



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREMATURO DE 28 SEMANAS CON DIFICULTAD RESPIRATORIA

AUTORA

JASMIN DAYANA LOPEZ AUCANCELA

TUTORA

LCDA. ESCOBAR TORRES ALICIA FILADELFIA

BABAHOYO - LOS RÍOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.....	1
I. MARCO TEÓRICO	2
1.1 Justificación.....	7
1.2 Objetivos	8
1.2.1 Objetivo General.....	8
1.2.2 Objetivo Especifico	8
1.3 Datos Generales	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial clínico del paciente).	10
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	10
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	11
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	14
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	15
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	15
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	18
2.8 Seguimiento.....	18

2.9 Observaciones..... 19

CONCLUSIONES..... 20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 21

ANEXOS..... 22

DEDICATORIA

Este estudio de caso va dedicada a mi Madre y a mi Padre quienes me apoyaron para poder llegar a cumplir uno de mis sueños, por ser los autores principales de mi vida, por darme sus consejos, su amor, su dedicación y más que todo por el esfuerzo que han hecho para poder seguir adelante.

Para los amores de mi vida que son mis hijos Arleth y Jorge por ser mi fuente de motivación, cada día me incentivaron a seguir luchando por mis sueños, estudiando y esforzándome para darles un mejor futuro.

Para mis hermanos Danilo y Jennifer que han estado en todo momento a mi lado, gracias por su amor, cariño y en general por su apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

Para mi abuelito Arsenio López mi ángel en el cielo el que me cuida, protege, cada día me bendice y me da fuerzas para seguir adelante, que desde pequeña estuvo a mi lado en cada meta cumplida pero lastimosamente no se encuentra en este importante momento de mi vida, pero sé que desde el cielo él está muy orgulloso de mi.

Para mi Abuela querida Segunda Aucancela, que a pesar de la distancia se preocupa por mí me brinda su apoyo, consejos, cariño y más que una abuela es como una madre para mí, cada vez que la visito me llena de sabiduría con sus experiencias de vida.

Para el amor de mi vida la persona que me ha acompañado en este largo camino, por escucharme, tenerme paciencia más que todo ser un pilar en mis momentos débiles.

JASMIN LOPEZ AUCANCELA

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por ayudarme a nunca rendirme en mi camino, a la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas y dejarme ser parte de ella, a mis docentes por brindarme conocimiento y apoyo para seguir adelante.

Agradezco mucho a mi tutora la Licenciada Escobar Torres Alicia Filadelfia por guiarme con sus conocimientos en la realización de mi caso clínico, por darme su apoyo ya que gracias a ella culmine este estudio de caso muchas gracias.

JASMIN LOPEZ AUCANCELA

TITULO DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREMATURO DE 28 SEMANAS CON
DIFICULTAD RESPIRATORIA

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico se aplica el proceso de atención de enfermería en prematuro de 28 semanas que nació en el Hospital General Martín Icaza, fue hospitalizado en el área de neonatología con diagnóstico definitivo de dificultad respiratoria patológica caracterizada por la Inmadurez Pulmonar por falta de surfactante provocada por un parto antes de la 40 semana, Mediante la valoración y exámenes complementarios se pudo establecer la patología que presentaba el recién nacido se aplicó el proceso de atención de enfermería NANDA, NIC Y NOC identificando los patrones funcionales alterados, se realizó los respectivos Cuidados de enfermería teniendo una buena evolución del recién nacido.

PALABRAS CLAVES: Dificultad Respiratoria, Surfactante, Inmadurez Pulmonar.

ABSTRACT

In the present clinical case study, the nursing care process is applied to a 28-week premature infant who was born at the Martin Icaza General Hospital, was hospitalized in the neonatology area with a definitive diagnosis of pathology difficulty characterized by Pulmonary Immaturity due to lack of surfactant. caused by a birth before the 40th week, through the assessment and complementary tests it was possible to establish the pathology that the newborn presented, the NANDA, NIC and NOC nursing care process was applied, identifying the altered functional patterns, protected care was carried out of nursing having a good evolution of the newborn.

KEY WORDS: Respiratory Difficulty, Surfactant, Pulmonary Immaturity.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) continúa siendo una complicación importante de la prematurez y es causa de morbimortalidad, inmediatas y a largo plazo. (Dra. Elisa Fehlmann, 2010)

Es una afección muy frecuente en los recién nacidos que se presenta poco después del nacimiento debido a la poca edad gestacional, es causada por el déficit de surfactante, la inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica de mantener una respiración de buena forma.

El proceso de atención de enfermería sirve como instrumento de trabajo del profesional de enfermería, ayuda a favorecer las intervenciones que se realiza, que sea de manera consciente y ordenada.

El presente caso clínico se llevó a cabo con la finalidad de dar conocer el Proceso de Atención de Enfermería en un prematuro de 28 semanas de gestación con un diagnóstico de dificultad respiratoria que paso en sala de neonatología del Hospital General Martin Icaza, se aplicó valoración por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon obteniendo información para aplicar los cuidados y las intervenciones de enfermería necesarias para mejorar su bienestar.

I. MARCO TEÓRICO

DIFICULTAD RESPIRATORIA

El S. D. R. constituye el trastorno más frecuente de observar en el periodo neonatal inmediato. Se entiende por tal la presencia de taquipnea, retracción y quejido presente desde las primeras horas de vida. Es un cuadro clínico que afecta casi exclusivamente a RN prematuros y a hijos de madre diabética. (RIZZARDINI, 2015)

El SDR es más frecuente en varones, fenómeno que podría ser explicado por otros factores que pudieran influir en la maduración pulmonar. En recién nacidos de cesárea, sin trabajo de parto previo, tienen más riesgo que en los nacidos por parto vaginal. Esto se debe a que en el trabajo de parto fisiológico se estimula la secreción endógena de corticoides que tienen acción aceleradora de la maduración pulmonar. Cuando la cesárea programada se lleva a cabo antes del fin de la semana 39 de edad gestacional, el riesgo de SDR aumenta significativamente dentro de las condiciones maternas que afectan el crecimiento del feto y que pueden reducir el riesgo de SDR se cuentan la hipertensión arterial crónica, hipertensión del embarazo, desprendimiento subagudo y/o prematuro de la placenta, ruptura prematura de las membranas (más de 72 horas antes del parto), adicción a narcóticos, tabaquismo materno, uso de corticoides, entre otros. (Andrea Elena Campos, 2013)

SINTOMATOLOGÍA

Se inicia inmediatamente después del nacimiento y va aumentando de intensidad hasta las 48-72 horas, los síntomas más constantes son: quejido espiratorio, retracción esternal y subcostal, polipnea (sobre 70/min.), y cianosis que pasa al administrar O₂. La auscultación pulmonar revela menor entrada de aire a los pulmones, disminución del murmullo vesicular y a veces crépitos. Si la enfermedad progresa aumenta el ritmo respiratorio, la retracción y la cianosis. Aparece edema periférico y disminuye el tono muscular y la temperatura. Pueden aparecer pausas de apnea la que se atribuye a la asfixia cuando son cortas y leves pero que traducen la presencia de hemorragias masivas intracraneales cuando son severas, subintrantes y finales. (RIZZARDINI, 2015)

FISIOPATOLOGÍA

El SDR tipo se debe a un déficit de surfactante a nivel del epitelio alveolar, el surfactante es una sustancia lipoprotéica que se sintetiza y libera en el pulmón a medida que progresa la edad gestacional, tiene como función principal la reducción de la tensión superficial y permite de esta manera una adecuada dilatación de los alvéolos, evitando la atelectasia, que es la alteración anatomopatológica de la enfermedad. La producción de surfactante, disminuye por factores como: el frío, acidosis, hipovolemia, hipotermia, hipoglicemia, hipoxemia, diabetes mellitus, isoimmunización Rh severa, asfixia, y postre perfusión. Así también, existen factores que aceleran su producción como uso de corticoides antenatales, recién nacidos con peso bajo para su edad gestacional o hipotróficos, hijos de madres toxémicas, y en pacientes con ruptura prematura de membranas. Los recién nacidos con SDR pueden presentar edema pulmonar, que es una acumulación de agua y solutos en los espacios alveolares e intersticiales, cuando la acumulación excede la capacidad del intersticio, el líquido pasa a los alvéolos acompañados de proteínas; el pulmón se congestiona, el líquido distiende los linfáticos y la compliance pulmonar disminuye, dificultando el intercambio gaseoso. (Muñoz, 2002)

DIAGNOSTICO

Laboratorio. - La amniocentesis permite la evaluación de la madurez pulmonar a través de pruebas como la de relación lecitina/esfingomielina (L/E) en líquido amniótico. Si la relación L/E es 2:1 existe un riesgo bajo, si es menor de, el riesgo de presentar SDR es alto.

Gasometría. - La presencia de un pulmón con vías áreas relativamente bien perfundidas, pero mal ventiladas resulta en una alteración de la V/P con hipoxemia e hipercarbia, acompañados de acidosis respiratoria y metabólica.

Radiografía de tórax: se visualiza cuando el paciente se encuentra con apoyo ventilatorio ya que esto ocasiona al observar la imagen el resultado de la visualización de los bronquiolos terminales distendidos y conductos alveolares secundarios a atelectasias alveolares generalizadas y la presencia de broncograma aéreo que se extiende hasta las porciones distales del pulmón. (Santos Holguín, 2021)

PREVENCIÓN

Lo ideal es realizar la prevención primaria evitando el parto pretérmino y, la secundaria, mediante la administración de corticoides prenatales, en mujeres con riesgo de presentar un parto prematuro antes de las 35 semanas. Ha sido demostrado que la administración de corticoides a la madre disminuye la incidencia de SDR, la mortalidad y la tasa de hemorragia intraventricular (HIV). Este tratamiento produce no sólo un aumento de la síntesis de DPPC sino también la remodelación y maduración de la estructura elástica pulmonar. La aplicación precoz de CPAP puede evitar la inactivación del surfactante, incluso cuando hay una cierta deficiencia, como ocurre en los menos inmaduros, favoreciendo el mantenimiento de un volumen alveolar adecuado y evitando su colapso. De igual forma, después del tratamiento con surfactante el mantenimiento de un volumen alveolar adecuado mediante CPAP puede contribuir a una evolución favorable. (J. López de Heredia Goya, 2008)

TRATAMIENTO

Administración de Oxígeno

Se recomienda la administración de oxígeno mezclado y monitorizado, con FiO₂ conocida, teniendo en cuenta la saturación del paciente en un oxímetro de pulso. Se comienza la reanimación con una concentración menor al 50% y se aumenta si el paciente no responde luego de 90 segundos a la efectiva ventilación con bolsa y máscara. La saturación normal durante el periodo de transición, inmediatamente luego del nacimiento en RNPT, puede ser entre 40 y 60%, alcanzando 50-80% a los cinco

minutos y 85% recién a los 10 minutos de vida. En la administración de oxígeno de siempre Monitorizar la FiO₂, Mantener los niveles de oximetría de pulso dentro de los rangos recomendados, Minimizar los efectos tóxicos del oxígeno, el barotrauma y volutrauma, Mantener posición y permeabilidad de la vía aérea, Utilizar los cuidados recomendados para una correcta aspiración de la vía aérea, Realizar cuidados para la prevención de los riesgos de la hiperoxia (ROP y DBP), y de la hipoxia (daño cerebral). (Quiroga, 2014)

Termorregulación

Evitar las pérdidas de calor utilizando bolsas plásticas apenas nace, sin secar en menores de 28 semanas, y mantener la misma hasta que se comprueba la temperatura, una vez ingresado a la UCIN. Realizar los procedimientos bajo fuente de calor radiante y controlando la temperatura ambiental mantener todos los cuidados necesarios para prevenir hipo o hipertermia, Recordar que ambas situaciones, aumentan el consumo de oxígeno y la dificultad respiratoria, Aplicar humedad ambiental en la incubadora según normativa del servicio para control de la termorregulación y disminución de las pérdidas insensibles de agua. (Quiroga, 2014)

Surfactante

Se administra en las primeras 12 horas de vida extrauterina, cuando los signos y síntomas del SDR son ya evidentes. Las indicaciones de la administración del surfactante en los recién nacidos con dificultad respiratoria son las siguientes:

- Peso al nacer menor de 1,200 g o con evidencia clínica de inmadurez pulmonar.
- Neonatos prematuros en ventilación mecánica con más de 40% de FiO₂.
- Neonatos prematuros con ventilación mecánica con presión de vía aérea mayor de 7 cm de H₂ O.

Otros criterios para la administración de los surfactantes se han enfocado en la edad gestacional y peso al nacer, y por ende en la viabilidad de los productos o criterios de

reanimación neonatal. De acuerdo con la evidencia, se sabe que los bebés de 30 o menos semanas de gestación, pueden verse beneficiados por este manejo, aunque con el tratamiento profiláctico la severidad del SDR suele ser menor. El tratamiento temprano disminuye el riesgo del neumotórax, edema pulmonar, enfisema intersticial y muerte. (José Ramón Jiménez Jiménez, 2009)

Ventilación mecánica

La indicación temprana es la hipoxemia más acidosis respiratoria ante un RN con SDR y prematuro. Durante la ventilación, se permiten cifras de pH bajos y CO₂ elevado, con la finalidad de no exponer al RN a concentraciones altas de O₂, evitando las lesiones de la ventilación como son: retinopatía, fuga de aire, enfermedad pulmonar crónica, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del conducto arterioso. (Muñoz, 2002)

1.1 Justificación

La dificultad respiratoria es una patología grave que se presenta en las salas de salud en los recién nacidos prematuros por lo que los pulmones de ellos no se encuentran desarrollados en su totalidad para enfrentar la vida extrauterina.

Si no es tratada podría desencadenar múltiples afecciones al organismo o causar hasta la muerte, es de vital importancia el trabajo en equipo empleando todos sus conocimientos aplicando las intervenciones de enfermería con una atención rápida, eficaz.

En el presente caso clínico se aplica el proceso de atención de enfermería en un paciente recién nacido con dificultad respiratoria buscando las mejores intervenciones, cuidados y prevenciones que ayuden a mejorar la salud del paciente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

- Conocer el proceso de atención de enfermería en un recién nacido prematuro con dificultad respiratoria.

1.2.2 Objetivo Especifico

- Identificar las intervenciones de enfermería que se aplican al recién nacido prematuro con dificultad respiratoria.
- Aplicar los patrones funcionales de Marjory Gordon en el recién nacido prematuro.

1.3 Datos Generales

NOMBRE: N/N

APELLIDO: N/N

CEDULA: XXXXXXXXXX

HISTORIA CLINICA: XXXXXXXXXX

FECHA DE NACIMIENTO: 15 de marzo del 2021

LUGAR DE NACIMIENTO: Babahoyo, Los Ríos.

SEXO: Masculino

EDAD: Recién Nacido

NACIONALIDAD: ecuatoriano

CEDULA DE IDENTIDAD: 1252579352

HISTORIA CLÍNICA: 1252579352

FECHA DE INGRESO: 15 de marzo del 2021

EDAD DE LA MADRE: 38 años

GRUPO O SANGUÍNEO: O+

NIVEL SOCIOCULTURAL/ ECONÓMICO: Medio

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial clínico del paciente).

Ingresa al área de neonatología prematuro de 28 semanas de gestación, con 1 hora de vida activo reactivo, buen llanto producto obtenido por parto eutócico a causa de ruptura de membranas, con un Apgar de 7-8, peso de 1220g, Talla: 38cm, con Frecuencia Cardíaca de 132lpm, Frecuencia Respiratoria de 59xmin, con una Saturación de Oxígeno de 96%, con Cianosis localizada en pliegues plantares y palmares y Disnea.

ANTECEDENTES PERSONALES

Propia de la infancia: Dificultad Respiratoria.

ANTECEDENTES FAMILIARES

MADRE: Multípara

PADRE: Ninguno

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Prematuro de 28 semanas de gestación de sexo masculino obtenido por parto EUTOCICO por ruptura de membranas de madre multípara ingresa al área de neonatología con saturación de 96%, Cianosis localizada en pliegues plantares y palmares y Disnea, se administra analgésico según prescripción médica, entra a ventilación Mecánica Invasiva modo SIMV(Ventilación mandatoria intermitente sincronizada) con parámetros altos con cateterismo umbilical para farmacoterapia, permanece en termocuna y sonda nasogástrica abierta al momento está en NPO, médico prescribe dosis de surfactante no hay en el Hospital y realización de gasometría arterial pero no hay para neonatos solicitan transferencia a Hospital de Tercer Nivel, tiene ordenes de laboratorio y radiografía.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Signos vitales

Temperatura: 36.5°C

Presión Arterial: 62/40

Frecuencia Respiratoria: 59x´

Frecuencia Cardíaca: 132lxmin

Saturación: 96%

Piel: severamente azulada con presencia de lanugo

Cabeza

Perímetro Cefálico: 26cm

Presencia de Fontanela: si, blando.

Cabello: poco, color negro.

Ojos: café, pupila reactiva a la luz, parpados con edema leve.

Oídos: forma normal, adecuada implantación del pabellón auricular, sin malformaciones, reacciona a sonidos.

Nariz: pequeña, fosas nasales permeable, sin malformaciones.

Boca: tamaño pequeño sin anomalías, mucosa bucal húmeda, simétrica, sin paladar hendido, lengua pequeña.

Cuello: extensión normal y movimiento de flexión

Tórax: movimientos torácicos simétricos, murmullo vesicular audible y glándula mamaria normal.

Abdomen: depresible no doloroso a la palpación, ruidos hidro-aéreos presentes, cordón umbilical presente.

Genitales: presentes, con ambos testículos en bolsas escrotales.

Extremidades: con ambas extremidades superiores e inferiores simétricas.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

1. Patrón percepción manejo de la salud

Recién nacido acostado en termocuna proporcionándole un ambiente de confort, con signos vitales Temperatura: 36.5°C, Saturación: 96%, Presión Arterial: 62/40, Frecuencia Cardiaca: 132lxmin, Frecuencia Respiratoria: 59x´.

2. Patrón Nutricional / Metabólico

Higiene normal con presencia de lanugo, prematuro con bajo peso de 1220g se encuentra con nutrición parenteral con sonda nasogástrica abierta con NPO, Sin presencia de úlceras.

3. Patrón Eliminación

Heces meconiales, ano permeable, genitales masculinos normales sin secreciones ni edemas ni malformaciones, diuresis normales.

4. Patrón Actividad / Ejercicio

Recién nacido con disnea al momento con sedación se encuentra con ventilación mecánica modo SIMV sin secreciones bronquiales ni tos, sin dolor torácico, pulso en estado normal palpable, sin presencia de edemas.

5. Patrón Sueño / Descanso

Recién nacido se encuentra bajo sedación.

6. Patrón Cognitivo

Pupilas no reactivas por sedación.

7. Patrón Autopercepción / Autocuidado

Sin alteración.

8. Patrón Rol / Relaciones

Recién nacido se encuentra bajo el cuidado de personal de enfermería y de su madre.

9. Sexualidad / Reproductiva

Recién Nacido presenta sus genitales con buena coloración con presencia de los dos testículos en su bolsa escrotal sin presencia de malformaciones.

10. Patrón Adaptación / Tolerancia al estrés

Recién Nacido presente mejoría en su estado de salud.

11. Patrón Valores / Creencias

Padre y Madre del Recién Nacido son de Religión católica.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón Nutricional / Metabólico

Patrón Actividad / Ejercicio

2.4 Información de exámenes complementarios realizados
examen de laboratorio

HEMOGRAMA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
LEUCOCITOS	5.57	5.00 - 10.00
HEMATIES	3.31	4.00 - 5.50
HEMATOCRITO	38.5	40.0 - 54.0
HEMOGLOBINA	13.5	12.0 - 16.0
MCV	116.3	80.0 - 100.0
MCH	40.8	27.0 - 34.0
MCHC	35.1	32.0 - 36.2
RDW-CV	17.4	110 - 16.0
RDM-SD	75.5	35.0 - 56.0
PLAQUETAS	200	150 - 450
VPM	12.0	6.5 - 12.0
NEUTROFILOS %	22.5	50.0 - 70.0
LINFOCITOS%	61.6	20.0 - 40.0
MONOCITOS%	9.0	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS%	1.4	0.5 - 5.0
BASOFILOS%	5.0	0 - 1.0
IG%	0.5	
NEUTROFILOS#	1.25	1.50 - 7.00
LINFOCITOS#	3.43	1.60 - 4.00
MONOCITOS#	0.50	>0.90
EOSINOFILOS#	0.08	>0.40
BASOFILOS#	0.28	>0.10
GRUPO SANGUINEO	RH O+	

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico Presuntivo. – Enfermedad de la Membrana Hialina.

Diagnóstico Diferencial. - Distrés Respiratorio.

Diagnóstico Definitivo. - Dificultad Respiratoria.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Recién nacido ingreso al área de neonatología por presentar cianosis localizada en pliegues plantares y palmares, saturación de 96% originado por un parto prematuro de 28 semanas de gestación por causa de ruptura de membranas, madre de 38 años múltipara, una vez realizado todas las valoraciones se pudo diagnosticar dificultad respiratoria y se brinda cuidados de enfermería para restablecer la salud del prematuro.

Cuidados de enfermería

Control de signos vitales, glucemia cada 4h y hemoglobina

Monitorización continua y mantener eutermia

Sonda nasogástrica abierta y NPO

Higiene con nistatina

Fluidos y medicamentos

Gluconato de calcio 1.2cc + 1.2cc de agua destilada cada 12h

Ampicilina 240mg vía intravenosa cada 12h

Gentamicina 6mg vía intravenoso cada día

Fitomenadiona 1mg vía intravenoso cada día

Solución salina al 9% 24cc + 1cc de morfina pasar 0.2ml/hora

Dextrosa al 10% 100cc vía intravenoso 4ml/hora.

VMI modo SIMV PEEP: 8.0 PI:23 T.I:0.33seg FIO2:55%

NANDA:00107
NOC: 1004
NIC: 1056

Patrón de alimentación Ineficaz

R/C: Prematuridad

E/P Incapacidad para iniciar o mantener una succión, deglución y respiración efectiva.

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: k Digestión y Nutrición

Etiqueta: Estado Nutricional del lactante

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: I Fisiológico Básico

Clase: D Apoyo Nutricional

Etiqueta: Alimentación entera por sonda

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
102008 glucemia				x	
102009 hemoglobina					x
102019 ingestión de calcio					x
102022 administración intravenosa de líquidos					x
102023 administración parenteral de líquidos					x

ACTIVIDADES

1. Observar si hay alguna evacuación en la sonda.
2. Higiene de las cavidades.
3. Controlar estado hidroeléctrico.
4. Peso diario
5. Observar signos de deshidratación.
6. Control de glucemia

NANDA: 00032
NOC: 0403
NIC: 3390

Patrón Respiratorio Ineficaz

R/C: Inmadurez Neurológica

E/P Disnea, Cianosis

M
E
T
A
S

Dominio: II Salud Fisiológica

Clase: E Cardiopulmonar

Etiqueta: Estado Respiratorio Ventilación

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: 2 Fisiológico Complejo

Clase: K Control de la Respiración

Etiqueta: Apoyo a la Ventilación

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
04031 frecuencia Respiratoria					x
04035 facilidad de la Respiración				x	
040211 Saturación de oxígeno					x
040313 ausencia de Disnea en esfuerzo				x	

ACTIVIDADES

1. Deambular tres o cuatro veces por día.
2. Mantener vía aérea permeable
3. Controlar frecuencia respiratoria.
4. Administrar medicación prescrita contra el dolor para evitar la hipo ventilación
5. Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión.
6. Iniciar esfuerzos de reanimación si corresponde.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Una vez obtenido el diagnóstico definitivo de dificultad respiratoria se informó los procedimientos y cuidados que se le va realizar a la madre del prematuro, se mantuvo monitorizado conectado al respirador para descartar complicaciones en el tratamiento, la administración de medicamentos se realizó bajo la prescripción médica en la hora correcta, con el paciente correcto, se envió ordenes de laboratorio y se monitorizan resultados.

Mi estudio de caso fue aplicado con la teoría de Virginia Henderson ya que las enfermeras ayudan a los pacientes en las actividades esenciales para preservar su salud, recuperarse de la enfermedad que enfrentan o alcanzar la muerte en paz.

2.8 Seguimiento.

16/03/2021

Prematuro de un 48 horas de vida en condiciones clínicas delicadas con diagnóstico médico de dificultad respiratoria permanece conectado a ventilador Mecánico modo SIMV (Ventilación mandatoria intermitente sincronizada), sonda nasogástrica abierta y cateterismo umbilical, en espera de cupo para Hospital de 3er Nivel, por falta de surfactante en la institución, se administró medicación y cuidados correspondientes en las horas establecidas, la radiografía presenta buena expansión pulmonar, presenta una glucemia de 98mg/DL y control cada 4 horas por prescripción médica, una hemoglobina de 13.5, presenta una saturación de 99%, Frecuencia respiratoria 66x', Presión Arterial 65/45.

17/03/2021

Prematuro de sexo masculino con 72 horas de vida es transferido a Hospital de tercer nivel con diagnostico medico de dificultad respiratoria, se administró medicación prescrita por medico a la hora establecida y se dio los cuidados necesarios para establecer el estado de salud del paciente, con cateterismo umbilical permeable, en termocuna, con sonda nasogástrica y Ventilación

Mecánica modo SIMV(Ventilación mandatoria intermitente sincronizada), con signos vitales presión arterial 69/40, Temperatura 36.5°C, Frecuencia respiratoria 59x' saturación 99%, glucemia de 100 mg/dl y hemoglobina de 13.6 se informa que no se ha administrado surfactante por falta en la institución y no se ha realizado gasometría arterial, se procede a la entrega de documentos respectivos para la transferencia.

2.9 Observaciones.

Prematuro de sexo masculino con los cuidados e intervenciones aplicados se mantiene estable en sus signos vitales a las 72 horas de vida obtuvo cupo y fue transferido al hospital de tercer nivel para recibir los cuidados necesarios. Al momento del diagnóstico médico se informó con el consentimiento informado todas las actividades e intervenciones, tratamiento, efectos secundarios, y complicaciones en el prematuro.

CONCLUSIONES

En conclusión se pudo dar a conocer como la prematuridad neonatal antecedentes maternos están asociados en la patología de dificultad respiratoria, y se demostró la importancia de la aplicación del proceso de atención de enfermería para así poder mejorar su salud.

Con las intervenciones NANDA, NIC Y NOC junto con los cuidados se pudo observar como el paciente se mantuvo estable en todo el transcurso de la hospitalización teniendo como resultado una buena evolución, pero por su edad gestacional era necesario la atención por parte de un hospital de 3er nivel para ayudar a mejorar su supervivencia, en el presente caso se ha cumplido todos los objetivos deseados.


Como se puede ver se obtuvo buenos resultados gracias al trabajo en grupo junto con los médicos, enfermeros y terapeutas, gracias al constante monitoreo y el excelente cuidado se pudo evitar posibles complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrea Elena Campos, M. O. (2013). *SURFACTANTE EXÓGENO Y SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN*. Obtenido de SURFACTANTE EXÓGENO Y SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN:
http://www.clinicapediatrica.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/revisiones_monografias/revisiones/Surfactante%20Pulmonar.pdf
- Dra. Elisa Fehlman, D. J. (2010). impacto del síndrome de dificultad respiratoria. *SCIELO*, 394. Obtenido de www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n5/v108n5a04.pdf
- J. López de Heredia Goya, A. V. (2008). *Síndrome de Dificultad Respiratoria* . Obtenido de Síndrome de Dificultad Respiratoria :
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>
- José Ramón Jiménez Jiménez, * . K. (2009). Surfactante pulmonar en el síndrome de dificultad. *Revista Mexicana de Pediatría* , 231-236. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2009/sp095g.pdf>
- MAFALDA, D. R. (2015). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>
- Muñoz, R. S. (2002). Síndrome de dificultad respiratoria tipo I. *Salud en Tabasco* , 133-138.
- Quiroga, L. A. (Enero de 2014). *Enfermería Neonatal* . Obtenido de Enfermería Neonatal :
<https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>
- RIZZARDINI, D. M. (08 de 2015). *Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido* . Obtenido de Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido :
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>
- SALUD, O. M. (19 de Febrero de 2018). *OMS*. Obtenido de OMS: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Se%20considera%20prematuro%20un%20beb%C3%A9,prematuros%20\(28%20a%2032%20semanas\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Se%20considera%20prematuro%20un%20beb%C3%A9,prematuros%20(28%20a%2032%20semanas))
- Santos Holguín, S. R. (25 de JUNIO de 2021). *Universidad Estatal Península de Santa Elena*. Obtenido de Universidad Estatal Península de Santa Elena:
<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5948>

ANEXOS



15-mar-2021	Ingreso	15/03/2021 22:18:28	Solicitud No.	1216391166
22:45:58	Paciente	RN ROBALLO MURILLO	Genero	HCMARIE
1	D(a)	MALYN ESTEFANIA GUERRERO PARDO		
Sala de Hospital		NEONATO		
DESCRIPCIÓN DEL EXAMEN				
Descripción del Examen	Resultado	Unidad	Valores	Referenciales
HEMOGRAMA				
LEUCOCITOS	5.37	10 ³ /uL	5.00 - 10.00	
HEMATEOS	3.31	x 10 ⁶ /L	4.00 - 5.50	
HEMATOCRITO	38.5	%	40.0 - 54.0	
HEMOGLOBINA	13.5	g/dL	12.0 - 18.0	
MCV	116.3	fL	80.0 - 100.0	
MCH	40.4	pg	27.0 - 34.0	
MCHC	35.1	g/dL	32.0 - 36.0	
RDW-CV	27.4	%	11.0 - 16.0	
RDW-SD	75.5	fL	35.0 - 56.0	
PLAQUETAS	200	10 ³ /uL	150 - 450	
VPM	12.0	fL	8.5 - 12.0	
NEUTRÓFILOS#	22.5	%	50.0 - 70.0	
LINFÓCITOS#	61.6	%	20.0 - 40.0	
MONOCITOS#	9.0	%	3.0 - 12.0	
EOSINÓFILOS#	1.4	%	0.5 - 5.0	
BAFOFILOS#	5.0	%	0 - 1.0	
IGM	0.5	%		
NEUTRÓFILOS#	1.25	10 ³ /uL	1.50 - 7.00	
LINFÓCITOS#	3.43	10 ³ /uL	1.60 - 4.00	
MONOCITOS#	0.50	10 ³ /uL	> 0.90	
EOSINÓFILOS#	0.08	10 ³ /uL	> 0.40	
BAFOFILOS#	0.28	10 ³ /uL	> 0.10	
GRUPO SANGUÍNEO	O			
FACTOR RH	POSITIVO			
LISSETH MARGARITA CHANG TEJADA				
15/3/2021 22:23:39				
Anticuerpos IZTILEL	NEGATIVO			
IgM-IgG-IgA (PROBA RAPIDA)				
LISSETH MARGARITA CHANG TEJADA				
15/3/2021 22:51:20				
VALIDADOR DE MUESTRA	VALIDADO			
Muestra Valida para estas pruebas				
LISSETH MARGARITA CHANG TEJADA				
15/3/2021 22:23:39				
 Lodo Rainer Bustamante Coordinador de Laboratorio				