (as):

ARRASQUE VILLEGAS ANA DE JESUS
VEGA GUERRERO LATICIUDAD DEL PIÑAR

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: AREA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA
ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró ACORDADO por UNANIMIDAD, la tesis con el calificativo de: BUENO debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE

VOCAL


SECRETARIO

PATROCINADOR

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD
DE TESIS**

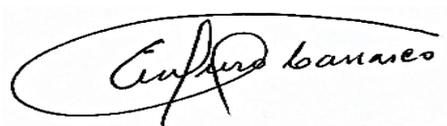
Yo, Tania Roberta Muro Carrasco, Docente Asesor de Tesis de las estudiantes:
Lic. Enf. Arrascue Villegas, Ana de Jesús y Lic. Enf. Vega Guerrero, Natividad
del Pilar.

Titulada: Cuidado Enfermero en Prevención de Retinopatía en Recién Nacidos
con Oxigenoterapia del Servicio de Neonatología Hospital Regional Docente
las Mercedes 2018

Luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene
un índice de similitud de 11%, verificable en el reporte de similitud del
programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada uno de las coincidencias
detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con
todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, 21 de enero de 2021.



Dra., Tania Roberta Muro Carrasco

Asesora

Adj. Resumen del Reporte Turnitin 11 %

Recibo Digital

DEDICATORIA

A Dios por su infinita bondad y amor,
por darnos salud, por acompañarnos
permanentemente, cuidarnos y darnos
fortaleza para perseverar en el logro de
nuestras metas.

A mis queridos padres quienes me han
dado la existencia, y en ella la capacidad
para superarme y desearme lo mejor en
cada paso por este camino difícil y arduo
de la vida.

A mi querido y amado hijo Jhair por
ser la motivación más grande para
seguir adelante.

PILAR

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica Como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A los seres que más amo en esta vida que son mi esposo y mis hijos Ángel César y Ana José, quienes son mi motor y mi motivo, quienes me dan las fuerzas para afrontar los obstáculos que se me presentan día a día.

ANA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Virgen María por iluminarnos, cuidarnos y darnos fortaleza para superar los obstáculos durante la ardua tarea de investigar.

Con especial afecto y gratitud a nuestra profesora y asesora Dra. Tania Roberta Muro Carrasco por su sabia orientación en la elaboración y culminación del presente trabajo de investigación. Gracias por brindarnos su tiempo y por compartir sus conocimientos.

Las autoras

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN	iii
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	Error! Bookmark not defined.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	19
1.1. Antecedentes de la Investigación	19
1.2. Base Teórica Conceptual	20
1.3. Marco Legal	39
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES	13
2.1. Tipo de Investigación	13
2.2. Enfoque Metodológico	13
2.3. Población y Muestra	16
2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	16
2.5. Análisis de los Datos	17
2.6. Rigor Científico	18
2.7. Consideraciones Éticas	19
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	53
4.1. Consideraciones Finales	53
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES	56
5.1. Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS Y APÉNDICES	61

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Esquema de saturación óptima en prematuros:</i>	34
<i>Tabla 2: Edad gestacional al nacer y primera evaluación de fondo de ojo</i>	81

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1 ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA</i>	76
<i>Anexo 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN A ENFERMERAS DEL SERVICIO</i>	78
<i>Anexo 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	79

RESUMEN

La alta incidencia de retinopatía en neonatos relacionado con el uso desmedido e inadecuado de oxígeno, nos llevó a plantearnos la interrogante como es el cuidado enfermero en la prevención de retinopatía en recién nacidos con oxigenoterapia, con el objetivo de comprender como es este estudio. Se trata de una investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso. La población conformada por 16 enfermeras y la muestra, determinada en diez, por saturación y redundancia, Los datos se recolectaron por entrevista semi estructurada y observación participante. Los resultados fueron: Las enfermeras definen al cuidado como el arte de brindar cuidados a los recién nacido, en sus aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales; sin discriminación alguna. Realizan un plan de cuidados para neonatos con oxigenoterapia acorde con los protocolos y guías normalizadas por el MINSA. Valoran basándose en medidas generales, usan los saturómetros y monitores para el control de signos vitales, consideran a la edad gestacional como factor de riesgo asociadas a ROP, conocen las concentraciones de oxígeno en las diferentes fases, usan alarmas, pero algunas desconocen los parámetros normales de FiO₂ y la forma ideal del destete de oxígeno. Respecto al método para registrar sus intervenciones, usan el sistema narrativo. El cuidado enfermero se centra en cuidados físicos y administración efectiva del tratamiento indicado para cada caso.

Concluyendo que el cuidado enfermero tiene mucha importancia en la prevención y recuperación del neonato que recibe oxigenoterapia para lograr su bienestar y evitar secuelas en el futuro.

Palabras claves: oxigenoterapia, cuidado enfermero, retinopatía.

ABSTRACT

The high incidence of retinopathy in neonates related to the excessive and inadequate use of oxygen, led us to consider the question as is the nursing care in the prevention of retinopathy in newborn infants with oxygen therapy, with the objective of Understand what this study is like. This is a qualitative investigation with a case study approach, developed in light of Jean Watson's theory of human care. The population conformed by 16 nurses and the sample by ten, determined by saturation and redundancy, characterizes this population that all are women with ages between 30 to 60 years, time of service between 5 to 25 years, most have specialty in care Neonatal. The data were collected by semi-structured interview and participant observation. The results were: Nurses define care as the art of providing care to newborns, in their physiological, psychological and social aspects; Without discrimination. They carry out a plan of care for infants with oxygen therapy in accordance with the protocols and guidelines standardized by MINSA. They value based on general measures, use the Saturómetros and monitors for the control of Vital signs, consider the gestational age as a risk factor associated with ROP, know the concentrations of oxygen in the different phases, use alarms, but Some do not know the normal parameters of FiO₂ and the ideal form of weaning oxygen. With regard to the method for recording their interventions, they use the narrative system. Nurse Care focuses on physical care and effective management of the treatment indicated for each case.

Concluding that nursing care is very important in the prevention and recovery of the newborn receiving oxygen therapy to achieve their well-being and avoid sequelae in the future.

Key words: oxygen therapy, nursing care, retinopathy.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

La retinopatía de la prematuridad es un indicador de la calidad global del cuidado perinatal y neonatal. Existe buena evidencia de que mejorando estos cuidados reduce la incidencia y severidad de la retinopatía del prematuro. Aun así, no se puede todavía evitar la aparición de nuevos casos. Pero sí reducirlos de manera significativa mediante las atenciones de enfermería en recién nacidos con oxigenoterapia, previniendo la retinopatía¹.

La (OMS) enumera la retinopatía del prematuro (ROP) como una de las primordiales causas de ceguera prevenible en todo el mundo. La incidencia de la ROP varía según el nivel de desarrollo socioeconómico de cada país. Según informes de investigaciones internacionales, más del 50% de los pacientes ciegos por retinopatía en período de lactancia en el mundo se encuentran en América Latina. Chile, Argentina y Brasil describen el 25% de los niños menores de 1.500 g o menores de 32 semanas.²

En América Latina, se informa que Nicaragua tiene una tasa de incidencia de hasta el 82%, Chile 71%, Perú 70%, Brasil y Colombia 62%, Guatemala 49%, México 28%, Cuba y Argentina 26% y Bolivia 14%. Afortunadamente, el 80-90% de los bebés diagnosticados con ROP progresarán de manera espontánea.²

Gutiérrez C, et al³ señalan que: “en el 2009 en Chiclayo –Perú, en el Hospital Regional Docente Las Mercedes encontraron que, De 353 lactantes, el 22% tenía algún nivel de ROP de ellos 48,7% (ROP I), 35,5% (ROP II), 13,2 (ROP III), 1,3% (ROP IV) y 1,3% (ROP V). La ROP extrema representó el 32%. El 38% de los casos requirió un tratamiento cuidadoso. Factores preocupantes: 95% recibió oxígeno suplementario mediante tapón, rastrojo nasal, CPAP y / o ventilación mecánica. El síndrome de

dificultad respiratoria se analizó en el 93% de los casos. El peso al ingresar al mundo por debajo de los 1500 gramos fue normal para el 64,4% de los influenciados y en el 54% la edad gestacional por debajo de las 32 semanas. Predominó el sexo femenino (53%). (3 p30-30)

Según el Libro de Estadística del Servicio Neonatología del HRDLM. (Hospital Regional Docente Las Mercedes) 4 del 2016, en este hospital durante el primer semestre del año 2016, el total de niños hospitalizados fue de 110 RN, de los cuales 82 son prematuros, con menos de 1 000 grs, 09 RN, de 1000 a 1500 grs, RN, de 1500 a 2000 grs. 55 RN. De ellos 57 recibieron oxigenoterapia en alguna de las tres fases. Con riesgo de ROP 57 RN, siendo el índice de ROP de 31.6%.

Existe una gran demanda para hospitalización de niños prematuros,

Siendo una deficiencia de la administración de neonatología la falta de personal de enfermería para la consideración de la recién básica, considerando el nivel de dependencia y convenciones establecidas por el Ministerio de Salud del Perú.

Hay constancia de que existen numerosas variables que provocan retinopatía en los bebés, siendo la organización del oxígeno su impulsor fundamental, sin embargo también incorpora, falta número de cuidadores médicos, escasez de hardware, por ejemplo, saturómetros, oxímetros de latido, licuadoras, desengaños en el factor de presión del oxígeno y el aire comprimido, lo que dificulta la administración del tratamiento de oxígeno al lactante en corrientes normales, si no en evolución.

Con la organización del oxígeno, el punto es construir el compromiso de este componente en los tejidos, y para esto se debe utilizar al máximo el límite de vehículo de sangre de los vasos sanguíneos, ya que el oxígeno generalmente se fija a la

hemoglobina hasta que se sumerge, para expandir el factor de presión a la mitad del oxígeno alveolar (valor típico de 150 mmHg con oxígeno al 21%). Sin embargo, en el servicio de neonatología no hay una buena presión de oxígeno al 100% por deficiencia en la central de la casa de fuerza, teniendo la enfermera comunicarse constantemente para que se cambien frecuentemente los balones de Oxígeno, dificultando el cuidado de enfermería al recién nacido con oxigenoterapia.

La terapia con oxígeno debe basarse en la toma de gases arteriales, administrar oxígeno mezclado, tibio y humidificado y ser monitorizado con oximetría con la intención de aislarlo tan pronto deje de ser necesario, ya que la toxicidad del oxígeno para el neonato es alta.

El Servicio de neonatología del HRDLM, actualmente no cuenta con un protocolo de cuidado de enfermería para esta patología ROP, por lo que cada enfermera maneja sus propios conocimientos para el ajuste de la oxigenoterapia, ya que hay escasez de materiales médicos.

Para el seguimiento del niño en riesgo del ROP solo existe una enfermera de oftalmología a cargo del programa, la cual solo en sus turnos hace esta labor, por lo que muchas veces algunos recién nacido no son evaluados por oftalmología porque no se captó oportunamente, igualmente el registro de datos está incompleto dificultando el seguimiento de estos neonatos, lo mismo ocurre con las madres de otros lugares que ya no regresan al control de oftalmología de su recién nacido.

Frente a esta problemática nos planteamos las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores de riesgo de ROP en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2017? ¿Cuál es la incidencia de ROP en el Servicio

de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2017?, ¿Cuál es la incidencia de ceguera relacionada con ROP en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2018?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre ROP en enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2018?, ¿Cuál es el nivel de conocimiento y prácticas sobre medidas preventivas de ROP en enfermeras del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente las Mercedes, 2018? Formulándose la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo es el cuidado enfermero en la prevención de retinopatía en recién nacidos con oxigenoterapia del servicio de neonatología Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo 2018?, con el Objetivo de comprender cómo es este cuidado.

Esta investigación se justifica porque es la enfermera la responsable de administrar la oxigenoterapia y los cuidados para prevenir la retinopatía, pues este problema es una complicación demostrando fehacientemente que su reducción se relaciona directamente con los cuidados enfermeros.

Además porque la retinopatía es un problema de salud neonatal, cuya incidencia es de 26 % en el primer trimestre del 2016 en el HRDLM, dentro de los cuidados enfermeros se encuentra el seguimiento a niños que recibieron oxigenoterapia, sin embargo no existe un profesional, que se dedique exclusivamente al seguimiento de estos neonatos, además éste Hospital Regional Docente Las Mercedes es un hospital de referencia, al cual llegan la mayoría de niños de la región macro norte, con problemas respiratorios y que necesitan oxigenoterapia, los servicios de oxigenoterapia no son altamente eficientes, para brindar esta terapia

Otro ángulo importante a considerar es que los niños con ROP pueden sufrir una discapacidad visual dependiendo de su gravedad, que comprende una condición

médica genuina con ramificaciones psicosociales genuinas para el niño y su familia, a pesar de las repercusiones sociales que infiere. La mejora de esta discapacidad desde las fases iniciales de la vida habla de innumerables largos períodos de discapacidad visual con la consiguiente pérdida de largos períodos de vida fructífera y rentable, por lo que su contrarrestar es una tarea de alta necesidad.

El presente trabajo sirve para comprender como se están dando estos cuidados enfermeros y mejorarlos en la prevención y tratamiento de retinopatía en neonatos.

Con este estudio se beneficiarán en primer lugar los niños, que se atienden en el Hospital Regional Docente Las Mercedes”. En este hospital durante el año 2017 nacieron 4030 niños, de los cuales 763 se hospitalizan en neonatología, 263 son prematuros y un 11% presentaron algún grado de retinopatía, en el primer trimestre del 2017 Se detectaron 45 recién nacidos en riesgo de ROP y ellos son los beneficiarios directos, ya que el diagnóstico precoz de la retinopatía evitará sus complicaciones y no solo asegurará la supervivencia, sino también la calidad de vida.

Al evitar que los niños se queden ciegos como resultado de esta situación, las familias también se beneficiarán. Nuevamente, esta institución se verá favorecida porque se pueden evitar los costos que representa la complejidad mencionada.

Teniendo en cuenta que en la actualidad aun no cuentan con una guía de atención para el diagnóstico precoz de la retinopatía, es necesario ir trabajando en consenso con todas las enfermeras que laboren en este servicio para lograr mejoras en el cuidado que brindan a los recién nacidos.

Este trabajo servirá como punto de referencia para optimizar la atención neonatal para la prevención de la retinopatía del prematuro y proporcionará

antecedentes para futuros trabajos relacionados con este tema. También tiene como objetivo crear conciencia sobre los factores de riesgo y tomar las medidas necesarias para reducir las emisiones. .

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO I: Diseño Teórico.

CAPITULO II. Métodos y Materiales.

CAPITULO III. Resultados y Discusión

CAPITULO IV. Consideraciones Finales

CAPITULO V. Recomendaciones

CAPÍTULO I
DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Investigación

En la búsqueda de bases de datos a nivel mundial, latinoamericano y nacional no se encontraron trabajos de investigación que se relacionan claramente con el objeto de investigación, por lo que se tomó como referencia el siguiente estudio:

Soloa M. et al (2013)⁵ en Mendoza, Argentina, en el 2013, realizaron el trabajo de investigación “Atención de enfermería al recién nacido con oxigenoterapia en la prevención de la retinopatía”, el objetivo es determinar el cumplimiento del rol del enfermero en la prevención de la retinopatía del prematuro con oxigenoterapia. Concluyeron que los enfermeros tienen un conocimiento moderado de la fisiopatología de la ROP y las causas de la ROP, de las cuales el 76,67% conoce las formas preventivas, con mayor énfasis en mantener el RN entre las saturaciones recomendadas. De los encuestados, el 70% dice no haber recibido información o capacitación sobre ROP. El 86,67% conoce las consecuencias del mal uso de O₂ y el 73,33% informa conocer la existencia de un protocolo para administrar O₂, pero solo la mitad de la población lo aplica.

El 93,33% de los encuestados conoce los niveles óptimos de saturación, lo que lleva a mantener comportamientos adecuados a la hora de gestionar los flujos de gas, FiO₂ y parámetros ventilatorios y controles oftalmológicos, pero solo el 86,67% evalúa el requerimiento de oxígeno según la edad gestacional y el peso del recién nacido. Pero solo el 50% conoce el período de control oftalmológico, y solo el 16,67% conoce el protocolo de controles oftalmológicos que se realizan en el hospital. ⁴

1.2. Base Teórica Conceptual

El objeto del estudio, lo constituye el Cuidado de Enfermero a Neonatos con Oxigenoterapia para prevenir el ROP, por tal motivo se profundizara sobre el cuidado enfermero a niños con oxigenoterapia para la prevención del ROP efectos adversos de la oxigenoterapia, características del neonato prematuro y sobre la teoría que sustenta la investigación en este caso Teoría del cuidado Humano de Jean Watson todo ello contribuirá a tener mayor claridad sobre el objeto de investigación.

La prevención, como cuidado, es muy cautelosa en el suministro de oxígeno y acepta un valor de oximetría de pulso más bajo que el que usamos en el pasado. Cuando los recién nacidos reciben oxígeno, nos ayudará a reducir la ROP severa.

En nuestro país, debido a la ROP, el número de niños ciegos se ha incrementado de manera anormal, debido a nuestra responsabilidad profesional, nos vemos obligados a revisar nuestro conocimiento de esta enfermedad y las estrategias que hemos adoptado para lograr una adecuada prevención.

Según Watson J, la Enfermería ha sido una vocación que a largo plazo ha ido construyendo un campo disciplinar establecido en el Cuidado Humano y considerando todo, ha buscado en base a su información lógica y especializada el desarrollo de información y Esa propia presentación competente de la preparación académica, poniendo al individuo en el medio como el propósito detrás de su llamado.⁵

Esta investigación se basará en la teoría "Humanistic Care" de Jean Watson, que trata al ser humano como un individuo en su totalidad abarcando todas sus dimensiones (física, mental, etc.) y logra su armonía manteniendo la armonía humana. Salud completa. Y restaurar la salud.⁶

Watson estudia enfermería con un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico) y de base espiritual. Por eso la considera como el ideal moral y ético de la enfermería, es decir, la enfermería humana se establece por la relación terapéutica original entre las personas y, por tanto, es la relación, súper personal e intersujeto.⁶

Watson⁶, en su Teoría del Cuidado Humano sostiene que, Debido a los importantes ajustes estructurales administrativos de la mayoría de los sistemas de salud, debido al riesgo de humanización en la atención al paciente, es necesario salvar a las personas, aspectos espirituales y sobrehumanos en las prácticas clínicas, administrativas, educativas y de salud. Investigación realizada por profesionales de enfermería.

Watson expresó que la práctica diaria de la enfermería debe fundamentarse en un sólido marco de valía humanística, la enfermería debe desarrollarse a través de la vocación y la información lógica debe coordinarse para gestionar los ejercicios. Desde el punto de vista del tratamiento de los elementos útiles identificados con la ciencia, esta mezcla de humanidades comprende la encarnación del orden de la enfermería. Se centra en conexiones afectivas sobrehumanas. Dice que la enfermería es una obra de arte, cuando el asistente comprende las sensaciones del otro individuo y puede ver y sentir las sensaciones del otro individuo y expresarlas como la experiencia del otro individuo ⁶.

Para Watson, la enfermería es el centro de la vocación de enfermería: considerar mantener o restablecer el bienestar y ofrecer ayuda durante la vida y el fallecimiento. La hipótesis de la enfermería humana orienta el compromiso competente guiado por la moral, que es un importante factor estimulante del ciclo de enfermería. La naturaleza de la mediación del cuidador médico se basa en el apoyo del personal de enfermería y el personal del paciente y en una comprensión amplia de la conducta humana, sus reacciones, requisitos, esfuerzos e impedimentos, así como su consuelo, empatía y simpatía.

Watson considera la enfermería como parte de la existencia. Mejora la capacidad de los receptores de cuidados, promueve su crecimiento y promueve su potencial, porque las enfermeras tienen la responsabilidad de la enfermería y deben esforzarse por comprender y realizarla, con el fin de absorber el cuidado en sus tareas diarias.

Asimismo, el título de Watson es considerar la enfermería como una ciencia humana y un trabajo. Se cree que el amor y el cuidado incondicionales son fundamentales para el giro de los acontecimientos y la resistencia humanos; el cuidado y el amor por uno mismo va antes que el afecto y el cuidado por los demás; La parte de restauración de los ejercicios de enfermería no es un fin en sí mismo, sino un cuidado. Por lo tanto, como indicó Watson, el compromiso del asistente con los servicios médicos estará restringido por la capacidad del asistente para hacer una interpretación de su consideración óptima en la práctica de enfermería.⁶ Entre ellos, el conocimiento y la conducta son solo el conocimiento de la enfermera, desconociendo el potencial de las personas a las que cuida; esto no es solo una preocupación por convertir al sujeto en un medio de conducta a

través de la tecnología, ni es solo la amabilidad de los profesionales. Hay que exigir con cautela el diálogo, que representa la realidad creada por el mundo y la existencia humana, no para contemplarla por sí misma, sino para que produzca acciones que la modifiquen en el ámbito individual o colectivo. Conocí a alguien que le importaba⁶.

La Teoría de Watson⁶ se centra en seis acciones que pueden ayudar a las enfermeras a aprovechar al máximo sus habilidades y ocuparse de la atención humanitaria.

Establecer una relación de enfermería con los pacientes, es decir, abrirse y aceptar las necesidades afectadas, a través de la comunicación profunda y la escucha de inquietudes, haga que las personas se interesen más por la atención integral, lo que fortalecerá su rol como receptor de cuidados para satisfacer las necesidades de sus pacientes.

Trate al paciente como un todo. Además de la salud física, se ha vuelto entusiasta y sensible a la salud emocional y mental de los pacientes. Haga preguntas y escuche con atención los problemas físicos e irrelevantes. Cubre problemas no médicos, psicológicos o emocionales, son las necesidades internas efectivas del paciente y puede responder de manera adecuada.

Muestre aceptación incondicional. Debido a su frágil ubicación, es sensible a la inseguridad del paciente. Independientemente de la condición física del paciente, las necesidades emocionales o el grado de cumplimiento con usted o el médico, debe esforzarse por lograr la aceptación manteniendo un nivel uniforme de aprobación y atención.

Trate a los pacientes de manera positiva. Muestre respeto a través de la positividad y el aliento. Es muy abierta y aprende a cuidar a los demás, sin importar la actitud del paciente o el grado de positivismo.

Promover la salud a través del conocimiento y la intervención. Comunicarse honestamente con los pacientes sobre sus afecciones médicas. Fomentar la comprensión y la exploración de su salud mediante la educación y la investigación. Mostrar prácticas de salud a través de modelos. Interferirá en los hábitos de salud del paciente para adaptarse a un modelo más saludable.

Pase tiempo de calidad con los pacientes. Permanezca en él hasta que se responda su pregunta o la tarea que debe completar esté completamente completa.

Puede escuchar las inquietudes de los pacientes sin tener que mirar el reloj. Incluso si solo tiene cinco minutos con el paciente antes de realizar otras funciones, mantenga el contacto visual y haga que el paciente se sienta único e importante en estos cinco minutos prestando realmente atención al paciente.

Estas ideas nos permiten ampliar la idea del oficio del enfermero con respecto al tema del cuidado. En este sentido, es imperativo dar una consideración segura a los bebés, enfocándose en el giro neurológico de los eventos y enfocándose en la familia. En consideración neonatal, cada asistente debe ser responsable de una formación que dependa de su escolaridad, la mejor prueba accesible, la utilización del razonamiento básico y la comprensión y aptitudes adquiridas.

Encontrar profesionales es un trabajo permanente y ciertas habilidades son fundamentales. Dado que los recién nacidos son pacientes no verbales y requieren

de profesionales para determinar sus necesidades, todas las enfermeras deben estar comprometidas con el desarrollo profesional y la gestión eficiente de los recursos.

En este trabajo de investigación también incluiremos los métodos de trabajo de la enfermería a través del proceso de enfermería y las clasificaciones vigentes que existen en esta área, las cuales deben ser utilizadas todos los días.

El proceso de enfermería (PAE) incluye la aplicación de métodos científicos en la práctica de la enfermería. Se trata de una forma sistemática y organizada de gestionar la atención personalizada a partir del método básico de cada persona o de las distintas respuestas de cada persona ante cambios de salud reales o potenciales. Como cualquier método, PAE se configura con muchos pasos consecutivos que están relacionados entre sí. Si bien la investigación sobre cada uno de ellos se realiza por separado, es solo de naturaleza metodológica, debido a que las distintas etapas del proceso de implementación se superponen.⁷

Johnson M, Interrelaciones NANDA, NOC y NIC, (2018-2020) El proceso de enfermería involucra las habilidades que debe tener un profesional de enfermería cuando debe iniciar las etapas iniciales del proceso. Tener estas habilidades ayuda a mejorar la atención de los profesionales de la atención al paciente, incluido el nivel de salud o el estado de salud del paciente. La aplicación del proceso de enfermería tendrá un impacto en las profesiones, pacientes y enfermeras. Definiendo de manera profesional las áreas de práctica profesional e incluyendo estándares de calidad, los pacientes se beneficiarán de ello, porque a través de este proceso se puede asegurar la calidad de la atención, y también se mejora la satisfacción de los profesionales de enfermería.⁷

Una vez identificados los problemas que puede enfrentar la RNPT, formularemos los siguientes diagnósticos de enfermería en función de la prioridad. (2006).

00030 El intercambio de gases está alterado. -Cambios por oxigenación excesiva o insuficiente de la membrana alveolo-capilar o eliminación de dióxido de carbono.

00032 Modo de respiración no válido. -La inhalación o la exhalación no pueden proporcionar una ventilación adecuada.

00033 Insuficiencia respiratoria espontánea. -Reducción de las reservas de energía, provocando que la persona no pueda contener la respiración para mantenerse con vida.

00035 Existen riesgo de lesiones debido a la interacción de las condiciones ambientales con la adaptabilidad humana y los recursos defensivos.

00044 La integridad del tejido se ve afectada. -Lesión de mucosas o córnea, piel externa o tejido subcutáneo.

Cambios en el patrón respiratorio r / c reducción del volumen pulmonar total s / colapso alveolar m / p disnea (prueba de Silverman Anderson entre 7 y 10 puntos).

Durante el proceso normal de vascularización de la retina, el riesgo de ceguera r / c es muy alto / oxígeno suplementario a largo plazo.

El tema relacionado con este tema es la retinopatía, el cual se profundizará para un mejor entendimiento. La enfermedad afecta el desarrollo de vasos sanguíneos

en la retina de los recién nacidos prematuros, provocando la formación de nuevos vasos sanguíneos, proliferación vascular vítrea, desprendimiento de retina por tracción y formación de cicatrices en su etapa final. , Puede causar pérdida de visión en uno o ambos ojos, que varía en gravedad, y puede ser completamente ciego. Retinopatía del Prematuro (ROP) CIE 10 H 35.1.8

Respecto a la Retinopatía, el MINSA¹⁵. dice en su NTS N° 084/DGSP, (2012) - “La ROP (retinopatía del prematuro) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo del recién nacido prematuro provocando en sus etapas finales neovascularización, proliferación en el vítreo, desprendimiento de retina por tracción y cicatrización, que puede resultar en pérdida visual en 1 o en ambos. ojos, que varía en gravedad y puede llegar a la ceguera total ”.

La exposición temprana de los vasos sanguíneos inmaduros de la retina prematura a altas concentraciones de oxígeno puede causar vasoconstricción y oclusión vascular (el desarrollo anormal afecta la visión). Los vasos sanguíneos prematuros de la retina no están completos. En términos generales, cuanto menor sea la AG y el peso corporal, más inmaduro:

La incidencia de ROP es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso al nacer. Los bebés menores de 32 semanas y menores de 1500 gramos tienen un mayor riesgo, aunque los bebés de menos de 1000 gramos y menores de 28 semanas generalmente no se ven ⁸.

Debemos destacar que en nuestro medio se dan casos inusuales, que se entienden como recién nacidos mayores de 32 semanas y con un peso de 1500 gramos, cuyas retinas se ven afectadas desde hace tiempo por un manejo excesivo de oxígeno e hiperoxia.

La fisiopatología del problema. -La retina es un tejido nervioso altamente vascularizado que completa el desarrollo entre las semanas 40 y 44 del embarazo. Cuando un niño nace prematuramente, el tejido aún no ha completado su desarrollo, por lo que aparecerán áreas avasculares. Parte de la enfermedad son dos factores, retina inmadura e hipoxia e hiperoxia, que desencadenan factores de proliferación vascular. Es en estas áreas a vasculares donde pueden ocurrir cambios en el crecimiento de los vasos sanguíneos, lo que lleva al desarrollo de la enfermedad. ⁸

Aspectos epidemiológicos importantes. -Es una de las tres causas más comunes de pérdida severa de la visión en los niños y se está convirtiendo en la más común en los países en desarrollo. Niños con un peso al nacer menor de 1251 gramos: según el estudio Cryo ROP1 (1986-1987), representa el 66%; según el estudio de Connecticut (1989-1997), representa el 34%; según el 3-IMP del Instituto Perinatal Marino de Lima El 54,8% de la investigación (1995-1997) hará ROP. Niños con un peso al nacer menor de 1.000 gramos: Según el estudio Cryo ROP, el 82%, según el estudio de Connecticut, el 46%, según el 100% del estudio realizado por el Instituto de Investigación Materna Perinatal (actualmente Instituto de Especialización Materno Perinatal). ⁸

Factores de riesgo. -Bebés prematuros nacidos antes de las 32 semanas de gestación.

El recién nacido pesa menos de 1500 gramos. Los recién nacidos que pesan menos de 2000 gramos tienen uno o más factores de riesgo relacionados (oxígeno suplementario) y no se mide la fracción de inhalación de oxígeno (FiO₂).

Factores de riesgo relacionados:

- Materna: hipoxia crónica en el útero-retraso del crecimiento intrauterino: preeclampsia, sangrado en el tercer trimestre, diabetes materna, madres de fumadores empedernidos, corioamnionitis.
- Neonatales: Factores hematológicos: transfusión sanguínea y exanguinotransfusión, anemia. Gastroscopia: hipercapnia, hipocapnia, acidosis o alcalosis metabólica.
- Respiratorios: enfermedad pulmonar crónica, dificultad respiratoria neonatal, ventilación mecánica, episodios de apnea, anestesia general.
- Cardiológico: conducto arterioso persistente.
- Intestinales: enterocolitis necrotizante.
- Cerebrales: hemorragia en el ventrículo.
- Infecciosos: septicemia. Según: MINSA, (2012)⁸.

Manifestaciones clínicas, signos graves de retina perivascular, hemorragia vítrea, desprendimiento de retina, tracción retiniana, signos de exacerbación.

Clasificación, La retinopatía se clasifica por estadios, localización y extensión, de la siguiente manera: ⁸

Estadio 0: Vascularización incompleta sin signos de ROP.

Estadio 1: Demarcación como una línea blanca ubicada entre la retina vascular y a vascular.

Estadio 2: Cordón prominente de color blanco o rosado que hace relieve sobre la retina.

Estadio 3: Su característica es que nuevos vasos sanguíneos y tejido fibroso ingresan a la cavidad vítrea desde el cordón umbilical. Esta etapa puede ser leve, moderada o grave.

Estadio 4: parte del desprendimiento de retina, que se puede dividir en hoyos y hoyos.

Estadio 5: Desprendimiento de retina completo.

El signo más (+) de la enfermedad se define como el grado de expansión y tortuosidad de los vasos sanguíneos detrás de la retina. Las pupilas también mostraban signos de enfermedad grave, lo que provocaba dilatación de los vasos sanguíneos del iris, mala dilatación de la pupila y opacidad del vítreo.⁸

El diagnóstico, se realiza a través de los siguientes parámetros.

El examen del fondo de ojo es un examen que se realiza para valorar la enfermedad y permite visualizar la retina, que es la principal afectada por esta patología.

Un oftalmólogo profesional analiza la retina con la ayuda de un oftalmoscopio indirecto y las pupilas del bebé deben dilatarse durante el examen.

Todas las RNP fueron menores o iguales a 32 semanas EG y / o <1500 g PN. b- Todos los RNP superiores a 1500 g NP y / o 32 semanas de EG recibieron oxigenoterapia durante más de 72 horas. 8

Si es necesario, la retina se puede extirpar con láser o crioterapia para tratar la ROP. Para este proceso, el bebé debe permanecer estable, comprender completamente la condición clínica del paciente y realizar el proceso en la UCIN. Debe ayunar durante tres horas. Una hora antes del tratamiento, mezcle gotas para los ojos (topivacaína y fenilefrina) en sus pupilas cada 20 minutos, una gota por ojo.⁸

La mayoría de los problemas de ROP ocurren en bebés prematuros. Los bebés que nacen antes de las 37 semanas de gestación se consideran prematuros. Según la edad gestacional, los bebés prematuros se dividen en las siguientes categorías:

Muy temprano (<28 semanas).

Muy temprano (28 a <32 semanas).

Trabajo de parto moderado a prematuro (32 a <37 semanas) según: MINSA⁸.

Para una buena oxigenoterapia debe tenerse en cuenta lo siguiente: por ejemplo, la utilización terapéutica de oxígeno y es una pieza fundamental del tratamiento respiratorio. Debe recomendarse en función de razones legítimas y administrarse de forma precisa y segura como cualquier otro medicamento.

La razón del tratamiento con oxígeno es expandir la reserva de oxígeno a los tejidos amplificando la utilización del límite de transporte de sangre de los vasos sanguíneos. Por tanto, la medida de oxígeno en el gas inhalado debe garantizar que su factor de presión incompleto en los alvéolos llegue a un nivel adecuado para sumergir completamente la hemoglobina. El suministro de ventilación debería mejorar el enfoque de hemoglobina normal y mantener el rendimiento cardíaco y el flujo sanguíneo de los tejidos. El requisito de tratamiento con

oxígeno debe basarse constantemente en un juicio clínico prudente e, idealmente, estimaciones de gases en sangre de los vasos sanguíneos. El impacto inmediato es expandir el factor de presión del oxígeno alveolar, que disminuirá creado por la respiración y el trabajo del miocardio es importante para mantener una presión de oxígeno específica en los vasos sanguíneos. Situada en: Quiroga, A. ⁹

Oxígeno. -Este es un fármaco que tiene efectos adversos potencialmente importantes en los lactantes prematuros (PNPT), especialmente en los lactantes en edad gestacional (EG) menores de 1500 gramos y / o menores de 32 semanas. Es necesario evitar la hipoxia, pero no causar hiperoxia, que puede provocar lesiones y estrés oxidativo. Actualmente se sabe que un contenido de FiO₂ suficiente para mantener la saturación entre el 95% y el 100% es potencialmente peligroso. Además, los episodios repetidos de hiperoxia / hipoxia pueden provocar cambios en el tono vascular en recién nacidos inmaduros (RN). Evitar estos ataques puede reducir el riesgo de desarrollo del lecho vascular.⁸

La oximetría de pulso es un método no invasivo que puede estimar la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial, así como monitorear la frecuencia cardíaca y el ancho del pulso.

La presión parcial de oxígeno disuelto en la sangre arterial se llama PaO₂. El porcentaje de saturación de oxígeno unido a la hemoglobina en la sangre arterial se llama SaO₂. Cuando se mide con un dosímetro de pulso, este valor se llama SpO₂.

El límite de alarma de saturación del programa, el monitor de SpO₂ debe usarse inmediatamente después del nacimiento. La programación mínima es del 85%, la

programación máxima es del 93% (o el PNT máximo no supera el 95%). El límite no

Debería cambiarse basándose en que la alerta suena con la mayor frecuencia posible.

Las alertas nunca deben eliminarse. Precaución de baja inmersión: Ante una alerta de inmersión por debajo del 85%, es ventajoso preguntar: ¿Es adecuada la onda de tiempo? ¿Es un problema de sensor? ¿Qué es el pulso y la respiración? ¿Qué tan baja es la inmersión? ¿Durante qué período de tiempo ha estado por debajo del nivel satisfactorio?

Inmersión requerida: <1200 g. O por otro lado <32 semanas: 1200 gramos (88% a 92%). O > 32 semanas: 88% a 94%. Este estándar debe realizarse dos meses después del transporte o hasta que finalice el desarrollo de las venas de la retina.

Si la saturación de oxígeno excede el límite superior, la reducción de FiO₂ debe reducirse gradualmente, con una reducción del 2% al 5% cada vez. Debe evitarse la excesiva y rápida disminución de FiO₂ que provoca hipoxia, ya que esto suele conllevar aumentos posteriores de FiO₂ y riesgo de hiperoxia. Cuando la SpO₂ es estable y > 92-93% dentro del período de tiempo especificado (no menos de 5-10 minutos), debe reducirse. Durante el inicio agudo de la desaturación confirmada: Mantenga la SpO₂ entre 85-93% hasta que NB se estabilice. Después de una desaturación aguda: restablezca la FiO₂ al valor inicial lo antes posible. Según: MINSA. (2012)⁸

Tabla 1:

Esquema de saturación óptima en prematuros:

RN prematuro	Saturación deseada	Alarma mínima del saturómetro	Alarma máxima del saturómetro
< 1200 gramos o < 32 semanas	88 a 92 %	85 %	93 %
>1200 gramos o > 32 semanas	88 a 94 %	85 %	93 %

Todas las recomendaciones sobre la saturación óptima para prematuros son válidas, y siempre que un recién nacido reciba oxígeno (ventilación mecánica, barba, halo, etc.), se deben seguir estas recomendaciones MINSA, (2012)⁸.

Si decides iniciar la oxigenoterapia, debes considerar que se debe calentar, humidificar y administrar mediante un sistema cómodo. El recién nacido puede tolerar bien el sistema y el sistema puede ajustar la concentración de oxígeno; además, debe ser Los niños son monitoreados.

El oxígeno se puede gestionar mediante varios sistemas no invasivos que pueden ayudar a los recién nacidos a respirar de forma espontánea y se pueden clasificar según el nivel de flujo utilizado: flujo bajo y flujo alto; ambos sistemas pueden proporcionar del 24% al 100% Concentración de oxígeno.

En las fases del soporte respiratorio neonatal tenemos en cuenta tres fases:

Fase I. Que es una terapia con oxígeno inhalado. Usado en niños con problemas pulmonares crónicos con requerimiento bajo de oxígeno. El flujo debe ser de 2 LPM, mayor flujo produce turbulencia y presión.

Aporta oxígeno entre 30% y 35% a un flujo de 1LPM, es de fácil manipulación.

Por lo general, se recomienda comenzar con oxígeno inhalado al 40% (FiO₂). Si la situación empeora (hipoxemia o saturación transdérmica por debajo del 86%) aumenta a 60% FiO₂, y si aumenta el Silverman o gas en sangre con hipoxemia se recomienda ingresar al estadio II. Si hay mejoría (saturación normal de oxígeno en sangre o saturación transcutánea superior al 86%), permanecerá en FiO₂ hasta que se estabilice y se retire el casco o la punta de la nariz.⁹

La forma de entrega de oxígeno se da por tres formas: Oxígeno por casco, oxígeno por máscara, oxígeno por cánula nasal.

Fase II. Se emplea presión positiva continua (CPAP). Se puede administrar oxígeno por prongs nasal debe utilizar un mezclador o blender.

La Fase II o presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) generalmente se aplica a través de la cavidad nasal o la ruta nasofaríngea. Se recomienda comenzar con una presión de 4-5 cm H₂O y 40% FiO₂. En el caso de hipoxemia, la presión se puede incrementar en 2/2 hasta un máximo de 12. Siempre tenga cuidado de no causar una inflación excesiva de los pulmones. Según la presión CPAP, la FiO₂ también puede aumentar gradualmente, incluso hasta el 100%. Si persiste la hipoxemia a pesar de la presión de 12 y la FiO₂ del 100%, en caso de hipercapnia persistente o hiperdilatación pulmonar se debe adoptar el estadio III.⁹

La tercera fase. Utilice ventilación mecánica. Este es el nombre de cualquier procedimiento de respiración artificial (VM) que utiliza equipo mecánico para

ayudar o reemplazar la ventilación. Además, puede mejorar la oxigenación y afectar la mecánica pulmonar.

El propósito de la VM es mantener, normalizar o manipular el intercambio de gases, aumentar el volumen pulmonar cuando se abre, expandir las vías respiratorias y las unidades alveolares y reducir el trabajo respiratorio de los músculos respiratorios.

Cuidado de enfermería en ROP. - Hasta la fecha, se han tomado varias medidas para prevenir principalmente el desarrollo de ROP grave. En primer lugar, es eficaz monitorizar los gases en sangre para evitar cambios en la hipoxia e hiperoxemia.

La atención de alta calidad en medicina neonatal significa brindar un nivel adecuado de atención a cada recién nacido sano y brindar más profesionalismo a quienes lo necesitan mediante el uso de procedimientos de alta calidad, un entorno favorable y la medición de los resultados neonatales a corto y mediano plazo. De cuidado. .

El oxígeno es el fármaco más utilizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y, como todos los fármacos, presenta riesgos y beneficios inolvidables. Por lo tanto, se debe señalar y determinar la dosis. El oxígeno que se utilizará en el recién nacido se mezcla con aire, se humidifica, se calienta y se monitorea, y tiene una concentración de FiO_2 conocida. Quiroga A⁹.

Hay muchas formas de administrar oxígeno. La elección estará relacionada con la duración del tratamiento, las características y patología del paciente y el efecto deseado.

El personal de enfermería debe comprender el conocimiento del uso de oxígeno y brindar una atención libre de riesgos, asegurarse de que se administre de manera adecuada y asegurarse de que el paciente esté en un nivel de saturación para reducir la toxicidad y su seguro de daños potenciales, además de comprender los métodos de control del oxígeno. Los recién nacidos deben someterse a un examen ocular. Esto significa que las tareas en el servicio de neonatología deben ser evaluadas con frecuencia para evitar posibles complicaciones, teniendo en cuenta que el equipo de oxígeno adecuado, los recursos humanos adecuados y el cumplimiento de la normativa también pueden ayudar a prevenir esta enfermedad.

Quiroga, A⁹, señala que existe evidencia de que son muchos los factores que causan la retinopatía neonatal, que es el principal motivo de la falta de oxígeno, pero también incluye enfermeras insuficientes, medidores de saturación insuficientes, agitadores y otros equipos, diagnóstico tardío o insuficiente, y el número de oftalmólogos o materiales insuficientes necesarios para la enfermería, etc.

Entre los principales cuidados de enfermería a tener son:

- Saturación del 100%: ALERTA!
- Descenso paulatino de la FiO_2 , (de 2 a 5%) para ver si la saturación supera el límite superior.
- Evitar exagerado y rápido descenso de la FIO_2 que produzca hipoxia ya que en general conduce a aumentar la FiO_2 y riesgo de hiperoxia.

- Aceptar Como PO2 mínima, en donde el Recién Nacido se mantenga estable (50-70mmHg)
- Reconocer que el oxígeno es una droga peligrosa y utilizar lo únicamente cuando lo requiera.
- Utilizar siempre la mezcla de gases.
- Cuidados Durante el examen ocular.
- Preparación previa según indicación médica: Valorar respuesta a las gotas para dilatación y brindar envoltura de contención.
- Control de signos vitales previo y posterior al examen.
- Tratamiento del dolor mediante succión no nutritiva.

Para la autora, la enfermería es considerada como la búsqueda del bienestar de la persona cuidada, porque la persona es una persona indispensable, única y enérgica que experimentará pensamientos, comportamientos y sentimientos en el proceso de crecimiento. Enfermería no solo significa compromiso profesional y responsabilidad con la sociedad, un arte de cuidar la salud de las personas, familias y comunidades, y todo esto es aplicado por profesionales de enfermería que se dedican a los servicios de neonatología en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. El objetivo principal es mantener la mayor salud física, mental, social y espiritual de la humanidad.

1.3. Marco Legal

Ley N^a 26842, Ley General de Salud.

La salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y un medio básico para lograr el bienestar individual y colectivo.

La protección de la salud es de interés público. Por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de regular, monitorear y promover la creación de condiciones para garantizar una seguridad, oportunidad y calidad socialmente aceptables para brindar a las personas todos los beneficios de salud.

Resolución Ministerial N° 539-2006/MINSA que aprueba la Guía Técnica, Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad⁸.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de Investigación

“La investigación es Cualitativa porque el objeto de la presente investigación es el cuidado enfermero en la prevención del ROP, el cual va a poder ser estudiado a través de la interpretación de los discursos de los sujetos investigados, así como de los comportamientos de estos cuando brindan cuidados para prevención de retinopatía a recién nacidos con oxigenoterapia”¹² la investigación cualitativa se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias o vivencias de los participantes. También tiene como propósito explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los participantes, analizando e interpretando las propias palabras de las personas y su comportamiento.

En este tipo de investigación las investigadoras lograron caracterizar, comprender e interpretar el fenómeno en estudio, a través de las observaciones realizadas por las investigadoras, así como la interpretación de los discursos de los investigados. También se logró describir y analizar cómo es el comportamiento de los sujetos de investigación en la realidad del hospital en la que se realizara la investigación.

2.2. Enfoque Metodológico

Esta investigación fue abordada metodológicamente a través del estudio de caso, pues se realizó la interpretación y descripción exhaustiva del comportamiento y los discursos de las enfermeras cuando cuidan a neonatos con oxigenoterapia tratando de evitar el problema de ROP.

Al respecto: Burns y Groven¹³, (2012) Los estudios de casos incluyen investigaciones en profundidad y descripciones detalladas de pacientes o grupos de pacientes con características similares para promover la comprensión de las intervenciones de enfermería.

Los creadores eligieron esta técnica porque les permite realizar un examen interno y externo del mundo real, es decir, una investigación de arriba a abajo de la consideración neonatal con tratamiento con oxígeno para prevenir la retinopatía.

El examen actual permitió ver cómo es la Atención de Enfermería al Recién Nacido con Oxigenoterapia en contra de la Retinopatía del Servicio de Neonatología, Hospital Regional Docente Las Mercedes, para ello los científicos se guiaron por una premisa hipotética subyacente, la cual fue diseccionada y considerada en At Todas las temporadas de la exploración, además, el objeto de investigación del especialista lo impulsaba continuamente a buscar un catálogo actualizado, que lo ayudaba a explicar la información pasada que tiene.

“El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las *fases*” Propuestas por: Martínez, M¹⁶. (2006)

La Primera Abierta o Exploratoria.

Esta etapa comenzó con un plan muy temprano y, a medida que se desarrolló la investigación, el plan se hizo más claro. En este sentido, este estudio de caso se basa en algunas cuestiones planteadas por el autor a partir de su práctica clínica profesional y la experiencia de los bebés prematuros. Estos problemas iniciales o puntos clave se han estudiado a través de literatura relevante, como: Guías práctica

clínica del manejo de la retinopatía del prematuro del MINSA. Luego se entrevistó a las enfermeras que estaban trabajando en el servicio de UCI neonatal y observamos su trabajo cotidiano en los diferentes turnos (mañana, tarde y noche), Por tanto, en este caso, tenemos una situación problemática y más claramente definido el objeto de investigación, el cuidado Enfermero en Recién Nacidos con Oxigenoterapia en prevención de Retinopatía.

Fase Sistemática o de Delimitación del Estudio.

En esta fase los elementos clave y las limitaciones generales del problema se determinan para utilizar instrumentos semiestructurados para recolectar información de manera sistemática, la elección depende de las características del objeto de investigación.

El Análisis Sistemático y la Elaboración del Informe.

Una vez reunidos los datos sobre el objeto de estudio, se completó la investigación de actualidad, lo que permitió una comprensión superior del mismo, finalmente se elaboró un informe ordenado según los principios de la unidad de posgrado de la Facultad de Enfermería de la UNPRG.

Principios del estudio de caso El método de narración utiliza un lenguaje claro y de fácil comprensión, que permite comprender el contenido del discurso y la explicación final de las categorías y subcategorías. Luego de este proceso, se explicarán en detalle las consideraciones finales y se narrarán en base a la información encontrada.

Las investigadoras analizaron como es el cuidado enfermero en la administración de oxígeno, captación tratamiento, seguimiento y recuperación del recién nacido con retinopatía.

2.3. Población y Muestra

Población: Integrado por 16 enfermeros que brindaron atención en el departamento de neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de enero a marzo de 2018

Criterios de Inclusión.

Se incluyeron a enfermeras del Servicio de Neonatología del HRLM, que reunieron los siguientes criterios:

1. Que trabajen al menos 3 meses en este servicio a fin de que hayan tenido oportunidad de atender a niños en oxigenoterapia.
2. Enfermeras que aceptaron ser parte del estudio de manera voluntaria.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 10 enfermeras, esta se determinó por saturación y redundancia la cual se refiere al momento en el que los testimonios de las Enfermeras encuestadas y las observaciones realizadas, se volvieron repetitivas y ya no aportan a la investigación se dio por concluida la recolección de la información.

2.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En primer lugar, se tuvo la aprobación del proyecto por los miembros del jurado a través del decreto respectivo emitido por el Decanato de la Facultad de Enfermería. Se pidió permiso al Médico Jefe de Servicio y Enfermera del Servicio de Neonatología HDLM.

Luego se informó a las enfermeras sujetos de investigación, sobre la investigación a realizar, a quienes aceptaron participar sin obligación y firmar el consentimiento informado (Apéndice A).

Para la recolección de datos se utilizó como técnicas a la entrevista abierta a profundidad y la observación participante y como instrumentos las guías correspondientes a cada una de ellas, dirigidas a las profesionales de enfermería sujetas de estudio. (Anexo B y C).

Para la validación de los instrumentos se utilizó el juicio de expertos a través de la participación de una enfermera docente investigadora del área de neonatología, la coordinadora del servicio y la unidad de capacitación del hospital en estudio, quienes sugirieron modificaciones en los instrumentos, sugerencias aceptadas por las tesisistas.

Para la aplicación de la entrevista abierta a profundidad las investigadoras utilizaron un tiempo aproximado de 30 minutos por enfermera utilizando la técnica de profundización, parafraseo, la repregunta, el resumen, confrontación.

Por otra parte, se utilizó la observación participante la cual permitió observar el comportamiento y cuidado que realiza la enfermera. Para la realización de la observación participante las investigadoras asistieron en los diferentes turnos a

observar y registrar cómo es que la enfermera cuida a estos niños con riesgo de ROP.

2.5. Análisis de los Datos

En la investigación cualitativa, la recopilación y el análisis de datos se llevan a cabo casi simultáneamente. Además, debido a que cada estudio necesita analizar su propio protocolo o "programación", el análisis no está tan estandarizado como en los estudios cuantitativos. Después de analizar varias voces y no encontrar información nueva, se determinó la "saturación" y luego se analizó.

Cuando se realizaron las reuniones, se interpretaron, manteniendo su devoción de manera constante, considerando seudónimos los nombres de los miembros.

Se realizó una investigación temática, donde se examinaron detenidamente y refrito las direcciones para descontextualizarlas con la búsqueda de sujetos, en unidades de significación; medida en la que se encontraron componentes normales entre sujetos y la variedad insesgada de la información. Posteriormente esto sirvió para enmarcar subcategorías y clasificaciones, en un ciclo de recontextualización, se habló de ellas a la luz de los precursores, base hipotética, hipótesis que sustenta el examen y en la circunstancia concreta.

2.6. Rigor Científico

“La presente investigación estuvo basado en los principios” propuestos por: Polit D¹⁶. (2006), que se describen a seguir:

Confidencialidad

Mencione el hecho de que toda la información expresada por los participantes de la investigación no se hará pública para ningún otro propósito, garantizando así el anonimato en todo momento. Esto asegurará que obtenga datos más profundos y precisos.

Credibilidad

La base de la credibilidad o estima de la verdad (también llamada autenticidad) es una necesidad significativa, ya que puede dar prueba de las maravillas y los encuentros humanos, que son vistos por el sujeto. En el momento en que los científicos recopilan datos genuinos a través de percepciones y reuniones con los miembros del estudio, se cumple este estándar. En consecuencia, lo importante para reforzar la técnica de credibilidad es que el científico retrata y descifra su propia conducta e involucramiento con conexión a las prácticas y encuentros de los sujetos que explora.

La confirmabilidad

En la presente investigación la información se mantuvo según lo expresado en las reglas mencionadas anteriormente, sin profanar los datos y el estado en el comportamiento de las personas que pueden comprometerse a mejorar el examen.

2.7. Consideraciones Éticas

En materia de ética, hemos considerado el "Código de Ética" del Colegio Peruano de Enfermería. En la investigación, los investigadores creen que los principios de buena fe, autonomía, justicia, verdad y confidencialidad son aceptadas como los

seis principios básicos del comportamiento ético del Perú. Investiga con humanos. Según: Colegio de Enfermeros del Perú¹⁹ (2009).

Principio de Beneficencia

El comportamiento benévolo o no malicioso debe seguir este principio moral y hacer buenas acciones para evitar daño o perjuicio al sujeto o la sociedad. Actuar con liberalidad significa ayudar a otros a obtener lo que es beneficioso para ellos, o promover el bienestar de los demás y reducir el riesgo de maldad que pueda causarles daño físico o psicológico.

En este trabajo de investigación, los investigadores no sometieron a los colaboradores a ningún tipo de perjuicio en ningún momento, por lo que las consecuencias obtenidos en la investigación serán estrictamente utilizados para tal fin.

Principio de Autonomía

Protege la libertad personal de todos para decidir qué acciones tomar en función de su libre elección. Respetar a las personas son individuos autónomos, lo que significa reconocer las decisiones tomadas en base a sus valores y creencias personales.

Principio de Justicia

De acuerdo con el principio de justicia, se comprueba que es justo o equitativo, es decir, según las necesidades personales de cada persona, un trato igual entre igualdad y trato diferencial entre desigualdades. Esto significa que las personas con las mismas necesidades de salud deben recibir la misma cantidad y calidad de

servicios y recursos. Además, las personas con mayores necesidades que otras deberían recibir más servicios que otras según sus necesidades. El principio de justicia está estrechamente relacionado con el principio de lealtad y verdad. Conforme. Colegio de Enfermeras del Perú¹⁹, (2009).

Principio de Confidencialidad.

Este principio se refiere a proteger la información personal que ha obtenido en el curso de su servicio de enfermería y mantener la naturaleza profesional confidencial de la información, en lugar de comunicarse con nadie sobre la confianza personal del paciente. Si el paciente revela información que es de interés para cualquier miembro del equipo de manera confidencial, se le debe pedir al paciente que autorice la divulgación de esa información o debe divulgarla personalmente. En este trabajo de investigación, la información declarada por los participantes de la investigación no se hará pública para ningún otro propósito, asegurando así que los participantes permanezcan en el anonimato en todo momento.

CAPÍTULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos de la retina en desarrollo de los recién nacidos prematuros, provocando neovascularización, hiperplasia vítrea, desprendimiento parcial de retina y formación de cicatrices en sus etapas finales, que pueden provocar pérdida de visión1 O 2 ojos, con diferente gravedad, pueden estar completamente ciegos.

Cuando ocurre un parto prematuro (definido como un recién nacido con una edad gestacional de menos de 37 semanas), el proceso normal de angiogénesis retiniana puede cambiar, lo que hace que los vasos sanguíneos de la retina se estanquen y luego crezcan de manera anormal, lo que lleva a la retinopatía del prematuro. .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) **colocar superíndice** enumera la ROP como una de las principales causas de ceguera prevenible en todo el mundo.

La oxigenoterapia es uno de los procedimientos más importantes que se realizan en la atención neonatal, donde la prevención de la ROP sigue siendo un gran desafío. Hasta ahora ha sido controlado por un pulsioxímetro, aunque tiene una serie de limitaciones que lo hacen impreciso en determinadas situaciones.

El propósito de este estudio es comprender cómo prevenir la retinopatía neonatal mediante la oxigenoterapia en el departamento neonatal del Hospital Regional Docente Las Mercedes. el cual ha sido abordado a través de estudio de caso, aplicándose entrevistas abiertas a profundidad a enfermeras que trabajen en el servicio, quienes también fueron observadas cuando cuidaban niños sometidos a oxigenoterapia por las diferentes métodos y fases de administración de oxígeno, uso de monitores, de saturómetros, etc. El análisis fue temático, identificándose unidades de significado,

sub categorías y luego categorías. Los resultados de la presente investigación, se presentan a continuación.

Para cuidar el anonimato se colocó seudónimos, correspondiéndole a las enfermeras el nombre de: Luna, Sol, Lourdes, Margarita, Esmeralda, Flor Amarilla, Lirio, Girasol, Orquídea, puestos de acuerdo a la elección de las investigadas.

De este análisis emergieron cuatro grandes categorías con sus respectivas subcategorías, las cuales se presentan a continuación:

I. VALORANDO EL RIESGO DE ROP EN LOS NEONATOS SEGÚN NORMA TECNICA.

- 1.1. Identificando a los recién nacidos que requieran suplemento de oxígeno.
- 1.2. Considerando la edad gestacional del recién nacido como riesgo de ROP.
- 1.3. Calificando el bajo peso del recién nacido como riesgo de ROP.
- 1.4. Alto riesgo de ROP en RN con antecedente de oxigenoterapia prolongada.

II. APLICANDO INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL ROP.

- 2.1.-Vigilando la saturación de oxígeno que sea adecuado.
- 2.2.- Comprobación de la presión de oxígeno y aire comprimido hacia el ventilador mecánico, como medida de prevención de ROP
- 2.3.-Destete progresivo de la oxigenoterapia.
- 2.4.- Programando las alarmas del saturómetro dentro de los valores normales.

2.5.-Utilizando los protocolos establecidos para evitar ROP.

III.- CAPTACION Y SEGUIMIENTO DEL NEONATO CON RIESGO DE ROP.

3.1.- Captación y tamizaje obligatorio a todos los neonatos con oxigenoterapia

3.2.- Apoyando al diagnóstico de ROP.

3.3.- Realizando el seguimiento a los neonatos en riesgo de ROP.

IV.- BRINDANDO CUIDADO ENFERMERO CON CALIDEZ A LA FAMILIA.

4.1.- Integrando a la familia en la recuperación del neonato.

4.2.- Apoyando a la expresión de sus emociones frente a la realidad.

I.- VALORANDO EL RIESGO DE ROP EN LOS NEONATOS SEGÚN NORMA TECNICA.

El personal de enfermería debe aumentar sus conocimientos sobre el uso del oxígeno y brindar una atención segura y tranquilizadora que permita su uso adecuado y mantenga el nivel de saturación del paciente, reduciendo así la toxicidad y el daño potencial del mismo. También comprenda que se debe realizar un examen de la vista. Esto significa que las tareas de los servicios de neonatología deben ser evaluadas constantemente para evitar posibles complicaciones, mientras que el equipo de oxígeno adecuado, los recursos humanos adecuados, el cumplimiento de la enfermedad y la capacitación continua también deben ayudar a prevenir la enfermedad.

La evidencia muestra que son muchos los factores que causan la retinopatía neonatal, que es la principal causa de deficiencia de oxígeno, pero también afecta la escasez de enfermeras, los defectos de los medidores de saturación, oxímetros, mezcladores y otros equipos y diagnóstico. El número de oftalmólogos puede ser insuficiente, insuficiente, insuficientes materiales necesarios para la atención, etc. Esta categoría proviene de las siguientes subcategorías:

1.1.- Identificando riesgo de ROP en los recién nacidos que requieran suplemento de oxígeno.

El oxígeno se considera una droga poderosa. Es fundamental para obtener energía y mantener la función cerebral y la vida de los bebés prematuros, pero, al igual que otras drogas, puede tener efectos nocivos.

El dilema del oxígeno (O₂) en neonatología es muy interesante, pero al mismo tiempo frustrante. Aunque se ha utilizado ampliamente en recién nacidos (RN) durante más

de 80 años, todos los niños, no todos los procesos de crecimiento, porque el oxígeno no es solo Es una especie de gas, pero también una especie de medicamento, tiene indicaciones, dosificación, efectos adversos y necesidades de seguimiento, como se muestra en el siguiente discurso:

“Identificamos si los recién nacidos son prematuros o a término que presenten problemas como síndrome de distrés respiratorio, asfixia neonatal entre otros”. Lirio.

“En niños con distrés respiratorio, con cianosis y niños asfixiados, se coloca saturómetro y oxígeno inmediatamente”. Margarita.

“Si nos ingresa un bebe con cianosis se le coloca oxígeno y se le comunica al médico para la indicación que fase de oxígeno va a recibir. Lourdes.

El suministro de oxígeno, especialmente a través de la ventilación mecánica, es otro factor muy importante, pero la ROP puede ocurrir incluso sin oxígeno o después de un control cuidadoso.

Las investigadoras han observado que la gran mayoría de enfermeras identifica a los recién nacidos que necesitan suplemento de oxígeno y además tienen conocimiento actualizado en la administración correcta de oxígeno, pero existe una gran dificultad en la falta de material e insumos. (Investigadoras 1,2).

Según Soloa M et al⁵, (2013)⁵ El 86,67% conoce las consecuencias del mal uso del oxígeno.

1.2.-Considerando la edad gestacional del recién nacido como riesgo de ROP.

La hipótesis del cuidado de Jean Watson es uno de los fundamentos de la hipótesis de la consideración humana. Esta hipótesis piensa en la consideración como un componente de la presencia, sobre la base de que el beneficiario tiene las obligaciones que la acompañan: lidiar con ella, debes esforzarte por comprenderla y ejecutarla. Para asimilarlo en el trabajo diario. El amor y el cuidado incondicional son fundamentales para el giro y la resistencia humanos de los acontecimientos. Enfocarse y adorarse realmente en uno mismo va antes de apreciar y enfocarse realmente en los demás; La parte de restauración de los ejercicios del cuidador médico no es un fin en sí mismo, sino un cuidado. Por lo tanto, según Watson, el compromiso del asistente médico con la atención médica estará restringido por la capacidad del asistente médico para ejecutar su consideración óptima.²⁹

En el momento en que un bebé es concebido precipitadamente, este desarrollo típico de las venas se detendrá y comenzarán a desarrollarse venas extrañas. Después de algún tiempo, este desarrollo de venas creará cicatrices de tejido fibroso, que se adherirán a la retina y se mantendrán firmes en la masa de gel razonable, ocupando en consecuencia el espacio entre la retina y la parte posterior del punto focal MINSA⁸.

La mayoría de problemas de ROP se presentan en los recién nacidos prematuros, de allí que la enfermera se preocupa por la prevención de ROP principalmente en niños prematuros, tal como se hace evidente en los siguientes discursos.

“Se identifica la edad gestacional del niño que va a recibir oxigenoterapia, ya que sabemos que los daños en niños prematuro con oxigenoterapia son más graves que en un niño a término”.
Kelly.

“Nos mantenemos alertas en niños de 32 semanas, niños menores de 2 kilos y los niños que aún están usando oxígeno por diversas razones como asfixiados severos”.

Orquídea

Gutierrez y Vergara³. en el Hospital Regional Docente Las Mercedes los resultados mostraron que el riesgo de ROP aumentó con la disminución de la edad gestacional y el peso al nacer. La conclusión es que la forma severa de ROP es inversamente proporcional a la edad gestacional de menos de 32 semanas y el peso de menos de 1500. gramos.

Por tanto, cuidar significa prestar atención, utilizar nuestras habilidades, acompañamiento y sensibilidad ante el sufrimiento y la esperanza humanos. Luego, es necesario conocer a las personas que necesitan ayuda y diseñar las estrategias necesarias para garantizar la comodidad y la confianza para ser atendido.

Puntualizamos entonces que las enfermeras identifican a los neonatos con necesidades de suplemento de oxígeno y a aquellos de menor edad gestacional como aquellos neonatos más susceptibles de desarrollar ROP

1.3.- Calificando bajo peso del recién nacido como riesgo de ROP.

La retinopatía del prematuro es una enfermedad multifactorial, que es más común en niños que pesan menos de 1200 gramos. Estos niños con bajo peso al nacer en grupos de alto riesgo tienen un 55% más de probabilidades de desarrollar esta patología. El 10% de ellos ha llegado a la etapa activa de la enfermedad, importante y solo la mitad se ha resuelto dejando algún tipo de secuela, y el resto ha desarrollado ceguera. Martínez¹⁶, (2006) Por ello los profesionales de enfermería están alertas para prevenir

o detectar ROP en aquellos neonatos de bajo peso, como se evidencia en los discursos siguientes.

“En el servicio tomamos muy en cuenta el peso del niño que ingresa a la UCI, porque es un grupo de riesgo de ROP y además para que posteriormente se capte para el control oftalmológico”.
Girasol.

Soloa M , et al ⁵, en la investigación realizada en Mendoza, Argentina, 2013 Se encontró que el 86,67% de los profesionales consideraría la edad gestacional y el peso de los recién nacidos al evaluar la demanda de oxígeno. Acciones necesarias para cumplir con la normativa establecida por el Ministerio de Salud de Argentina.

Las investigadoras consideran importante la valoración de la edad gestacional y peso del recién nacido, para la adecuada administración de oxígeno.

El cuidado y la enfermería se forman en el proceso de enfermería con una forma, forma, modo, estilo, patrón, tamaño, sistema, estructura, un proceso con estrategias formales e informales, visible, sentido, percibido o no Constituyen el hábito de hacer cosas a través de la salud humana en el proceso de la existencia humana.⁶

La retinopatía del prematuro es una enfermedad de los bebés prematuros de bajo peso al nacer. Se caracteriza por un crecimiento anormal de vasos sanguíneos en la retina. Los vasos sanguíneos anormales pueden causar sangrado, cicatrización y ruptura y, en casos graves, pueden provocar desprendimiento de retina y ceguera..¹⁰

1.4.- Alto riesgo de ROP en RN con antecedente de oxigenoterapia prolongada.

MINSA del Perú¹, (2011) “en su Guía práctica clínica de Retinopatía de la prematuridad en el 2007”¹⁶, la administración de oxígeno medicinal en los recién nacido en general y en los prematuros en particular debe ser realizado siguiendo los parámetros correspondientes. Los establecimientos de salud deben contar con personal profesional capacitado y entrenado en el uso racional de oxígeno en los recién nacidos. Deben disponer de equipamiento y mantenimiento necesario para brindar una apropiada oxigenoterapia.

El O₂ es un gas medicinal. El uso a largo plazo y el uso de altas concentraciones, especialmente en recién nacidos con menor peso y baja edad gestacional, producirán importantes efectos adversos reconocidos desde hace mucho tiempo. Los episodios repetidos de hipoxia / hiperoxemia pueden provocar cambios importantes en el tono vascular, y un correcto tratamiento de O₂ puede evitar este cambio, que es fundamental para que el personal de enfermería, especialmente en la unidad de cuidados intensivos, controle su seguimiento y manejo (UCIN) porque es muy tóxico en esta etapa de la vida.

Ante una determinada sustancia tóxica, puede ser oxígeno. Se ha determinado que la inhalación incontrolada de oxígeno durante más de 10 horas prolongará el tiempo de exposición a altas concentraciones de oxígeno, lo que aumentará la probabilidad de que se dañe la retina de los niños vulnerables.

Los profesionales de enfermería en el escenario de estudio, tienen muy presente el antecedente de oxigenoterapia prolongada a neonatos como riesgo de ROP y para realizar el tamizaje y seguimiento respectivo, tal como se evidencia en los resultados siguientes:

“Tenemos cuidado con los neonatos que han recibido oxígeno y que han estado en ventilador por bastante tiempo o han recibido el oxígeno sin mezclador”.

Luna.

“En la observación se evidencia que las enfermeras del servicio de la UCI, registran el número de días que el neonato está recibiendo oxígeno.

Las investigadoras observaron que la mayoría de enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales HRDLM monitorizan con mucho cuidado a todos los RN que están recibiendo oxígeno en sus diferentes fases, asimismo establecen un plan de cuidados de enfermería estandarizado para cada niño. *(Investigadoras 1,2)*

Con base en nuestros hallazgos, se puede concluir que el uso de equipos adecuados para monitorear la SpO₂ se acompaña de una estricta práctica clínica de manejo y monitoreo de oxígeno para evitar valores "altos" de SpO₂ y minimizar las fluctuaciones desde el momento del nacimiento. En unas pocas semanas, la retinopatía del prematuro disminuyó significativamente.

II.- APLICANDO INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DEL ROP.

La enfermera es la encargada del manejo del oxígeno, en muchos casos no cree que este elemento sea un fármaco o más, por lo que desconoce el uso racional de este elemento y la etapa de soporte de oxígeno del recién nacido. Se convierte en uno de los factores por los que el fármaco puede ocasionar secuelas, como displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro. Por lo tanto, los profesionales de enfermería que trabajan en neonatología deben comprender otros aspectos del

conocimiento: la fisiología respiratoria del neonato, las fases de administración de O₂, así como la dosis, concentración, indicaciones, contraindicaciones y procedimientos para administrar oxigenoterapia en las condiciones adecuadas para ayudar a satisfacer la necesidad de oxigenación, evitando el riesgo de complicaciones causadas por la misma.

2.1.- Vigilando la saturación de oxígeno que sea adecuado.

De acuerdo con la Norma Técnica ¹⁶ del MINSA sobre Retinopatía,

Los bebés que pesan no exactamente o equivalentes a 1200 gramos o no exactamente o equivalentes a 32 semanas deben mantener la inmersión en oxígeno en algún lugar en el rango de 88% y 92%, mientras que los bebés con más experiencia de 1200 años deben mantener la inmersión en oxígeno. Mantenga entre 88% y 94% gramos o más de medio mes. En el caso principal, establezca la precaución del oxímetro de pulso entre 85% y 93%, y en el segundo caso entre 88% y 94%.

La estrategia de estimación de inmersión se ha utilizado desde 1980 y actualmente se considera el quinto signo indispensable. Esta es una estrategia rápida, constante y no molesta que estima el pulso y, por implicación, estima la inmersión en oxígeno de los vasos sanguíneos durante el latido de la sangre y utiliza las cualidades de ingestión de luz de la hemoglobina para evaluar la inmersión en oxígeno en sangre.

Esta tecnología es utilizada por los profesionales de enfermería en el escenario de estudio para prevención de las ROP

“Primero vemos en que tipo o en qué fase de ventilación se encuentra, fase I, fase II o fase III y el calibrado o litraje de oxígeno sea el adecuado, y

observamos cuanto están saturando los niños.”
Kelly.

“Si la saturación no está dentro del rango normal se evalúa al niño para ver que método requiere, ya sea cánula binasal, casco, CPAP o ventilador”.
Margarita.

“Si su saturación dentro de las 2 horas está en el rango del parámetro normal de saturación entonces vamos a iniciar a bajar cada 5% menos, luego 55% y así 50, 45 y así sucesivamente, pero viendo la vigilancia del saturómetro, si vemos que tolera con ese FiO2 y satura dentro de 88% 94% si está en 86% no lo puedo seguir destetando, quiere decir que todavía necesita del apoyo del oxígeno”. *Lourdes.*

Soloa M⁵, encontró que los 100 % de las enfermeras encuestados aplican las medidas preventivas prioritarias para evitar una posible retinopatía ya que evalúan factores de riesgo, valorar la coloración de la piel mantiene al RN entre saturaciones recomendadas.

Las investigadoras también afirmamos según lo observado que todas las enfermeras entrevistadas aplican medidas preventivas y tienen conocimiento sobre la prevención de la retinopatía del RN.
(Investigadoras 1,2).

La monitorización permanente de la saturación de oxígeno es muy importante porque nos permite evaluar y continuar otra fase de la oxigenoterapia. Los hechos han demostrado que la incidencia de ROP es menor en RN con saturación de oxígeno entre 88% y 94%.

Las normas técnicas para la retinopatía del Ministerio de Salud nos dicen que los monitores de SpO2 deben usarse inmediatamente después del nacimiento, y el valor mínimo debe establecerse en 85% y el valor máximo es 93% (o no más del 95% en RNPT). El límite no debe cambiarse solo porque la alarma suena con frecuencia y no la apaga.¹

En el Hospital las Mercedes servicio de neonatología se está aplicando lo recomendado por la norma técnica: en prevención, recuperación, rehabilitación y promoción de los recién nacidos con riesgo a ROP, por lo cual se ve reflejado en la disminución de retinopatías en los últimos dos años, según cuaderno de estadística de ROP del servicio.

2.2.- Comprobación de la presión de oxígeno y aire comprimido hacia el ventilador mecánico, como medida de prevención de ROP

El uso razonable de oxígeno es otro factor básico al que hay que prestar atención en la recepción: la retinopatía del prematuro es una epidemia en nuestro país. Mezclar oxígeno con aire comprimido puede proporcionar la concentración necesaria para mantener la saturación entre el 86% y el 92%, lo que se recomienda, porque una saturación más alta puede causar retinopatía (ceguera prematura) y bronquios. Displasia pulmonar (enfermedad pulmonar crónica). Acosta C²⁴.

“En el momento que colocamos las conexiones en los empotrados con ayuda de un personal de casa de fuerza es quien nos indica si hay una buena presión de gases”.

Kelly

“Al culminar el armado de ventilador colocamos el pulmoncito y verificamos que funcione, de lo contrario la alarma del ventilador nos indica de baja de

*presiones de oxígeno y aire comprimido”.
Esmeralda.*

*Las investigadoras observaron la deficiencia del oxígeno empotrado, del aire comprimido y la baja presión de oxígeno, las enfermeras permanentemente están comprobando la presión de oxígeno y aire comprimido, esta debilidad dentro del área de trabajo se está corrigiendo utilizando balones de aire
(Investigadoras 1,2)*

Todas las unidades de cuidados intensivos neonatales deben estar equipadas con agitadores, aire comprimido y oxígeno, y oxímetros ambientales para monitorear la FiO₂ con regularidad, especialmente cuando hay diferencia entre la mezcla mostrada y la saturación alcanzada.

2.3.- Destete progresivo de la oxigenoterapia.

De acuerdo con las guías de práctica clínica del MINSA para la retinopatía del prematuro, si la saturación de oxígeno excede el límite superior, la disminución de la FiO₂ debe ser gradual, del 2% al 5% a la vez. La disminución rápida y exagerada de la FiO₂ conduce a hipoxia, lo que conduce a El consiguiente aumento de FiO₂ y el consiguiente riesgo de hiperoxia. MINSA⁸.

Según Soloa M⁵. En su trabajo de investigación, encontraron que la mayoría de los enfermeros encuestados tomaron en cuenta los requerimientos del recién nacido para los parámetros de ventilación necesarios para el control y manejo del recién nacido, porque han estado en contacto con el recién nacido y pueden identificar estos valores como necesarios. El 20% está esperando la indicación del médico, lo que concuerda con nuestro trabajo de investigación.

“Primero bajo el FiO₂ paralelo a ello observo como está SO₂, si en media hora o en una hora van manteniendo una saturación adecuada le sigo bajando sino allí los mantengo con un FiO₂ adecuado para que no me vayan a desaturar o hagan ningún evento adverso” Luna.

“Vamos reduciendo el FIO₂ hasta llegar 21%, observando siempre la saturación de oxígeno”. Sol

Las investigadoras observaron que hay un pequeño porcentaje de enfermeras que desconocen los parámetros normales de saturación y la forma ideal de destete que nos proporciona la norma técnica de prevención de retinopatía manejada por el MINSA (Investigadoras 1,2)

Cuando la SpO₂ es estable y > 92-93% en un período de tiempo específico (no menos de 5 a 10 minutos), se debe utilizar la reducción. Si la SpO₂ es del 95 al 97%, la FiO₂ debe reducirse más rápidamente para evitar la hiperoxemia. El valor de SpO₂ a partir del cual la FiO₂ disminuirá se determinará diariamente en las indicaciones médicas. MINSA⁸.

“Si el niño está en ventilador mecánico y el médico decide pasar a CPAP y de CPAP tenemos que pasar a cánula binasal pero siempre hay que tenerlo con su jarra térmica y su blender y de allí poco a poco hay que ir bajándole hasta llegar al 21% y luego bajarle el litraje y si el niño responde se le va retirando poco a poco”. Margarita.

“Vamos bajando de 5 en 5 los litrajes de 5 en 5 y de cada media hora hasta llegar al 21%”. Esmeralda.

“Si su saturación dentro de las 2 horas está en el rango del parámetro normal de saturación entonces vamos iniciar a bajar cada 5% menos, luego 55% y así 50, 45 y así sucesivamente, pero viendo la vigilancia del saturómetro, si vemos que tolera con ese FiO2 y satura dentro de 88% 94% si está en 86% no lo puedo seguir destetando, quiere decir que todavía necesita del apoyo del oxígeno”.

Lourdes

Las investigadoras han observado que todas las enfermeras trabajadoras del servicio de neonatología realizan el destete de ventilación mecánica adecuada al protocolo.

Según la norma técnica del MINSA Si la saturación de oxígeno excede el límite superior, la reducción de FiO2 debe reducirse gradualmente, con una reducción del 2% al 5% cada vez. Debe evitarse la excesiva y rápida disminución de FiO2 que provoca hipoxia, ya que esto suele conllevar aumentos posteriores de FiO2 y riesgo de hiperoxia. Cuando la SpO2 es estable y > 92-93% dentro del período de tiempo especificado (no menos de 5-10 minutos), debe reducirse. Si la SpO2 es superior al 95-97%, la reducción de FiO2 debería ser más rápida para evitar la hiperoxemia. Todos los días se determinará y aclarará que el valor de SpO2 de FiO2 debe reducirse según cada paciente en la indicación médica¹.

2.4.- Programando las alarmas del saturómetro dentro de los valores normales.

El monitor de saturación de oxígeno en sangre debe usarse inmediatamente después del nacimiento. El valor mínimo de la alarma está programado al 85% y el valor máximo está configurado al 93% (o no más del 95% en el RNPT máximo), y el límite no se modificará solo porque la alarma suena con frecuencia. La alarma no debe apagarse MINSA⁸.

“Trato de colocar los niveles de alarma para poder tener un mayor control de los parámetros, tanto normales como anormales que se puedan presentar... coloco los parámetros entre 88 % hasta 95%” Kelly.

Soloa M ⁵, Se encontró que el personal de enfermería que se sometió a la encuesta médica neonatal en el Hospital Lagomaggiore sabía cómo operar el medidor de saturación basándose en el conocimiento de procesamiento del sensor y el medidor de saturación, y el 80% de los 30 encuestados controlaba la alarma del medidor de saturación. Comportamientos importantes que deben tenerse en cuenta. Cuenta al seguir el protocolo de prevención de ROP.

“Tomamos en cuenta parámetros desde 88 a 95 % de saturación” Lourdes.

“Esto si es importante que el servicio maneje los parámetros, que tiene que ser entre 88- 95% y si están bajos o alto que suene la alarma en un sonido adecuada”. Margarita.

“Manejamos valores entre de 88 y 95 % luego se programa las alarmas para que suenen”. Girasol.

“Siempre tengo en cuenta que los neonatos prematuros tienen que recibir el oxígeno con mezclador midiendo lo que es el FiO2 saturándolos es un cuidado Primordial”. Luna.

Ante una alarma con una saturación inferior al 85%, puede preguntar fácilmente si la onda de pulso es adecuada y si se trata de un problema del sensor, como la frecuencia cardíaca y la intensidad de la respiración.

La saturación requerida para los recién nacidos: <1200 grs → 32 semanas es 88% a 92%, > 1200 grs → 32 semanas es 88% a 94%. Este estándar debe realizarse 8 semanas después del parto o hasta que se complete la formación de los vasos sanguíneos de la retina. MINSA¹⁵.

*Las investigadoras observaron que los saturómetros están programadas las alarmas según el protocolo establecido, pero la gran dificultad es que existen pocos y se tiene que estar prestando de un niño a otro, lo ideal es que cada recién nacido que esté recibiendo oxigenoterapia tenga su propio saturómetro.
(Investigadoras 1,2)*

2.5.- Utilizando los protocolos establecidos para evitar ROP.

Los procedimientos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos que determinan de alguna manera el compromiso del profesional con el desarrollo de la enfermería; nuestro hospital necesita actualizar estos procedimientos para brindar pautas que reduzcan las diferencias en la práctica clínica para adaptarse a las nuevas condiciones del Plan de Atención al Ciudadano, y brindar una visión y un arte solidario para todos los profesionales que enfrentan diferentes caminos.

“Si hay protocolos, pero este es adaptado a cada recién nacido que lo requiere”.

Margarita.

La formulación de cualquier acuerdo debe cumplir con estándares de calidad, y las recomendaciones establecidas en el mismo se basan en evidencia científica. Asimismo, deben contener información actualizada. De esta forma se obtendrá un acuerdo eficaz, útil y fiable.

“Si contamos con un protocolo de oxigenoterapia, pero también realizamos el cuidado de enfermería, por conocimiento, por estudios y por qué cada uno leemos y revisamos”. *Esmeralda.*

Según Soloa M⁵: El 73,33% de las personas cree que existe un acuerdo de gestión de oxígeno en el servicio, lo que demuestra que se forma un único estándar para la gestión de oxígeno de los recién nacidos. La mitad (50%) de los profesionales conocen los convenios existentes en el servicio, lo que demuestra que por el desconocimiento del resto de profesionales, es imposible alcanzar los mismos estándares generales.

Las investigadoras observamos que la mayoría de enfermeras conocen la existencia del protocolo que el MINSA proporciona a todas las entidades de salud, pero aún no tienen un protocolo adaptado al mismo servicio y su realidad está en proceso de culminación y aprobación por el Hospital.
(Investigadoras 1,2)

III.- CAPTACION Y SEGUIMIENTO DEL NEONATO CON RIESGO DE ROP.

La prevención secundaria de la ROP cree que el cribado debe realizarse en el 100% de los bebés prematuros hospitalizados con factores de riesgo de retinopatía del desarrollo.

La detección consiste en examinar el fondo de ojo de los bebés prematuros para detectar las manifestaciones clínicas tempranas de la ROP mediante un examen oftalmoscópico directo. El cribado debe realizarlo un oftalmólogo con experiencia en oftalmoscopia. El primer examen debe realizarse antes de que el bebé prematuro sea dado de alta del lugar donde nació o fue derivado.

3.1.- Captación y tamizaje oftalmológico obligatorio a todos los neonatos con oxigenoterapia.

Según la guía de práctica clínica de retinopatía del prematuro del MINSA¹⁵, nos dice que el prematuro debe ser sometido a un seguimiento a fin de asegurar la evolución favorable. La prueba debe repetirse como un reloj hasta la semana 14 después del transporte, y luego se debe hacer un seguimiento a intervalos regulares hasta que tenga un año de edad. En ese momento, cada 6 a un año para siempre, con el argumento de que estos pacientes tienen una mayor tasa de miopía alta, separación de la retina, estrabismo, glaucoma y otras enfermedades oculares.

Todos los bebés prematuros con variables de riesgo deben pasar por la evaluación principal del fondo de ojo por un oftalmólogo que haya sido preparado en ROP mediante el oftalmoscopio binocular rotativo y midriasis. La expansión de suplentes debe ser realizada por un especialista o un asistente preparado.

En los bebés prematuros concebidos antes de las 32 semanas de desarrollo, la evaluación primaria del fondo de ojo se realiza en el cuarto período de siete días de vida posnatal o después de los catorce días de la edad gestacional rectificadas (la cantidad de períodos largos de crecimiento además de períodos prolongados de vida intrauterina). Idealmente, la prueba principal debería completarse antes de salir de la fundación.

“En el servicio hay una enfermera encargada de anotar a todos los niños prematuros o a los niños que han recibido oxigenoterapia y ella coordina con el área de oftalmología para que suban a realizar los controles y cuando el niño va de alta se continúa por consultorio externo las siguientes citas”.

Kelly.

“Dentro del seguimiento tenemos la captación a todos los neonatos hospitalizados que reciben oxígeno, estos empiezan con su primer control y sucesivamente hasta que pase por control oftalmológico”.

Lourdes

“Tenemos una persona encargada quien es la enfermera y nosotros colaboramos anotando. Entonces vamos valorando a los niños según su edad gestacional y se coordina con el médico para que realice controles para que vayan examinando al niño”.

Margarita.

En la observación se evidencia que las enfermeras del servicio de la UCIN, realizan la captación del neonato en riesgo de ROP, teniendo en cuenta los factores de riesgo. (Investigadoras 1,2).

Todo personal de salud que labora en los servicios de neonatología debe difundir, educar y crear conciencia preventiva sobre la importancia del ROP como una prioridad sanitaria a tener presente en el manejo, atención y seguimiento de niños prematuros, así como en la vigilancia de factores causales o predisponentes como es la oxigenoterapia inapropiada y sus consecuencias a largo plazo, las ventajas del uso apropiado del oxígeno, la realización del tamizaje oftalmológico, de la lactancia materna y de la prevención de la ceguera.

3.2.- Apoyando al diagnóstico de ROP.

El pediatra, neonatólogo y en su ausencia el personal encargado de la atención debe solicitar la evaluación de todos los recién nacidos prematuros con factores de riesgo por un oftalmólogo capacitado en ROP.

El oftalmólogo debe realizar la identificación y localización de los cambios de la retina en la ROP y utilizara la clasificación internacional revisada de la retinopatía de la prematuridad para típicar los hallazgos en la retina en el momento de la oftalmoscopia indirecta.

La enfermera del servicio de Neonatología o de la UCI Neonatal, es la responsable de la preparación del paciente y de la administración de la medicación indicada y de colaborar y participar activamente durante todo el procedimiento.

“Aquí trabajamos en el hospital con un comité, hay médicos y enfermeras del servicio de oftalmología que hace el seguimiento de acuerdo al peso del niño y a las semanas del prematuro y de acuerdo a eso, se hacen la evaluación del fondo de ojo y el medico diagnóstico y vamos evaluando cada semana, cada 2 semanas dependiendo a la evaluación del médico”.
Esmeralda.

El servicio de neonatología del HRDLM mantiene permanente coordinación con el servicio de oftalmología. Es un día a la semana que se realiza la evaluación oftalmológica exclusiva para los neonatos prematuros con riesgo de ROP.

“Acá hay una enfermera que viene de oftalmología juntamente con nosotros colaboramos en la colocación de las gotitas y de allí lo ve el oftalmólogo”
Flor amarilla.

“La captación generalmente se realiza al neonato hospitalizado en neo, dependiendo del peso y la edad gestacional lo hacemos aquí en el servicio, lo realiza la enfermera de turno, luego continúa los controles mientras está

*hospitalizado y luego se hace cargo la enfermera que está encargada de
Consulta externa del programa ROP” Girasol*

En nuestro sistema de salud, no todas las medidas preventivas de ROP son aplicables. Si los países desarrollados toman estas medidas, especialmente por falta de recursos humanos de enfermería, es necesario brindar todos los servicios de neonatología bien capacitados que ayuden a los bebés prematuros. Personal y materiales suficientes para brindar una atención de alta calidad, reduciendo así el riesgo de ROP.

“Las investigadoras observaron que las enfermeras del servicio de neonatología son las responsables de la preparación del paciente y la administración de la medicación indicada y de colaborar y participar activamente durante todo el procedimiento”. Falta seudónimo

3.3.- Realizando el seguimiento a los neonatos en riesgo de ROP.

Según la norma técnica de ROP nos dice que cuando el recién nacido sea dado de alta la evaluación se hará por consultorios externos.

Se debe determinar las fechas de control y educar a la madre y familiar para que cumplan con estos controles hasta que el oftalmólogo crea conveniente.

Es responsabilidad directa del personal de enfermería tener todos los datos del recién nacido en su historia clínica, nombre, edad, peso al nacer, exposición al oxígeno, tratamiento que recibió, nombre de los padres, sus respectivas identificaciones DNI, dirección actual, teléfono, etc. De esta manera facilitara poder realizar el respectivo seguimiento en caso que los padres no traigan a su RN a los controles.

“Dentro del seguimiento tenemos a todos los prematuros que están hospitalizados y dados de alta en el servicio”.
Lourdes.

“Tenemos una persona encargada de este programa y nosotros colaboramos anotando y valorando a los niños que necesitan según su edad gestacional y se coordina con el médico para los siguientes controles”.
Margarita.

La investigadora observó que las enfermeras de UCIN, realizan el registro en un cuaderno que sirve para realizar el seguimiento. (Investigadora 1)

Soloa M et al⁵, encontraron que el 93,33% de las personas se dieron cuenta de que habían realizado un control oftalmológico a los recién nacidos utilizando oxigenoterapia en sus servicios. Esto indica que se ha completado el cribado neonatal para la retinopatía del prematuro. El 50% de las personas conoce el momento en que se realizan los exámenes oculares neonatales, y este resultado indica que el otro 50% de los profesionales carece de conocimientos sobre este tema.

Los padres a menudo tienen dificultades para comprender la importancia de observar las medidas de control ocular, especialmente aquellos que viven en áreas remotas. La tasa de escape durante el seguimiento a largo plazo suele ser alta. Por lo tanto, la importancia de la educación por parte del personal de enfermería sigue permitiendo que los padres lleven a sus hijos a un examen.

IV.- BRINDANDO CUIDADO ENFERMERO CON CALIDEZ A LA FAMILIA.

La OMS muestra como familia "Los individuos de la unidad familiar identificados entre sí, en un grado controlado por la sangre, la apropiación y el matrimonio. El nivel de conexión utilizado para decidir las restricciones de la familia dependerá de los usos a los que se destina la información. ordenado y, en este sentido, no se puede caracterizar exactamente a escala mundial " **colocar superíndice**

Según (OMS) ²⁷, podemos caracterizar a la familia como "un grupo de individuos que viven respectivamente bajo un techo similar, coordinados en trabajos fijos (padre, madre, parientes, etc.) con relaciones directas o no, con un Método de presencia monetaria y financiera. Social regular, con sentimientos emocionales que los unen y aglutinan”.

Así, el creador razona que la familia es vista como la principal fuente de ayuda social, ya que sus individuos pueden brindarse mutuamente la asistencia que necesitan (amor, cuidado, ayuda, etc.), y como unidad orgánica psicosocial, puede realizar diferentes diligencias. Capacidad, una de las capacidades principales es evaluar su capacidad con la ayuda de la familia. Esta ayuda social brindada tiene las capacidades acompañantes: sentimientos y aparatos.

La estancia de los familiares en la unidad de emergencia una experiencia angustiosa, espantosa y desagradable para la familia, identificada con la vivencia cercana a la muerte, tormento, desintegración del carácter y dolencias desinformadas. Por esta situación, se hizo una intercesión con el objetivo de que la familia comprenda lo que está pasando y qué estimaciones deben tomarse para avanzar en la armonía, el consuelo y la seguridad de los individuos; defender la transformación y prevenir malos resultados mentales.

Watson, J.²⁹ hace referencia a que "el cuidado de enfermería comprende un ciclo intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso mental, esto se suma a su calidad ética óptima, y debe basarse en información sólida". La razón de la enfermería es ayudar a las personas a lograr el nivel más elevado de amistad entre su espíritu, cuerpo y alma. En el momento en que el asistente entra en el dominio fenoménico de otra persona y ve y siente lo que el otro individuo ha encontrado y responde, comienza la enfermería, de esta manera puede comunicar los sentimientos o consideraciones que el otro individuo siempre ha anhelado comunicar. Esta experiencia avanza el acuerdo. Posteriormente, en esta metodología hipotética, un individuo es una "presencia en el planeta" individual que ve, vive y encuentra la coherencia de la realidad. El ajuste en la auto-idea influye en tres territorios del mundo, específicamente, elementos de la vida. El individuo se esfuerza continuamente por refrescar y establecer congruencia entre sus tres territorios. Toda la experiencia de uno comprende un campo singular y solitario de realidad abstracta.

Esta categoría emerge de la siguiente subcategoría

4.1.- Integrandó a la familia en la recuperación del neonato.

Watson J²⁹ propone diez elementos de la enfermería que forman la base para el desarrollo de la ciencia de la enfermería y también proporcionan una base para orientar la práctica de la enfermería. El componente fenomenológico de cada uno de ellos está relacionado con el individuo involucrado en la relación involucrada en enfermería. Los tres primeros factores independientes son la "base filosófica de la ciencia de la enfermería". Con el desarrollo de los pensamientos y valores de Watson, ha incorporado 10 factores de la enfermería en el proceso de Caritas. En estos procesos, hay un nivel espiritual absoluto y un llamado público al amor y al cuidado.

Para algunos padres es inesperado que sus hijos sean ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, pero para otros es la culminación del período de espera, durante el cual la madre ha sido hospitalizada y recibida Información sobre cómo ser hospitalizado. Se esperan eventos de nacimiento prematuro. Durante este tiempo, los profesionales pasarán estas palabras y explicaciones a los padres, que limitarán en gran medida su relación con sus hijos y se convertirán en recuerdos que los acompañarán a lo largo de su vida.

“El apoyo que damos a los padres es incondicional, tratamos de brindarles información sobre la salud de sus recién nacidos cuando nos preguntan”.

Margarita

Hacemos participar a los padres durante la evaluación que realiza el oftalmólogo al neonato”.

Lourdes

“Informamos a los padres sobre el tratamiento a seguir de su recién nacido”.

Lirio

Watson en el proceso caritas nos dice que la, Infundir fe y esperanza; este factor combina valores humanistas y desinteresados para ayudar a promover una atención holística y activa entre la población de pacientes. También describe el papel de las enfermeras en el desarrollo de relaciones efectivas entre enfermeras y pacientes y en la promoción del bienestar al ayudar a los pacientes a adoptar conductas de búsqueda de salud. Al inculcar la fe y la esperanza en los estudiantes, les permitiremos poner en práctica sus creencias. Esto va en contra de las expectativas de la naturaleza. Les haremos ver lo invisible y creer en lo que Dios provee, por lo que cuando brinden

atención, Infundirán fe en la existencia que espera ser derrotada muchas veces. Watson J²⁹.

El papel del equipo profesional en el departamento de neonatología debe ser promover el desarrollo del comportamiento parental natural y capacitar a ambos padres para que observen y aprendan el comportamiento y la respuesta de sus hijos para intervenir en su cuidado. De esta forma, mientras los padres se integran en el cuidado del bebé, también se les enseña a reconocer y comprender su lenguaje corporal.

4.2.-Apoyando a la expresión de sus emociones frente a la realidad.

Las emociones son la respuesta natural de una persona a situaciones importantes, como situaciones que ponen en peligro su supervivencia o integridad, situaciones que amenazan sus posibles resultados negativos o situaciones en las que están en juego pérdidas o daños importantes. , Algunos logros o satisfacción. Estas reacciones se expresan como fuertes choques emocionales, expresados como personajes muy agradables (emociones positivas) o desagradables (emociones negativas)³¹. Además de los componentes subjetivos relacionados con la experiencia, también muestran otro aspecto relacionado con las expresiones externas, Porque generalmente pueden ser reconocidos por otros miembros del grupo social a través de expresiones faciales, posturas, gestos o cambios de tono. Por lo tanto, se considera que la emoción es la clave de la comunicación, y la emoción se acompaña de diversos cambios fisiológicos; los siguientes resultados demuestran el apoyo a la expresión emocional:

“Permitimos que los padres ingresen al servicio para recibir información de sus neonatos, y es la madre quien se queda la mayor parte con su RN”.

Lourdes.

“Mantenemos informados a los padres durante la estancia hospitalaria del RN, escuchamos sus inquietudes y aclaramos sus dudas”.
Lirio.

Para el autor, el dolor liberado por sus padres proviene de la incertidumbre sobre su enfermedad, si no se trata a tiempo, qué pasará cuando sea mayor. Cuando los padres se enteran de que sus hijos tienen discapacidades o necesidades especiales, comienzan el viaje de su vida, lleno de emociones fuertes, decisiones difíciles, interacciones con diferentes profesionales y expertos y una necesidad constante de encontrar información y servicios. Ante esta situación, los padres pueden sentirse solos y solitarios, se preguntarán y no sabrán por dónde empezar a buscar información, ayuda, comprensión y apoyo. De igual forma, es cierto que, ante lo vivido, los padres expresan su profunda tristeza, preocupación y depresión a través de diversas expresiones emocionales como el llanto y la situación vivida.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Consideraciones Finales

Después de analizar y comprender como es el cuidado enfermero en la prevención de la retinopatía en recién nacidos con oxigenoterapia del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, se llegaron a las siguientes consideraciones finales.

1. El cuidado enfermero a neonatos con oxigenoterapia en el servicio de neonatología del HRDLM es basado en el conocimiento científico, para ello las enfermeras valoran los factores de riesgo para ROP: baja edad gestacional, bajo peso al nacer, las necesidades de suplemento de oxigenoterapia y aquellos que han recibido oxigenoterapia prolongada.
2. Cuentan con personal profesional capacitado y entrenado en el uso racional del oxígeno en los recién nacidos.
3. No disponen de instalaciones y equipamientos necesarios para brindar una apropiada oxigenoterapia en los recién nacidos, tal como: oxígeno y aire comprimido, blenders, calentadores, humidificadores, pulsioxímetros, analizadores de oxígeno.
4. El tamizaje y seguimiento del neonato con riesgo de ROP, no se realiza en un 100% de los neonatos hospitalizado con factores de riesgo a desarrollar retinopatía debido a la carencia de personal profesional en este establecimiento de salud.

5. El cuidado de enfermería es cordial, humanizado, afectivo, las enfermeras mantienen informadas del estado de salud y todos los cuidados que realizan a sus recién nacidos lo que les permite afrontar y adaptarse mejor a las situaciones que enfrentan.

6. No se refleja el cuidado enfermero de acuerdo a la teoría aplicada de Jean Watson, existe una gran brecha de acuerdo a lo expresado y observado por las investigadoras.

CAPÍTULO V
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

5.1. Recomendaciones

Se propone las siguientes recomendaciones:

1. Coordinar con la unidad de formación HRDLM para impartir cursos de formación continua a todo el personal de enfermería en los servicios de neonatología. 2. Considere implementar planes de seguimiento para los bebés prematuros dados de alta para verificar los efectos beneficiosos de la intervención temprana. Cuyos resultados pueden ayudar a evaluar las intervenciones y mejorar la atención. Esto se puede hacer coordinando con un departamento del programa de asesoramiento externo para derivar al recién nacido a su centro de salud.
2. La jefa de servicio de neonatología debe coordinar con la dirección, administración y logística para la adquisición permanente de material e insumos para la administración de oxígeno, así mismo en coordinación con el jefe del departamento de Neonatología solucionar el problema de fluctuaciones de oxígeno y aire comprimido que viene ocurriendo durante todos los días.
3. Al personal de salud a mantener informado sobre el diagnóstico, el tratamiento y la evolución del neonato con oxigenoterapia a los padres, para hacerlos participes en el cuidado del mismo, de la misma forma establecer una buena relación terapéutica que permita mantener un buen contacto enfermera-paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA Perú. Normas técnicas de higiene. Atención de lactantes prematuros en riesgo de retinopatía del prematuro, primera edición en 2011.
2. Zimmermann J, Borges J, y colaboradores: La prevalencia de la retinopatía Del prematuro en América Latina. Clínica oftalmológica 2011.
3. Gutiérrez C, Vergara E. Retinopatía del prematuro (ROP), Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2007-2009. Revista corporal. Doctor HNAAA. Volumen 5, N | Enero de 2012, páginas 30-32. (Consulta el 18 de enero de 2017) Disponible [https .// dialnet.unirioja.es](https://dialnet.unirioja.es)> Artículo
4. Hospital Regional Docente Las Mercedes, Servicio de Neonatología. Libro de Estadística; 2016
5. Soloa M y Tapia M. Cuidados de Enfermería en neonatos con oxigenoterapia en la prevención de retinopatía (Tesis de grado). Mendoza, Argentina: 2013. (Consultado el 25 de enero 2017). Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6217/soloa-mabel.pdf.
6. Watson, J. La filosofía y la ciencia del cuidado. E.E.U.U.: Editorial de la Universidad de Colorado; 2008.
7. Johnson M, Bulechek Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. España: Elsevier; 2006.
8. MINSA NTS. N° 084 /DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre Término con riesgo de Retinopatía del Prematuro. Perú; 2012.

9. Quiroga A. Retinopatía del prematuro una Enfermedad que nos afecta. Revista Enfermería N° 24 Buenos Aires 2006 (Consultado el 5 de febrero 2017). Disponible. En: <http://www.fundasamin.org.ar/download.php?>
10. Giraldo M, Hurtado A. Y colaboradores, Epidemiología de la retinopatía del Prematuro en Medellín, 2003-2008. Vol 24 N°3 Medellín Julio/ setiembre 2011. (Consultado el 16 de febrero 2017). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n3/v24n3a03.pdf>.
11. Rodríguez L. Incidencia y factores de riesgo de retinopatía del prematuro, Servicio de Neonatología, Hospital Belém de Trujillo, Perú, 2014, tesis. (Consultado el 25 de febrero 2017). Disponible en: repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/528/1/rodriguez_luis_retinopatia_pre_maturidad_neonatologia.pdf.
12. Hernández R, Fernández C, Baptista O. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México: Editorial Mc Graw Hill; 2014.
13. Burns N, Groven S. Investigación en enfermería. 5ta edición. España. edit. Elsevier 2012.
14. Neiman G, Quaranta G. Los estudios de casos en la investigación sociológica. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa Editorial; 2006.
15. Taylor S. J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. España: Ed. Paidós; 1992-Pág-100 -132.
16. Martínez M. Ciencia y Arte de la Metodología Cualitativa 2da ed. México: Trillas; 2006.
17. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2006.

18. Burns N, Groven S. Investigación en enfermería. 3ª edición. Madrid: Elsevier, 2004.
19. Colegio de Enfermeros del Perú Código de Ética y deontología. Lima; 2009
20. Gomella T. Neonatología Editorial Médica Panamericana, 5ta Edición. California 2007.
21. Alda E, Bauer G. Prevención de la ceguera en la infancia por Retinopatía del Prematuro 3era Edición, Ediciones Journal, Argentina .2009.
22. Academia Americana de Pediatría. Curso Taller de Reanimación Cardiopulmonar Cerebral Neonatal EE.UU. 2011.
23. Levin Quinteros Ortiz Descripción De La Importancia De Los Signos (Consultado 10 de Octubre 2017) Disponible en: Vitales.<https://es.scribd.com/document/268396086/Trabajo-de-Signos-Vitales>
24. Claudia Acosta, oxigenoterapia del prematuro. Publicado el 12 de sept. Del 2013. (Consultado 10 de octubre del 2017) Disponible en: <https://es.slideshare.net/claudiaacosta58760/oxigenoterapia-en-el-prematuro>.
25. Escuela de Obstetricia de la universidad de Chile #U Chile. Publicado en 2015: (Consultado 29 de octubre del 2017) Disponible <https://neonatologiauchile.wordpress.com/oxigenoterapia/>
26. Cabarcas R. Cenitih. Reflexione sobre la práctica, la disciplina y la educación de la enfermería desde la perspectiva de la teoría de Jean Watson. Columbia Online Salud.hist.sanid. revista.

27. Scochi C, Kokuday ML, Riul MJ, Rossanez L, Fonseca L, Leite A. El vínculo y el apego entre padres y bebés prematuros en las unidades de atención neonatal. Maria Seret Seret. Hospital de Ribeirion Preto. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104>.

ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



“CUIDADO ENFERMERO EN RECIEN NACIDOS CON
OXIGENOTERAPIA EN PREVENCION DE RETINOPATIA DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES 2016”

La siguiente entrevista tiene como fin recabar información para llevar a cabo el desarrollo de nuestro trabajo de investigación. Por lo tanto, le solicitamos contestar con la mayor sinceridad posible. Muchas gracias.

I. Datos Generales

Edad.....Tiempo que labora en el servicio.....

Nivel de Formación:

a) Licenciado en Enfermería b) Especialidad.....

II. Datos Específicos

¿Durante su labor diaria que cuidados brinda a los recién nacidos que reciben oxígeno para evitar ROP?

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2

**GUÍA DE OBSERVACIÓN A ENFERMERAS DEL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA DEL HRDLM**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



I. Objetivo

“Comprender cómo es el Cuidado Enfermero en Prevención de Retinopatía en Recién Nacidos con Oxigenoterapia del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2016”.

II. Aspectos específicos

Observar el cuidado que brinda la enfermera para evitar ROP en neonatos con oxigenoterapia

2.1. Aplicación del PAE:

VALORACION:

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS:

PLANIFICACION.....

EJECUCION.....

EVALUACION.....

REGISTROS ENFERMEROS:

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



Yo.....

Identificado con DNI:....., declaro que he leído la hoja informativa que me ha entregado la estudiante de la Segunda Especialidad Cuidados Intensivos Neonatales.

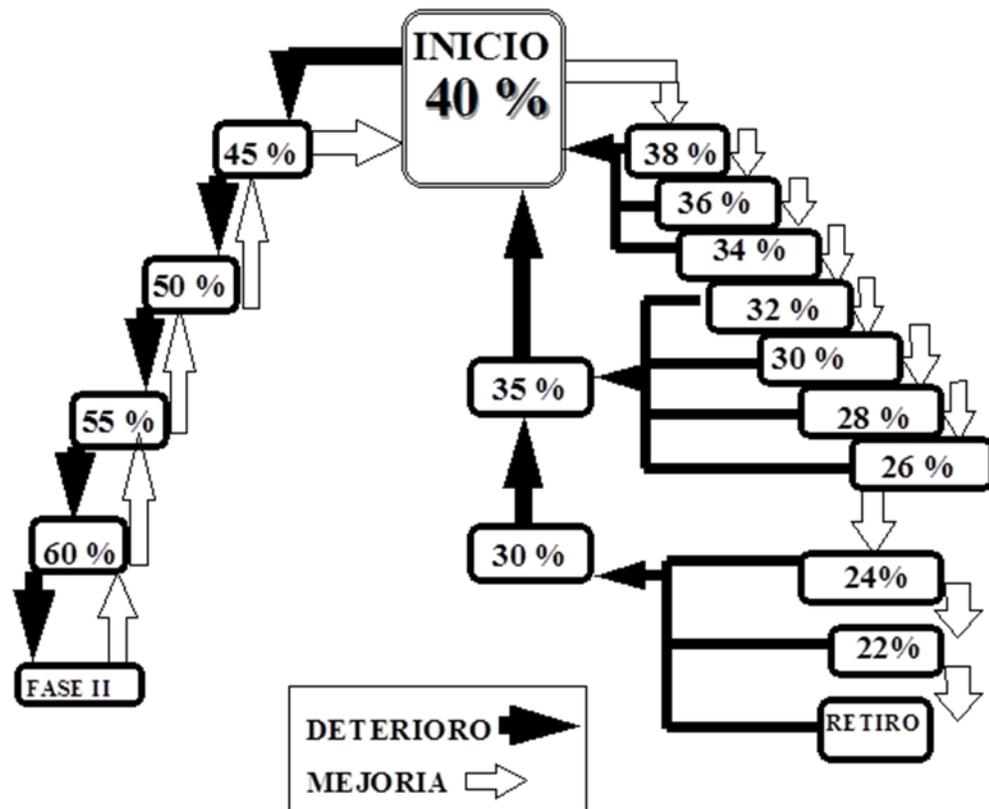
He recibido suficiente información sobre la investigación intitulada: “Cuidado Enfermero en Recién Nacidos con Oxigenoterapia en Prevención de Retinopatía del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2016”.

Respecto a mi participación, me ha explicado en que consiste el trabajo de investigación para lo cual se entrevistara a la Lic. Enfermería en un tiempo aproximado de 45 minutos. Además, me ha informado que la entrevista será grabada. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.

Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación y autorizo la publicación de los resultados.

Fecha:

FASE I : OXIGENO EN CASCO



MANEJO VENTILATORIO FASE II
PRESION POSITIVA CONTINUA A LA VIA AEREA

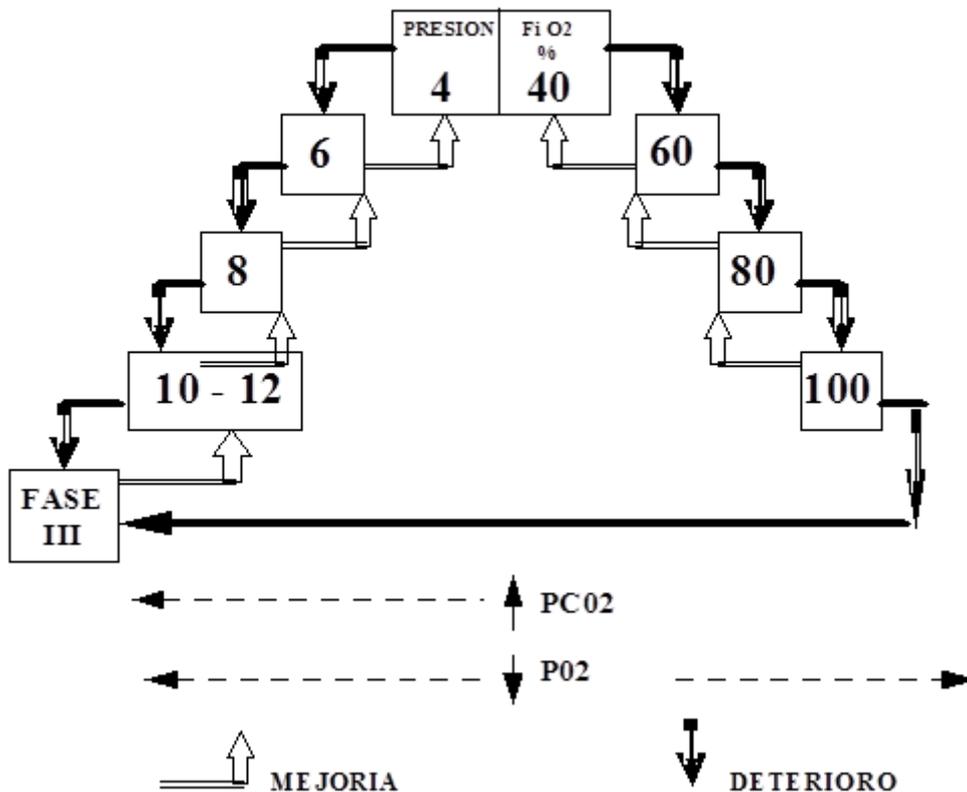


Tabla 2:***Edad gestacional al nacer y primera evaluación de fondo de ojo***

Edad gestacional al nacer (semanas)	Primera evaluación de fondo de ojo	Edad gestacional al nacer (semanas)	Primera evaluación de fondo de ojo
24	31 SEGC	31	35 SEGC
25	31 SEGC	32	35 SEGC
26	31 SEGC	33	35 SEGC
27	31 SEGC	34	35 SEGC
28	32 SEGC	35	35 SEGC
29	33 SEGC	> 35 < 37	1? Semana de nacido antes del alta(lo que ocurra primero)
30	34 SEGC		