



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión Práctica Del Examen Complexivo Previo A La Obtención Del
Grado Académico De Licenciado (A) En Enfermería.**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PRETERMINO LEVE
CON NEUMONÍA CONGÉNITA POR CORIOAMNIONITIS.**

TUTOR

DR. ALEX DIAZ BARZOLA

AUTOR

MEIDY KRISTEL GARCIA ONOFRE

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TITULO DEL CASO CLÍNICO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCION	IX
I. MARCO TEORICO	10
1.1 JUSTIFICACIÓN	16
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	17
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE	18
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	18
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente)	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	19
2.3 Examen Físico	19
Patrones Funcionales Alterados:	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	21
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial	22
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	22
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	27
2.8 Seguimiento	27
2.9 OBSERVACIONES	29
CONCLUSIÓN	30
ANEXOS	34

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico al ser que hizo posible que yo esté realizando mis sueños, Jehová. Además de dedicárselo a mis padres quienes fueron el motor que me impulsara a seguir adelante y no decaer, a mis amigas por demostrar que si existen amistades sinceras, que están prestas para brindarte el apoyo necesario, por convertirse en familia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a una amiga muy especial que me enseñó a perseverar en las decisiones que tomé, como al elegir esta majestuosa carrera, que si a la primera fracasaba siempre habría una segunda oportunidad por la cual se tendría que luchar, en el camino conocí mas personas, aquellas que se convirtieron en algo especial, aquellas que adornaron de flores mi camino, con ellas hubo vivencias inolvidables y estoy muy agradecida con toda mi familia que estuvieron ahí al pendiente de mis necesidades.

TITULO DEL CASO CLÍNICO.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PRETERMINO LEVE CON
NEUMONÍA CONGÉNITA POR CORIOAMNIONITIS

RESUMEN

La neumonía congénita causada por corioamnionitis es un estado patológico que se manifiesta por dificultad respiratoria, ocurre cuando las capas de la placenta el corion y el amnios sufren una ruptura donde el feto queda vulnerado a todas las bacterias que se encuentran en la vagina y cérvix genital, causando graves daños en el producto, yendo desde mal formaciones, neumonía, meningitis entre otras patologías he incluso hasta la muerte, siendo una de las causas principales de morbimortalidad neonatal tanto a nivel nacional como mundial.

El presente estudio de caso se basa en aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) en un paciente pretérmino leve, el cual fue diagnosticado con neumonía congénita por corioamnionitis, con el mismo mantendremos un orden de intervenciones sistematizado en donde se implementarán metas u objetivos que se van a cumplir mediante las fases de enfermería que son valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aplicando los patrones funcionales de Marjorie Gordon y basándonos en la teoría de virgínea Herdenson, que nos permitirán tomar decisiones basadas en criterios científico dependientes e independientes, para así lograr los cuidados respectivos al paciente para su pronta recuperación, teniendo en cuenta de cuan necesario son las relaciones interpersonales con el cuidador del paciente.

Palabras Claves: Neumonía Congénita, Pretérmino leve, Dificultad respiratoria, Corioamnionitis, proceso de atención de enfermería.

ABSTRACT

Congenital pneumonia caused by chorioamnionitis is a pathological state that is manifested by respiratory distress, it occurs when the layers of the placenta, the chorion and the amnion suffer a rupture where the fetus is vulnerable to all the bacteria found in the vagina and genital cervix , causing serious damage to the product, ranging from malformations, pneumonia, meningitis among other pathologies and even death, being one of the main causes of neonatal morbidity and mortality both nationally and worldwide.

This case study is based on applying the nursing care process (PAE) in a mild preterm patient, who was diagnosed with congenital pneumonia due to chorioamnionitis, with it we will maintain a systematized order of interventions where goals or objectives will be implemented. that will be fulfilled through the nursing phases that are assessment, diagnosis, planning, execution and evaluation. Applying the functional patterns of Marjorie Gordon and based on the theory of Virginia Herdenson, which will allow us to make decisions based on dependent and independent scientific criteria, in order to achieve the respective care for the patient for his speedy recovery, taking into account how necessary the interpersonal relationships with the patient's caregiver.

Keywords: Congenital pneumonia, mild preterm, respiratory distress, chorioamnionitis, nursing care process.

INTRODUCCION

A lo largo de este tiempo la prematuridad de los recién nacidos viene siendo un peligro eminente ante su salud ya que cualquier complicación que se dé a menos edad gestacional sería un problema. El pretérmino leve es aquel que nace entre 34 y 36 semanas 6 días, se creía que eran más saludables, pero esto se comprobó que no es así, sigue existiendo un rango más elevado de mortalidad ante los recién nacidos a término, además de que pueden presentar complicaciones tales como: taquipnea transitoria, inestabilidad térmica, síndrome de dificultad respiratoria y más tiempos internados en las unidades de cuidados intensivos. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

La neumonía en estadio temprano se refiere a la que se contrae desde la vida intrauterina, adquirida por la aspiración de líquido amniótico infectados por bacterias, se encuentra muy ligada con la corioamnionitis y asfixias que hacen que el neonato jadee e ingiera el líquido amniótico infectado provocando así la infección al recién nacido, estos niños al nacer presentan un APGAR neonatal bajo, asociadas a otras complicaciones como la dificultad respiratoria severa. (Gálvez, 2018)

El presente estudio de caso se basa en la respectiva valoración por patrones funcionales, para brindar cuidados prioritarios y un correcto seguimiento ante un pretérmino leve que ingresa al área de neonatología a la sala de cuidados intensivos, por presentar neumonía congénita por corioamnionitis.

I. MARCO TEORICO

Prematuridad

Según la organización mundial de la salud los prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación. La prematuridad extrema es cuando los bebés no llegan a tener una maduración intrauterina completa y necesariamente son atendidos en las unidades de cuidados intensivos de los servicios de neonatología. (Barra, et al., 2021)

Clasificación de la prematuridad

Según la OMS la prematuridad se la puede clasificar de acuerdo a la edad gestacional del recién nacimiento en:

- Prematuros extremos son aquellos que nacen en menos de las 28 semanas de gestación.
- Muy prematuros aquellos que nacen de 28 a 32 semanas de gestación
- Prematuros moderados a tardíos son aquellos que nacen entre las 32 a 37 semanas de gestación. (Salud, 2018)

Cuidados de enfermería en prematuros

Los cuidados que se realizan en un recién nacido prematuro son múltiples ya que el riesgo de muerte es latente, tendrán que ser monitorizado sus signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno, Temperatura, Presión arterial.), utilizar oxigenoterapia, mantenimiento su temperatura óptima, utilizando medios físicos si es necesario o termo cunas. En cuanto a la alimentación la recibirá vía enteral mediante una sonda

nasogástrica también por vía parenteral o por amamantamiento donde la enfermera juega un papel fundamental con su ayudada. Además, la enfermera debe proporcionar confort disminuyendo el dolor al recién nacido mediante analgesia no farmacológica ya que se le realiza intervenciones invasivas. En caso de que el neonato este recibiendo oxigenoterapia la enfermera deberá aspirar secreciones, administrar surfactante en caso de no tener los pulmones desarrollados sin olvidar las medidas de bioseguridad como lo es los cinco correctos del lavado de manos, cuidados de la piel. (Barroso, et al., 2017)

Neumonía neonatal

La neumonía neonatal es una infección del parénquima pulmonar (también conocido como vías respiratorias bajas) de un neonato, Esta infección puede ser causada por diversos microorganismos (virus y bacterias), aunque las infecciones bacterianas son más comunes. La infección puede ocurrir en el útero de la madre o después de que nazca el bebé. Los síntomas de la neumonía neonatal incluyen dificultad respiratoria, falta de amamantamiento, niveles bajos de oxígeno y, en casos más graves, progresión a infección sistémica o sepsis que, si no se inicia con su respectivo tratamiento puede tener consecuencias desfavorables como la muerte del recién nacido. El diagnóstico precoz y el inicio de la antibioterapia lo antes posible son fundamentales para su recuperación sin secuelas. (Rubio, 2022)

Diagnostico

En referencia investigaciones se mencionan los siguientes diagnósticos de la Neumonía Neonatal:

1. Signos de dificultad respiratoria,

2. Inestabilidad térmica,
3. Rechazo a la alimentación,
4. Decaimiento,
5. Hipo o hiperglucemia,
6. Signos de hipofusión.

Antecedentes clínicos infección intrahospitalaria:

1. Antecedentes clínicos hospitalización UCIN.
2. Pacientes sometidos a procedimientos (post-quirúrgicos, multipuncionados, nutrición parenteral, ventilación mecánica).
3. Pacientes con cuadro séptico asociado.
4. Paciente en ventilación mecánica que se agrava.
5. Pacientes con tratamiento antibiótico prolongado o con mala respuesta a éstos, puede asociarse a BRN por hongos intrahospitalaria. (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 36)

Etiología

En la neumonía se ven comprometidos los pulmones gracias a procesos infecciosos que pueden presentarse de manera tardía que va desde los 8 días de vida hasta los 28 y temprana que va de menos de los 7 días de vida, la etiología puede llegar a ser variada, de manera que puede ser causada por: *Streptococos del grupo B* y *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, *Haemophilus influenzae* no tipificado, *Enterococo* y *Ureaplasma urealyticum*; por otro lado la neumonía en estadio tardío puede deberse a infecciones

nosocomiales como *Staphylococcus aureus*, bacilos gramnegativos, hongos y otros. En la neumonía neonatal, como en otros procesos infecciosos pulmonares, las lesiones del pulmón y extrapulmonares son causadas directa e indirectamente por la invasión bacteriana y por una respuesta inmunitaria no esperada del huésped, que puede causar daños del tejido sano. Los factores de riesgo para la neumonía perinatal son la ruptura prematura de membranas, la infección materna durante el embarazo y el parto prematuro. (Neira, 2020)

Neumonía congénita

La neumonía congénita se transmite dentro de la placenta y hace referencia cuando el neonato ya nace con neumonía y puede presentarse durante las primeras horas de vida o incluso en el mismo instante de su nacimiento, presentando dificultades respiratoria, letargia, cianosis general o distal. La neumonía congénita se da por vía transplacentaria. (Rubio, 2022)

Neumonía intrauterina

La neumonía intrauterina se incluye en la etapa temprana de la neumonía, relacionadas con la corioamnionitis y rupturas de las membranas placentarias, la manera que se adquiere es mediante varios mecanismos de transmisión, puede ser por aspiración del líquido amniótico contaminado, transmisión placentaria o en la labor de parto. Los organismos presentes en las secreciones vaginales pueden colonizar a los neonatos y según las circunstancias contraer la neumonía. Los patógenos importantes incluyen *Streptococcus Agalactiae* causa la mayoría de los casos de neumonía puerperal, A nivel mundial las otras bacterias que podemos encontrar son: *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes*, *Haemophilus influenzae*. En cuanto a

los agentes virales, identificar el virus del herpes simple y los enterovirus menos comunes, adenovirus, rubéola y citomegalovirus. (Quiguango, 2017)

Corioamnionitis

“La corioamnionitis es una inflamación aguda que afecta directamente a la placenta a las membranas y el corion, usualmente se debe a infecciones por bacterias microbianas y que aumenta con la ruptura de las membranas” (Verdy Martínez, Et al., 2020).

Diagnostico

La corioamnionitis puede ser diagnosticada por los siguientes síntomas que puede presentar el neonato al nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, tales como:

Fiebre ($>37.8^{\circ}\text{C}$) y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna (> 100 latidos por minuto), leucocitosis materna [recuento de glóbulos blancos (GB) $> 15,000$ células/mm³], sensibilidad uterina, taquicardia fetal (>160 latidos por minuto) y líquido amniótico maloliente. La corioamnionitis complica hasta 40 a 70% de los nacimientos prematuros con rotura prematura de membranas o parto espontáneo y 1 a 13% de los nacimientos a término. El doce por ciento de los partos por cesárea primaria a término implican corioamnionitis clínica, y la indicación más común de cesárea en estos casos es la falta de progreso, generalmente después de la ruptura de la membrana. (Verdy Martínez, Et al., 2020, p.87)

Para la detección temprana de la corioamnionitis se han probado varios exámenes que al realizarlos tienen niveles de efectividad, los controles que se realizan mediante ecografías tienen un papel fundamental ya que con éstos se lograra observar la no presencia de la frecuencia respiratoria en estadios tempranos y en los tardios, la ausencia de los movimientos fetales, que estan asociados a la patología. Otra de las maneras de estar libre de dudas es realizando pruebas de amniosentesis ya que nos permite obtener la cantidad de leucocitos encontrados en el en el líquido amniótico, ademas de realizar la tinción de Gram, que en concepto no resulta tan efectiva ya que algunas veces no se logran viualizar microorganismos como los micoplasmas genitales, la prueba más confiable es el cultivo del líquido amniótico para el diagnóstico de la coriamnionitis. (Hurtado Sánchez, Et al., 2018)

Incidencia

La incidencia de varios elementos conlleva al aumento de presentar corioamnionitis los cuales se mencionarán a continuación:

La edad gestacional, los criterios diagnósticos, la ruptura prematura de las membranas ovulares, el trabajo de parto prolongado, la malnutrición materna, las infecciones genitales durante el embarazo, el politacto, el uso de dispositivos de monitoria interna, el líquido amniótico meconiado, la colonización por estreptococos del grupo B, la nuliparidad, la anestesia epidural y la ingesta de alcohol y el tabaco por parte de la gestante. (Verdugo Muñoz, Et al., 2017, p. 76)

1.1 JUSTIFICACIÓN

La neumonía congénita es una infección que se da de manera directa cuando el feto se encuentra dentro de la placenta y sufre una ruptura de sus membranas, además de que también puede ser por transmisión vertical, hemática. Las repercusiones de la misma afectan al parénquima pulmonar y es causante del 40% de muertes durante los primeros 28 días de vida.

Por tal razón se justifica la importancia de ser diagnosticado a tiempo para que el neonato reciba el cuidado específico, además de que es esencial el conocimiento que se debe de tener en base a la neumonía, como síntomas, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento, los cuidados que debe recibir el neonato con esta patología, que son la clave para la recuperación, de los cuales la enfermera juega un papel principal.

El presente estudio de caso tiene como finalidad aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un pretérmino leve con neumonía congénita por corioamnionitis, donde emplearemos los métodos necesarios para realizar una correcta planificación sobre el tratamiento y manejo del paciente, además de una valoración por patrones funcionales de la teoría de Marjory Gordon, utilizando NANDA, NIC y NOC para el proceso de atención de enfermería.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en prematuro leve con neumonía congénita por corioamnionitis.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que patrones se encuentran alterados en el paciente mediante la taxonomía del NANDA.
- Ejecutar los cuidados por medio de las intervenciones de enfermería NIC.
- Evaluar los resultados obtenidos, posterior a la ejecución de los cuidados de enfermería con él NOC.

1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DEL NOEONATO
NOMBRE: xx
EDAD: xx
SEXO: Masculino
Tipo de sangre: O +
CIUDAD: Guaranda
ETNIA: Indígena
HISTORIA CLINICA: xxxxx
DX REAL: Prematuro leve con Neumonía congénita por Corioamnionitis
ESTABLECIMIENTO: Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Realizado: Meidy Kristel García Onofre

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Historial clínico

Antecedentes patológicos del paciente

- No refiere

Antecedentes patológicos de la madre

- Trabajo de parto prematuro anterior
- Sangrado vaginal durante el embarazo
- Madre adolescente

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

Signos Vitales al ingreso:

- Temperatura: 35,5 °C
- Frecuencia respiratoria: 58 respiraciones por minuto.
- Frecuencia Cardíaca: 144 latidos por minutos
- Saturación de oxígeno: 89%
- Estado de consciencia: hipoactivo

2.3 Examen Físico

Valoración céfalo caudal

- **Piel:** Turgente elástica, lisa, escamosa, cianosis distal.
- **Cabeza:** Normocéfalo
- **Ojos:** Escleras blanquecinas normales
- **Oídos:** conductos auditivos externos permeables, pabellones simétricos.
- **Nariz:** aleteo nasal, fosas nasales permeables.
- **Boca:** mucosas orales húmedas
- **Cuello:** Sin adenopatías
- **Tórax:** Simétrico y expansible,
- **Pulmones:** murmullo vesicular disminuido, llanto débil.
- **Corazón:** ruidos cardíacos rítmicos.
- **Abdomen:** Suave depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- **Cordón umbilical:** Presenta 2 arterias y 1 vena.
- **Genitales:** Masculino, presencia de testículos en escrotos, normales.
- **Ano:** Conducto anal permeable.
- **Columna:** **integra**
- **Extremidades:** simétricas con tono y fuerza conservada.

— **Neurológico:** hipoactivo.

Valoración Por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

- **Patrón 1: Percepción/manejo de salud**
 - No aplica
- **Patrón 2: Nutricional metabólico**
 - Reflejo de succión y deglución disminuidos.
 - Alimentación por sonda
 - Piel turgente lisa, fría al tacto, escamosa
 - Hipotérmico
- **Patrón 3: Eliminación**
 - Balance hídrico negativo: ingresos de 79ml, egresos de 100ml
- **Patrón 4: Actividad/ejercicio**
 - Aleteo nasal
 - Cianosis distal
 - Saturación de oxígeno 89%
 - Hipoactivo
- **Patrón 5: sueño/descanso**
 - No aplica
- **Patrón 6: cognitivo/perceptivo**
 - No aplica
- **Patrón 7 Autopercepción/Autoconcepto:**
 - No aplica
- **Patrón 8: Rol/Relaciones**
 - Vínculo de madre he hijo afectado
- **Patrón 9: Sexualidad/Reproducción**
 - No aplica
- **Patrón 10: Adaptación/ Tolerancia el estrés**
 - No aplica
- **Patrón 11: valores y creencia**
 - No aplica

Patrones Funcionales Alterados:

- Patrón 2: Nutricional metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad/ejercicio
- Patrón 8: Rol/Relaciones

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

BIOMETRIA HEMÁTICA COMPLETA

Serie Blanca		
	Resultados	Referencias
Leucocitos	12.100	4.500 – 10.000
Neutrófilos	70%	50.0 – 70.0
Eosinófilos	0.2%	2.0 – 4.0
Monocitos	5.8%	2.0 – 8.0
Basófilos	0.1%	0.0 – 1.0%
Serie Roja		
Hematíes	3.42/ul	4.50 – 5.90
Hemoglobina	10 g/dl	15.3 – 21 g/dl
Hematocrito	58%	42-60%
Serie Trombocítica		
Plaquetas	282.000 mm ³	160.000 – 400.000mm ³
VPM	10	10.0 – 14.0
PDW	16.7	9.00 – 17.00
Plaquetocrito	0.269%	0.108 – 0.282

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial

Diagnostico presuntivo

- Distrés respiratorio, Sepsis neonatal.

Diagnóstico diferencial

- Corioamnionitis

Diagnóstico definitivo

- Prematuro leve con neumonía congénita por corioamnionitis

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

El origen del problema se dio desde el momento de la ruptura de la placenta en consecuencia de los factores de riesgo que presentaba la gestante, los cuales son; antecedente de parto prematuro, madre adolescente. Al nacimiento el neonato presento síntomas como dificultad respiratoria, aleteo nasal dando paso a un diagnóstico presuntivo el síndrome de dificultad respiratoria, pero al realizar RX de tórax y pruebas de laboratorio, donde la prueba leucocitaria salió elevada dio como resultado una neumonía congénita a causa de la corioamnionitis.

Procedimiento que realizo el personal de enfermería fueron:

- Administración de profilaxis oftálmica, vitamina k al nacer.
- Control de signos vitales
- Soporte vital
- Canalización de vía periférica
- Administración de medicamentos

- Control de los ingresos y egresos

Tratamiento farmacológico

- Ampicilina 280mg IV cada 8 horas.
- Gentamicina 10.5mg IV cada 8 hora

NANDA: 00030
NIC: 3320
NOC: 0415

DOMINIO3: DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES
Definición: exceso o déficit de la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolar- capilar

R/C: Desequilibrio en la ventilación

E/P: Aleteo nasal, color de piel cianótica, disminución del CO2, Patrón respiratorio anormal.

Dominio: 3 Eliminación e Intercambio

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria	X				
Vías aéreas permeables			X		
Ritmo respiratorio		X			
Saturación de oxígeno		X			

Clase 2: función respiratoria

Etiqueta: Estado respiratorio

Campo: Fisiológico: Complejo

Clase: K Control respiratorio

Etiqueta: Oxigenoterapia

ACTIVIDADES:

- Mantener permeabilidad de las vías aéreas
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado
- Administrar oxígeno según corresponda
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(pulsioxímetro)
- Monitorizar niveles de saturación de oxígeno.
- Vigilar valores de la frecuencia respiratoria

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00006
NIC: 3800
NOC: 0801

DOMINIO11: HIPOTERMIA

Definición: Es el estado en que la temperatura corporal desciende por debajo de los límites normales.

R/C: Reserva de grasa cutánea insuficiente

E/P: Aleteo nasal, color de piel cianótica, disminución del CO2, Patrón respiratorio anormal, taquicardia

Clase 6: Termorregulación

Dominio: 11 Seguridad /Protección

Etiqueta: Termorregulación recién nacido

Campo: Fisiológico: Complejo

Clase: Termorregulación

Etiqueta: Tratamiento De La Hipotermia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hipotermia		x			
Destete de la incubadora				x	
Cambios de coloración cutánea				x	
Deshidratación			X		

ACTIVIDADES:

- Monitorizar la temperatura del paciente usando dispositivos de medición y la vía más apropiada.
- Minimizar la estimulación del paciente (manipular con cuidado y evitar el movimiento excesivo). Para evitar una fibrilación ventricular.
- Aplicar recalentamiento pasivo (mantas cubrir la cabeza y calentar ropa).
- Aplicar el recalentamiento extremo activo (calentador de aire forzado, manta caliente)
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00027
 NIC: 4120
 NOC: 0602

DOMINIO2: Déficit de volumen de líquidos.
Definición: disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio.

R/C: Pérdida activa del volumen de líquidos

E/P: Alteración de la turgencia de la piel, piel seca.

Clase G: Líquidos y electrolitos

Dominio II: Salud fisiológica

Etiqueta: Hidratación

Campo: Fisiológico complejo

Clase: Control de la perfusión tisular

Etiqueta: Manejo de líquidos

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Turgencia cutánea			3		
Diuresis			3		
Membranas mucosas húmedas				4	

ACTIVIDADES:

- Pesar a diario y controlar evolución
- Pesar los pañales según corresponda
- Realizar el registro de las entradas y salidas.
- Vigilar el estado de hidratación
- Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
- Monitorizar el estado nutricional.
- Administrar líquidos según corresponda

M
E
T
A
S

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

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

El presente estudio de caso está basado en la teoría del Virgínea Herdenson de acuerdo a sus 14 necesidades básicas, ya que se trata de un neonato de 36semanas de gestación, que precisa ayuda para su integración, la misma que nos ayudara a la recuperación de la salud del paciente.

2.8 Seguimiento

Día 1 10/05/2021

Neonato de sexo masculino inestable que ingresa a la sala de neonatología a las 7:30 pm hipotérmico con Temperatura de 35.5°C, se coloca escudo térmico y sube la temperatura a 36.6, se da la alimentación de 15ml de leche en formula por sonda orogástrica , con saturación 88% al ambiente con la ayuda del oxígeno a 3 litros, saturando 98%, abdomen suave depresible, dish permeable, se tomó muestra de laboratorio; glicemia 56, bilirrubina 1.5 mg/dl, hematocrito50%, P. Abdominal 28cm. Peso 2.500.

Día 2 11/05/2021

Se controla signos vitales cada tres horas, se valora los reflejos primaros los cuales muestran que el neonato se encuentra activo con leves reflejos de succión y deglución, se mantiene alimentación por sonda, continua con apoyo ventilatorio, abdomen suave depresible, eliminaciones presentes, dish permeable. No se logra el destete porque al momento de sacar el oxígeno la saturación baja y llega a 85%.

Día 3 12/05/2021

Neonato al momento activo, llanto fuerte, medico indica destete del oxígeno SaO₂ 94% con apoyo ventilatorio a 1 litro por bigotera, FR 46-54 buen reflejo de succión y deglución buena tolerancia a la alimentación de la leche materna, a más de la que se complementa con formula, abdomen suave y depresible, ombligo normal, eliminaciones presentes, dish permeable sale 3/9, Down 1/10. Peso 2,510

Dia 4 13/05/2021

Neonato al momento termodinámicamente estable con buena tolerancia gástrica, de acuerdo a su capacidad gástrica, activo, con buen tono muscular buen reflejo de succión y deglución, se administra medicamento prescritos por el medico: ampicilina 280mg iv cd 8hrs; gentamicina 10.5 mg iv cd 24 hrs. FC 130X'; FR 50X' ; T 36,6°C se logra el destete del oxígeno SaO₂ 90%.al ambiente.

Día 5. 14/05/2021

Neonato activo rosado, llanto fuerte, buen reflejo de succión y deglución, tolera 30ml de seno materno, se completa 10 ml de leche por gotero, saturación de 92% al ambiente, Down 0/10, abdomen suave depresible, ombligo normal, dish permeable, se administra medicación prescrita, eliminaciones normales, madre con buena producción láctea. Peso 2.120, de administra medicación prescrita por el medico FC 144 X'; FR 48X'; T 37°C; SaO₂ 95%. El medico indica cambio a la sala de alojamiento conjunto.

2.9 OBSERVACIONES

En el presente estudio de caso el Neonato mostro una evoluciono esperada, de manera que durante los 5 días de estancia se observó una mejoría logrando el destete del oxígeno tenido una respuesta positiva de parte del neonato

Durante su estadía se lleva un control tanto de sus signos y síntomas y también se verifica que al diagnóstico médico no se le presente alguna complicación y la administración de medicamentos

Mediante el plan de cuidados ya establecidos, se ejecutaron las actividades ya propuestas dando como resultado una mejoría en el estado de salud de la paciente.

La detección del diagnóstico a tiempo, es de vital importancia ya que disminuye la mortalidad a causa de la neumonía.

CONCLUSIÓN

Se realizó el Proceso de Atención de Enfermería evaluando las necesidades del paciente, dando como resultado patrones alterados en base a la taxonomía del NANDA tales como: Eliminación e intercambio, Seguridad/Protección, Actividad/reposo, Nutricional metabólico y Rol/Relaciones.

Al momento de realizar los cuidados en el pretérmino leve se los fue priorizando de acuerdo a las necesidades del mismo, dichos cuidados que recibió fueron: control de sus signos vitales, la oxigenoterapia, permeabilidad de las vías aéreas, alimentación que se fue adecuando a sus condiciones; primero con alimentación por sonda hasta llegar al amamantamiento por parte de la madre, la termorregulación, confort.

En la evaluación los resultados fueron favorables, dando como resultado la recuperación del neonato y el cambio de sala pasando de la UCI a cuidados intermedios luego a cuidados mínimos y finalmente a la sala de alojamiento conjunto donde se continúan los cuidados de enfermería.

Bibliografía

Barra, L., Marín, A., & Coó, S. (2021). Cuidados del desarrollo en recién nacidos prematuros: Fundamentos y características principales. *Andes pediátrica*, 92(1), 132. doi:<http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i1.2695>

Barroso, E., Ruiz, R., & Rodríguez, L. (7 de 09 de 2017). El recién nacido pretérmino. *Cuidados de Enfermería*. Obtenido de Revista Electrónica de Portales Médicos. com: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/recien-nacido-pretermino-cuidados-enfermeria/>

Fernanda, N. C. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria en neonatos: perfil clínico-epidemiológico. Hospital José Carrasco Arteaga. Periodo septiembre 2018 -mayo 2019 [Tesis de Titulación en Medicina, Universidad Católica de Cuenca]. Repositorio de la Universidad Católica de Cuenca. Obtenido de <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/8377>

Gálvez, A. B. (2018). Prevalencia de Neumonía en neonatos en el hospital Roberto Gilbert, 2016 [Trabajo de Investigación, Universidad de Especialidades Espíritu Santo]. Repositorio Digital de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Obtenido de <http://201.159.223.2/handle/123456789/2608>

Hurtado Sánchez, F., Alkourdi Martínez, A., & Revelles Paniza, L. (2018). Criterios actuales en el diagnóstico y manejo de la Corioamnionitis. *Rev. Latin. Perinat*, 21(1), 14. Obtenido de http://revperinatologia.com/images/3_art1_rev_lat_perinat_vol_21n1_2018_final3.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2015). Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica, 1 (1), 15. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). Recién nacido con dificultad para respirar. Guía Practica Clínica (GPC). Dirección Nacional de Normatización. MSP. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>

Quiguango, A. P. (2017). Factores de riesgo determinantes para neumonía en pacientes del servicio de Neonatología del Hospital “Delfina Torres De Concha”, Enero – Diciembre 2016.[Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica del Norte]. Repositorio Digidad de la Universidad Técnica del Norte. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7476>

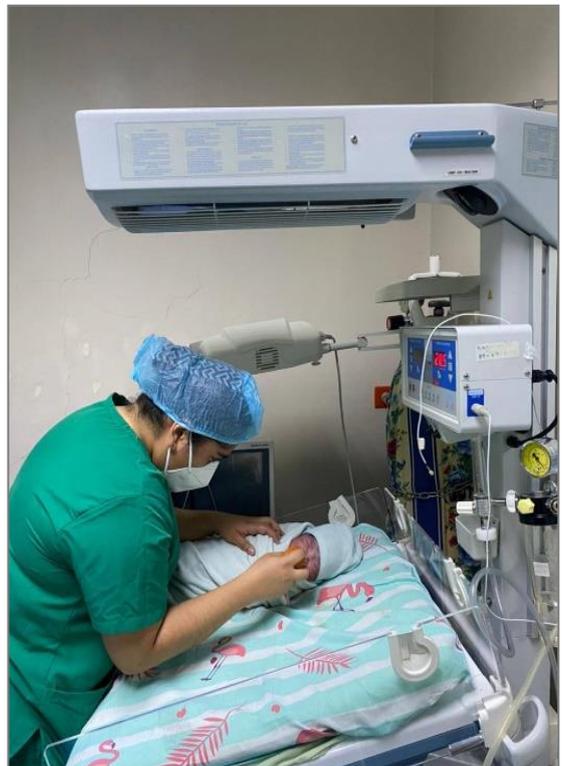
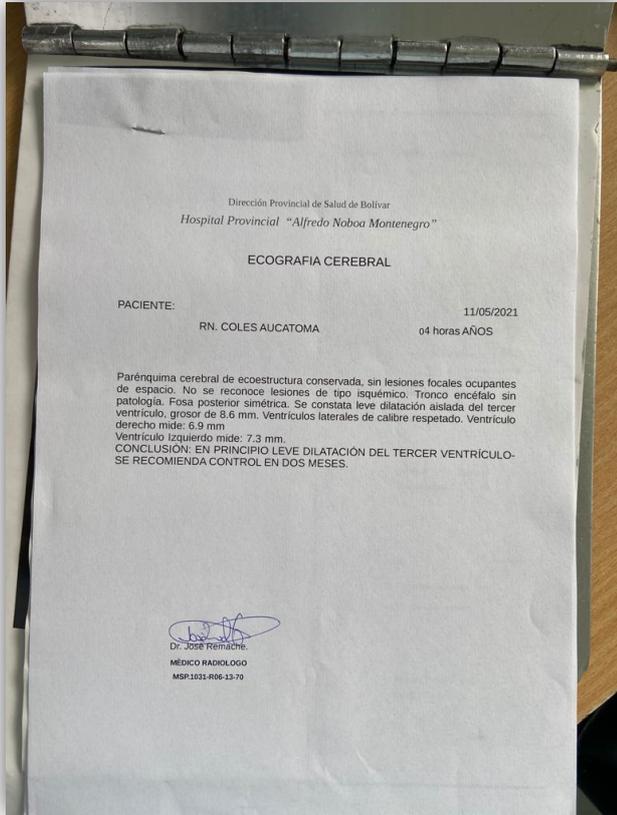
Rubio, M. T. (14 de 06 de 2022). Neumonía neonatal. Obtenido de Webconsultas Revista de Salud y Bienestar : <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/afecciones-tipicas-infantiles/que-es-la-neumonia-neonatal-tipos-y-causas>

Salud, O. M. (19 de 02 de 2018). Nacimientos prematuros. Obtenido de who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#>

Verdugo Muñoz, L., Ortiz Martinez, R., Angel Angel, G., Solís Parra, M., Stephens Mosquera, W., & Vidal López, C. (2017). Caracterización de la corioamnionitis en pacientes atendidas en el Hospital Susana López de Valencia (Popayán, Colombia) entre junio de 2013 y junio de 2014. Medicina & Laboratorio, 23(1-2), 76. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2017/myl171-2e.pdf>

Verdy Martínez, C. D., Matute Guerrero, E. F., Vásquez Vera, N. D., & Andrade Palacios, E. V. (2020). Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica. *Journal of American Health*, 3(2), 86-87.
doi:<https://doi.org/10.37958/jah.v3i2.35>

ANEXOS





Document Information

Analyzed document	Meidy Garcia.docx (D142250418)
Submitted	7/20/2022 11:00:00 PM
Submitted by	Hinijosa Guerrero Marilu
Submitter email	mhinojosa@utb.edu.ec
Similarity	4%
Analysis address	mhinojosa.utb@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://core.ac.uk/download/pdf/323351188.pdf Fetched: 12/3/2020 9:02:52 PM	 1
SA	PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx Document PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx (D135364310)	 2

Entire Document

I. MARCO TEORICO

Prematuridad Según la organización mundial de la salud los prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación. La prematuridad extrema es cuando los bebés no llegan a tener una maduración intrauterina completa y necesariamente son atendidos en las unidades de cuidados intensivos de los servicios de neonatología. (Barra, et al., 2021) Clasificación de la prematuridad Según la OMS la prematuridad se la puede clasificar de acuerdo a la edad gestacional del recién nacimiento en:

- Prematuros extremos son aquellos que nacen en menos de las 28 semanas de gestación.
- Muy prematuros aquellos que nacen de 28 a 32 semanas de gestación
- Prematuros moderados a tardíos son aquellos que nacen entre las 32 a 37 semanas de gestación. CITATION Org181 \l 3082 (Salud, 2018)

Cuidados de enfermería en prematuros

Los cuidados que se realizan en un recién nacido prematuro son múltiples ya que el riesgo de muerte es latente, tendrán que ser monitorizado sus signos vitales (Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Saturación de oxígeno, Temperatura, Presión arterial.), utilizar oxigenoterapia, mantenimiento su temperatura optima, utilizando medios físicos si es necesario o termo cunas. En cuanto a la alimentación la recibirá vía enteral mediante una sonda nasogástrica también por vía parenteral o por amamantamiento donde la enfermera juega un papel fundamental con su ayudada. Además, la enfermera debe proporcionar confort disminuyendo el dolor al recién nacido mediante analgesia no farmacológica ya que se le realiza intervenciones invasivas. En caso de que el neonato este recibiendo oxigenoterapia la enfermera deberá aspirar secreciones, administrar surfactante en caso de no tener los pulmones desarrollados sin olvidar las medidas de bioseguridad como lo es los cinco correctos del lavado de manos, cuidados de la piel. (Barroso, et al., 2017) Neumonía neonatal

La neumonía neonatal es una infección del parénquima pulmonar (también conocido como vías respiratorias bajas) de un neonato, Esta infección puede ser causada por diversos microorganismos (virus y bacterias), aunque las infecciones bacterianas son más comunes. La infección puede ocurrir en el útero de la madre o después de que nazca el bebé. Los síntomas de la neumonía neonatal incluyen dificultad respiratoria, falta de amamantamiento, niveles bajos de oxígeno y, en casos más graves, progresión a infección sistémica o sepsis que, si no se inicia con su respectivo tratamiento puede tener consecuencias desfavorables como la muerte del recién nacido. El diagnóstico precoz y el inicio de la antibioterapia lo antes posible son fundamentales para su recuperación sin secuelas. CITATION Mar22 \l 3082 (Rubio, 2022) Diagnostico En referencia investigaciones se mencionan los siguientes diagnósticos de la Neumonía Neonatal: 1. Signos de dificultad respiratoria, 2. Inestabilidad térmica, 3. Rechazo a la alimentación, 4. Decaimiento, 5. Hipo o hiperglucemia, 6. Signos de hiporfüsión. Antecedentes clínicos infección intrahospitalaria: 1. Antecedentes clínicos hospitalización UCIN. 2. Pacientes sometidos a procedimientos (post-quirúrgicos, multipuncionados, nutrición parenteral, ventilación mecánica). 3. Pacientes con cuadro séptico asociado. 4. Paciente en ventilación mecánica que se agrava. 5. Pacientes con tratamiento antibiótico prolongado o con mala respuesta a éstos, puede asociarse a BRN por hongos intrahospitalaria. (Ministerio de Salud Pública, 2016, p. 36) Etiología En la neumonía se ven comprometidos los pulmones gracias a procesos infecciosos que pueden presentarse de manera tardía que va desde los 8 días de vida hasta los 28 y temprana que va de menos de los 7 días de vida, la etiología puede llegar a ser variada, de manera que puede ser causada por: Streptococos del grupo B y Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Haemophilus influenzae no tipificado, Enterococo y Ureaplasmaureolyticum; por otro lado la neumonía en estadio tardío puede deberse a infecciones nosocomiales como Staphylococcus aureus, bacilos gramnegativos, hongos y otros. En la neumonía neonatal, como en otros procesos infecciosos pulmonares, las lesiones del pulmón y extrapulmonares son causadas directa e indirectamente por la invasión bacteriana y por una respuesta inmunitaria no esperada del huésped, que puede causar daños del tejido sano.

100%	MATCHING BLOCK 1/3	W
Los factores de riesgo para la neumonía perinatal son la ruptura prematura de membranas, la infección materna durante		

el embarazo y el parto prematuro. (Neira, 2020) Neumonía congénita La neumonía congénita se transmite dentro de la placenta y hace referencia cuando el neonato ya nace con neumonía y puede presentarse durante las primeras horas de vida o incluso en el mismo instante de su nacimiento, presentando dificultades respiratoria, letargia, cianosis general o distal. La neumonía congénita se da por vía transplacentaria. CITATION Mar22 \l 3082 (Rubio, 2022) Neumonía intrauterina La neumonía intrauterina se incluye en la etapa temprana de la neumonía, relacionadas con la corioamnionitis y rupturas de las membranas placentarias, la manera que se adquiere es mediante varios mecanismos de transmisión, puede ser por aspiración del líquido amniótico contaminado, transmisión placentaria o en la labor de parto. Los organismos presentes en las secreciones vaginales pueden colonizar a los neonatos y según las circunstancias contraer la neumonía. Los patógenos importantes incluyen Streptococcus Agalactiae causa la mayoría de los casos de neumonía puerperal, A nivel mundial las otras bacterias que podemos encontrar son: Escherichia coli, Listeria monocytogenes, Haemophilus influenzae. En cuanto a los agentes virales, identificar el virus del herpes simple y los enterovirus menos comunes, adenovirus, rubéola y citomegalovirus. CITATION Qui17 \l 3082 (Quiguango, 2017) Corioamnionitis “La corioamnionitis es una inflamación aguda que afecta directamente a la placenta a las membranas y el corion, usualmente se debe a infecciones por bacterias microbianas y que aumenta con la ruptura de las membranas” (Verdy Martínez, Et al., 2020). Diagnostico La corioamnionitis puede ser diagnosticada por los siguientes síntomas que puede presentar el neonato al nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, tales como:

100%	MATCHING BLOCK 2/3	SA	PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx (D135364310)
Fiebre (>37.8 ° C) y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna (< 100 latidos por minuto),			

100%

MATCHING BLOCK 3/3

SA

PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx
(D135364310)

leucocitosis materna [recuento de glóbulos blancos (GB)]< 15,000 células/mm³], sensibilidad uterina, taquicardia fetal (< 160 latidos

por minuto) y líquido amniótico maloliente. La corioamnionitis complica hasta 40 a 70% de los nacimientos prematuros con rotura prematura de membranas o parto espontáneo y 1 a 13% de los nacimientos a término. El doce por ciento de los partos por cesárea primaria a término implican corioamnionitis clínica, y la indicación más común de cesárea en estos casos es la falta de progreso, generalmente después de la ruptura de la membrana. (Verdy Martínez, Et al., 2020, p.87)

Para la detección temprana de la corioamnionitis se han probado varios exámenes que al realizarlos tienen niveles de efectividad, los controles que se realizan mediante ecografías tienen un papel fundamental ya que con éstos se logrará observar la no presencia de la frecuencia respiratoria en estadios tempranos y en los tardíos, la ausencia de los movimientos fetales, que están asociados a la patología. Otra de las maneras de estar libre de dudas es realizando pruebas de amniosentesis ya que nos permite obtener la cantidad de leucocitos encontrados en el líquido amniótico, además de realizar la tinción de Gram, que en concepto no resulta tan efectiva ya que algunas veces no se logran visualizar microorganismos como los micoplasmas genitales, la prueba más confiable es el cultivo del líquido amniótico para el diagnóstico de la corioamnionitis. (Hurtado Sánchez, Et al., 2018) Incidencia La incidencia de varios elementos conlleva al aumento de presentar corioamnionitis los cuales se mencionarán a continuación: La edad gestacional, los criterios diagnósticos, la ruptura prematura de las membranas ovulares, el trabajo de parto prolongado, la malnutrición materna, las infecciones genitales durante el embarazo, el politacto, el uso de dispositivos de monitoria interna, el líquido amniótico meconiado, la colonización por estreptococos del grupo B, la nuliparidad, la anestesia epidural y la ingesta de alcohol y el tabaco por parte de la gestante. (Verdugo Muñoz, Et al., 2017, p. 76)

Hit and source - focused comparison, Side by Side

Submitted text As student entered the text in the submitted document.

Matching text As the text appears in the source.

1/3	SUBMITTED TEXT	19 WORDS	100% MATCHING TEXT	19 WORDS
	Los factores de riesgo para la neumonía perinatal son la ruptura prematura de membranas, la infección materna durante		Los factores de riesgo para la neumonía perinatal son la ruptura prematura de membranas, la infección materna durante	
	<p>W https://core.ac.uk/download/pdf/323351188.pdf</p>			
2/3	SUBMITTED TEXT	18 WORDS	100% MATCHING TEXT	18 WORDS
	Fiebre (>37.8 ° C) y al menos dos de los siguientes criterios: taquicardia materna (< 100 latidos			
	<p>SA PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx (D135364310)</p>			
3/3	SUBMITTED TEXT	16 WORDS	100% MATCHING TEXT	16 WORDS
	leucocitosis materna [recuento de glóbulos blancos (GB))< 15,000 células/mm3], sensibilidad uterina, taquicardia fetal (< 160 latidos			
	<p>SA PROYECTO DE TESIS - PAHUARA PLAZA KEYLA.docx (D135364310)</p>			