



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención del grado
académico de Licenciado(a) en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATO CON COMPLICACIONES
SEVERES POR PARTO DISTOSICO

AUTOR

MAYRA LISSBETH QUINATO PATIN

TUTOR

Lcda. Lorena Otero Tobar

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

Contenido	
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
I MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	7
1.2. OBJETIVOS	8
1.2.1. Objetivo General	8
1.2.2. Objetivos Especifico	8
1.3. Datos Generales.	9
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	9
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente. ...	9
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	9
2.3. Examen Físico	10
2.4. Información de exámenes complementarios realidades	11
2.5. formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	12
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	13
2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.	16
2.8. Seguimiento	16
2.9. Observaciones	16
CONCLUSIONES	17
Referencias	18
ANEXOS	19

DEDICATORIA

A DIOS , por darnos la oportunidad de vivir y estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestras mentes y por habernos puesto en nuestro camino aquellas personas que han sido un soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

A MIS PADRES, por ser el pilar fundamental en todo momento, en nuestra educación, tanto académica como la vida, por su condicional apoyo para poder llegar yo a estas instancias de mis estudios, por motivarme en cada momento de mi vida.

Mayra Lissbeth Quinatoa Patin

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a DIOS, nuestro creador quien es nuestro guía y permitirnos ser personas de bien, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta etapa anhelada, llenándonos de sabiduría, fortaleciendo nuestro espíritu y darnos impulso para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestra vida.

A nuestros PADRES, por su apoyo brindado y confianza que sin duda alguna en el trayecto de nuestras vidas han demostrado su amor corrigiendo faltas y disfrutando nuestros triunfos.

A la Universidad Técnica De Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, Carrera de Enfermería y a nuestros queridos docentes, por cumplir con la noble misión de impartir conocimientos, con el único objetivo de formar profesionales de calidad.

A nuestra tutora del caso clínico: Lcda. Lorena Otero Tobar, por ser más que nuestra maestra, una amiga, por brindarnos su apoyo absoluto, su conocimiento, por su paciencia y abnegación, que ha dado como resultado la culminación.

Mayra Lissbeth Quinatoa Patin

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATO CON COMPLICACIONES
SEVERES POR PARTO DISTOSICO

RESUMEN

Los partos en casa o partos domiciliarios son una práctica común en las zonas rurales del país donde se les dificulta el acceso a la atención de salud, esta práctica empírica aumenta los riesgos a complicaciones o la muerte materno/infantil al ser asistido por partera sin la debida preparación.

En el siguiente estudio de caso está enfocado en un neonato de 5 horas de vida producto de un Parto en domicilio se evidencia pie equinvaro, los padres refieren hipoactividad al momento del nacimiento con llanto después del minuto de vida, en la escala de DOWNES 4/14 (moderado), temperatura corporal por debajo de los rangos normales (hipotermia), cordón umbilical cortado con tijera de uso doméstico, se determina Distrés respiratorio y Sepsis neonatal. Se procede a la elaboración del proceso de atención de enfermería utilizando la taxonomía Nanda, Nic y Noc, para identificar los patrones disfuncionales que están comprometiendo el estado de salud del paciente, y así cumplir con los objetivos propuestos en este estudio de caso.

Palabras claves

Partos en domicilio, muerte materna/infantil, sepsis neonatal.

ABSTRACT

Home deliveries or home deliveries are a common practice in rural areas of the country where access to health care is difficult, this empirical practice increases the risks of complications or maternal/infant death when assisted by a midwife without the due preparation.

In the following case study, it is focused on a 5-hour-old newborn product of a home delivery, clubfoot is evident, the parents refer hypoactivity at the time of birth with crying after the minute of life, on the DOWNES scale 4/ 14 (moderate), body temperature below normal lameness (hypothermia), umbilical cord cut with household scissors, respiratory distress and neonatal sepsis determined. The nursing care process is elaborated using the Nanda, Nic and Noc taxonomy, to identify the dysfunctional patterns that are compromising the patient's health status, and thus meet the objectives proposed in this case study.

Keywords

Home births, maternal/infant death, neonatal sepsis.

INTRODUCCION

El parto y el nacimiento son experiencias profundas y únicas y, al mismo tiempo, un proceso fisiológico complejo que comienza a partir de la primera contracción del útero las cuales son rítmicas, intensas y prolongadas y, termina con la expulsión de la placenta (T, 2018).

Según datos estadísticos obtenidos del INEC en el año de 2019 se registró una cifra de 286272 de nacidos vivos en el Ecuador, del cual en 3% del valor total son producto de partos en domicilios y sin asistencia médica o no se cuenta con la debida información de registro. Según registros oficiales en el año del 2019 se registró un total de 1782 defunciones fetales teniendo un decrecimiento del 3.2% en comparación con los datos del 2018, de los cuales el 18,8% corresponde a fetos que se encontraban entre las 36 a 38 semanas de gestación.

Por tanto la aplicación de un proceso de atención de enfermería en neonatos con complicaciones severas es de vital importancia en referencia a sus cuidados de la madre en casa y de enfermería para una pronta recuperación materno infantil.

I MARCO TEORICO

Parto domiciliario.

Las mujeres del siglo XXI están eligiendo tener sus partos en casa, a pesar de no contar con la atención médica y la seguridad han surgido de este proceso por lo peligroso que es. El parto domiciliario solo estaba recomendado o sugerido para mujeres que se consideraba que tenían un bajo riesgo en el embarazo. Si bien el parto en el hogar se ha utilizado durante siglos, se ha realizado de manera insegura. (Cosmelli, marzo 2022)

Los estudios observacionales sugieren que, para las mujeres multíparas, el parto en casa se reporta una menor intervención sin estas asociados a alteraciones del resultado perinatal; mientras que para las mujeres primigestas el parto en casa resultaría en menores intervenciones, pero a riesgo un peor resultado perinatal, pero se destaca que la gran mayoría de estos estudios solo destaca resultados perinatales y no resultados maternos. El problema frecuente al analizar los riesgos de los partos domiciliarios es que los valores estadísticos disponibles son insuficientes para determinar si el paciente cuya intervención primaria era parto domiciliario son finalmente trasladado a la maternidad u hospitales para el parto, lo que en alteraría las cifras de los riesgos de aquellos partos producido en hospitales.

En un estudio realizado una década atrás en la ciudad de Oregón en los Estados Unidos luego de una correcta obtención de datos estadísticos se observó que entre los grupos que realizaron planes para un parto en casa y aquellos que planearon realizar el parto en el hospital o maternidad, se registró que los que realizaron el parto en casa presentaba un aumento en la tasa de muerte perinatal, convulsiones neonatales y la necesidad de transfusiones de hemoderivados a la madre.

Un creciente grupos de personas a favor del denominado parto natural los cuales enfatizan que el personal de la salud realiza intervenciones innecesarias entre ellas destacan la medicación del parto, la evidencia actual demuestra que el parto en domicilio reduce estas intervenciones médicas, pero aumenta el riesgo de muerte materno infantil.

PARTO DISTOCICO

El nombre "distocia" incluye todas las causas que modifican el mecanismo natural del nacimiento, en contraste con la eutocia, que es el parto natural. Debido a las diferentes partes del trabajo de parto y las múltiples anomalías que pueden afectarlas, las distocias se clasifican como un grupo heterogéneo de fenómenos con diferentes perfiles de riesgo para cada uno. La distocia a menudo se puede prevenir o tratar y, en la mayoría de los casos, los especialistas pueden obtener un tratamiento óptimo.

Distocias fetales.

-Anomalías del desarrollo fetal.

Cualquier aumento en el tamaño del feto puede evitar que el feto pase por el canal de parto, lo que resulta en un parto difícil.

Estos embriones gigantes pesan más de 4500 gramos y se ven comúnmente en embarazos de madres obesas o con diabetes mal controlada, así como algunas anomalías congénitas como hidrocefalia, tumores fetales, gemelos unidos y más. Esto debe sospecharse cuando la altura del fondo aumenta más allá del rango normal para el embarazo y generalmente puede diagnosticarse mediante ultrasonido. (MJA Kenkhuis, 2018)

-Anomalías de presentación.

La presentación fetal se encuentra alrededor de la parte inferior de la pelvis de la madre, desde donde se expulsa la primera parte del feto a través del canal de parto. La presentación puede ser de cefálica, podálica o de hombros, aunque existen diferentes variaciones en cada forma. La unidad más simple de la fórmula es la primera exposición, después de que aparece el resorte posterior en el canal fetal. La cabeza está inclinada porque cuanto menor es el diámetro fetal, mayor es el problema fetal. Estos trastornos deben diagnosticarse en la tercera etapa del parto, que tiende a resolverse con las contracciones espontáneas del útero. (Dager Hermenejildo, septiembre 2018).

Los factores de riesgo para la desviación de la cabeza incluyen la apariencia fetal, como el cambio de peso: más de 4500 gramos o menos de 2500 gramos, y anomalías en el cuello fetal, como: malformaciones craneoencefálicas y el tubo neural, cuello corto, tumor tiroideo o hidromas quísticos o cilíndricos. Factores maternos involucrados, como estenosis pélvica, canal óseo, malformaciones congénitas y tumores uterinos. (Stefania Antonia Noli, 16 de septiembre 2019).

- Anomalías de Posición

La posición fetal indica la relación de las diversas características fetales con la sínfisis púbica materna, comúnmente la variedad occipito-iliaca izquierda anterior. Otras posturas, como el hueso occipital posterior y el hueso occipito transversas, pueden causar distocia, aunque pueden resolverse espontáneamente o con corrección digital. Los factores de riesgo para estas posturas anormales son: estatura materno bajo, macrosomía fetal, estenosis pélvica y anestesia conductiva.

- Anomalías asociadas a Partos Múltiples

Aunque los nacimientos múltiples pueden ocurrir de manera satisfactoria, las complicaciones son únicas en este caso. El feto puede chocar en el estrecho superior, cuando los polos de presentación de ambos fetos ingresan al mismo tiempo al estrecho superior, por lo que el feto no puede acoplarse y haciéndose imposible el parto. También es posible ocurrir un enganche en el estrecho superior: cuando el feto en la posición cefálica y el feto se coloca en la posición podálica, las cabezas pueden encacharse entre sí. Finalmente, la expulsión de los gemelos unidos es infecciosa por vía vaginal y no funcionan si el feto es grande.(Gynecologists, 2018).

Distocias del Canal de Parto

- Anomalías de las Partes Óseas

La pelvis tiene un diámetro superior, medio e inferior estrecho, y los diámetros anterior, posterior y lateral son lo suficientemente grandes para permitir el paso del feto; donde el contrario, se denomina estrechamiento de la pelvis. Por otro lado, los casos en los que la pelvis es normal, pero el feto es demasiado grande se denominan asimetría pélvica. Los trastornos de distocia asociada con las partes

óseas pueden ocurrir con morfología pélvica normal o anormal. En efecto distocia puede ocurrir con la formación pélvica normal, si los diámetros de los estrechos son reducidos. (s santos, 20 febrero 2019).

Por otro lado, la morfología pélvica irregular también puede causar distocia, pero son menos comunes. Estos incluyen deformidades similares de la médula espinal; cifosis, lordosis o escoliosis, que provoca trastornos compensatorios de la pelvis; Distorsiones de los miembros inferiores, como fracturas permanentes o trastornos del movimiento, y enfermedades de la pelvis y cadera.

- Anomalías de las Partes Blandas.

La distocia se asocia con anomalías del útero, el cuello uterino, la vagina y la vagina. Para el útero predominan las anomalías congénitas, especialmente en el útero unilateral, donde la frecuencia de abortos espontáneos, partos prematuros, partos de cadera y cesáreas es muy alta. Las posturas uterinas también son malas porque el órgano no está en un estado fisiológico, al igual que el prolapso uterino. A medida que el útero avanza, se forma un péndulo como el abdomen, en el que el útero desarrolla un saco anterior adaptado al feto. Por el contrario, la inversión excesiva del útero en el fondo del saco de Douglas a menudo provoca un aborto espontáneo o un parto prematuro, y las contracciones uterinas rara vez son eficaces. Los tumores del útero, especialmente dentro o debajo de la mucosa, provocan anomalías en su forma y ubicación, así como contracciones ineficaces del desarrollo uterino. (Dña. Juana María Vázquez Lara, 2018).

La distocia cervical es una condición en la que se producen contracciones uterinas normales, pero el cuello permanece rígido, para no impedir el proceso de expulsión. Puede ser traumatismo primario o idiopático o secundario, como cervicitis crónica, inflamación o cirugía de cicatriz. Las neoplasias vaginales grandes, como los defectos congénitos en la vagina, también pueden ser particularmente difíciles, especialmente en una vagina doble con un diafragma imperfecto y un diafragma y una vagina laterales, donde existen barreras mecánicas para el parto. Los tumores uterinos grandes, como las lesiones granulares en etapa tardía, también pueden impedir el paso del feto a través del canal de parto.

Distocias de las Fuerzas Expulsivas

Para que transcurra el trabajo de parto normal de las contracciones uterinas generalmente deben mantener una intensidad, frecuencia y coordinación normales, así como la presencia del pujo voluntaria de la madre.

- Anomalías de la Intensidad y Frecuencia de las Contracciones de Uterinas.

Cuando las contracciones uterinas no son lo suficientemente fuertes o frecuentes, el parto puede retrasarse e incluso si generalmente termina sin una obstrucción, puede provocar infección de la placenta y del líquido amniótico, flujo vaginal, embarazo ectópico y hemorragia posparto y fatiga materna. Los factores de riesgo para la disfunción hipotónica incluyen postura fetal anormal, asimetría fetal, proliferación uterina excesiva debido a polihidramnios, embarazos múltiples, embarazos múltiples y otros factores. Crecimiento fetal, tumores uterinos, alteración de la fertilidad (menos de dos años), enfermedades crónicas, sentimientos maternos. (Urbina Ramírez, 2019)

Por otro lado, la disfunción uterina hipertónica ocurre cuando las contracciones uterinas exceden la intensidad o frecuencia normal y, a menudo, son irregulares. Se acompaña de enfermedad fetal y parto prolongado. Los principales factores de riesgo para este fenómeno son la infertilidad, así como las anomalías fetales, la asimetría pélvica y fetal, la ruptura de la placenta, la hipertensión durante el embarazo, la presencia de bultos, tumores y cicatrices en el cuerpo o en la parte inferior del útero. (Brown R, febrero 2019)

- Anomalías de la Coordinación de las Contracciones Uterinas

Las contracciones uterinas deben ser efectivas desde la raíz y alternarse durante los períodos de contracción como la relajación. Con una mala coordinación, estos síntomas pueden perderse de muchas maneras. Cuando la contracción uterina se vuelve, estas contracciones resultan de la parte inferior del útero, donde el embarazo no disminuye y las contracciones son lentas. Por otro lado, durante la fibrilación uterina, las contracciones comienzan a caer por los hombros del útero, y de ahí que en aquellas que sufren cólicos en el útero se vuelvan poco prácticas y provoquen

molestias en el feto. Los peligros subyacentes de estos cambios son la nuliparidad y la presencia de lesiones anatómicas del útero, como tumores o cicatrices. (Valencia Coloma, 2019)

Factores de Riesgo para Distocias: Enfoque integral

Debido a que la distocia constituye un conjunto de situaciones heterogéneas de condiciones y eventos, sus factores de riesgo son igualmente diversos y numerosos, mientras que las personas con distocia han demostrado previamente que pueden existir situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Se pueden resumir en factores maternos, factores fetales y los propios factores obstétricos y ginecológicos. Los cuidadores de madres y niños son responsables de todo lo que hacen para garantizar un parto exitoso. (MD, 2021)

1.1 JUSTIFICACION

La presente investigación científica y práctica acerca de las complicaciones producto de un parto distócico, fue de vital importancia proceder a su elaboración debido a la morbi-mortalidad materno-fetal que existen hoy en la actualidad tanto a nivel nacional como mundial.

Motivo por el cual, justifico este estudio de caso clínico e investigación tiene como objetivo y finalidad dar a conocer las factoras de riesgo, sintomatología, las complicaciones presentadas tanto a corto y a largo plazo, y los cuidados que se le deben brindar a un paciente con esta patología.

El cual se procedió a la elaboración del proceso de atención de enfermería en paciente recién nacido con complicaciones severas por parto distócico con el único propósito de aplicar el modelo de necesidades de Virgínea Henderson para poder restaurar su salud y bienestar a través de las intervenciones de enfermería, para poder conseguir una satisfactoria recuperación y cumplir con los objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Aplicar proceso atención de enfermería en neonato con complicaciones severas por parto distócico utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

1.2.2. Objetivos Específico

1. Valorar las necesidades básicas según las condiciones de salud por patrones funcionales de Virginia Henderson
2. Realizar el plan de cuidados de enfermería en paciente con complicaciones de parto distócico
3. Educar a pacientes y familiares sobre los beneficios que brinda el ministerio de salud pública sobre el parto distócico

1.3. Datos Generales.

Edad	5 horas
Sexo	Masculino
País de origen	Ecuador
Lugar de Nacimiento	San Juan de Lullundongo
Residencia Actual	Guanujo
Tipo de sangre	O+
Religión	No aplica
Raza	Indígena
Nivel de Escolaridad	No aplica

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Paciente RN el cual es trasladado a esta casa de salud por parto séptico, madre niega conocimiento del embarazo, por lo cual no se realizaron controles prenatales, debido a las circunstancias el parto este fue asistido por uno de sus familiares el cual no constaba con la debida instrucción en el suelo de domicilio.

Antecedentes patológicos personales: parto séptico

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Alergias: No refiere

Antecedentes patológicos familiares:

- Padre: no refiere
- Madre: no refiere

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

Padre del RN refiere que RN nace a las 5y 30 AM en domicilio producto de 7MA gesta sin controles prenatales, desconocía que estaba embarazada, fue atendido en el piso por su hija mayor, según refiere llanto después del minuto de vida APGAR no valorable, sección del cordón con tijera usada, presenta deformidad en pies por lo

que lo traen a esta casa de salud, además DOWNES leve por lo que se decide ingreso para apoyo ventilatorio más antibioticoterapia.

2.3. Examen Físico

Signos Vitales	
Tensión arterial	60/45
Frecuencia cardíaca	140xmin
Frecuencia respiratoria	66xmin
Temperatura	35°
Saturación de oxígeno	80%
Peso	3000 g

Cabeza: normocefálica fontanela anterior normotensa, paladar integro, cuello móvil, no adenopatías.

Tórax: expansibles pulmonares ventilados, corazón Fc de 140 lpm

Abdomen: suave, depresible, cordón umbilical presenta 3 vasos sanguíneos

Pelvis: genitales masculinos criptorquidea bilateral, ano permeable.

Extremidades: pie equinovaro bilateral

Valoración de enfermería por patrones funciones (Virginia Henderson)

1. **Necesidad de respirar:** Paciente RN presenta dificultades respiratorias escala de DOWNES con valor de 8, saturación de oxígeno 80%, FR 66 respiraciones por minuto.
2. **Necesidad de nutrición e hidratación:** Paciente RN con peso adecuado para su edad gestacional, depende de la madre para satisfacer esta necesidad.
3. **Necesidad de eliminación:** Paciente RN con eliminaciones fisiológicas pendientes.
4. **Necesidad de movimiento:** Paciente RN dependiente de un adulto para satisfacer esta necesidad.

5. **Necesidad de descanso y sueño:** Poco valorable
6. **Necesidad de vestirse y desvestirse:** Por edad el paciente es dependiente de un adulto para satisfacer esta necesidad
7. **Necesidad de termorregulación:** Paciente RN no tiene la capacidad para regular su temperatura corporal, expuesto a temperaturas inadecuadas al momento de nacimiento, ropa inadecuada para el ambiente.
8. **Necesidad de higiene y protección de la piel:** Paciente RN dependiente de un adulto para satisfacer esta necesidad.
9. **Necesidad de evitar el peligro:** Poco valorable.
10. **Necesidad de comunicación:** Poco valorable.
11. **Necesidad de vivir según sus creencias y religiones:** No aplica.
12. **Necesidad de trabajo y realización:** No aplica.
13. **Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas:** no aplica
14. **Necesidad de aprendizaje:** no aplica

2.4. Información de exámenes complementarios realidades

Prueba de laboratorio	Resultado	Valor referencial
Hematocrito	62%	44-56 %
Hemoglobina	21.9g/dl	11-15 g/dl
Plaquetas	290000 μ L	150000-300000 μ L.
Leucocitos	13700 cel/mm ³	35 cel/mm ³
Hemoglobina corpuscular media	36.8 pg	29-36 pg
Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media	35.3 g/dl	33-37g/dl
volumen corpuscular medio	109.2 fl	98-112 fl
Glicemia	60.8 mg/dL	60-70 mg/dl
Urea	23,5 mg/dL	7-29 mg/dl
Creatinina	0.83 mg/dL	0.48-0.98 mg/dL

ECOCARDIOGRAMA:

Descripción:

Estudio realizando en ritmo sinusal, FC 161

Situs solitus.

Levocardio

Relación auriculo-ventricular y ventrículo-arterial concordantes.

Tabiques interauriculares, interventricular y auriculo-ventricular íntegros

Cavidades cardiacas de tamaño y forma normal

Contractilidad global y segmentaria del VI conservadas.

Contractilidad del VD conservada.

No masa intracavitaria, no vegetaciones.

Pericardio de aspecto normal, no derrame pericárdico

Doppler pulsado.

Flujograma pulmonar normal. Tipo I.

Flujograma mitral normal.

Doppler Color: a nivel del tronco de la arteria pulmonar, se observa flujo correspondiente al ductus arterioso con shunt de I-D.

Conclusiones:

Ductus arterioso permeable

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**Diagnostico presuntivo:**

Sepsis neonatal

Enfermedad de la membrana hialina

Diagnóstico diferencial:

Trauma por parto

Ductos arterioso permeable

Diagnóstico definitivo:

Diagnostico medico:

Parto Séptico (Z381)

Riesgo de Sepsis (P001)

Distrés Respiratorio (P220)

Diagnóstico de enfermería:

00033. Deterioro de la respiración espontánea.

00194. Ictericia neonatal.

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

NANDA: 00033
 NOC: 0402
 NIC: 3320

**M
E
T
A
S**

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

DX: Deterioro de la respiración espontánea
Dominio: ELIMINACION E INTERCAMBIO Clase: Función respiratoria

R/C: fatiga de músculos respiratorios, factores metabólicos

E/P: empleo de la musculatura respiratoria accesoria, disminución de la saO2(80%),

Dominio: Salud fisiológica

Clase: Cardiopulmonar

Resultado: Estado respiratorio: intercambio gaseoso

Campo: Fisiológico complejos

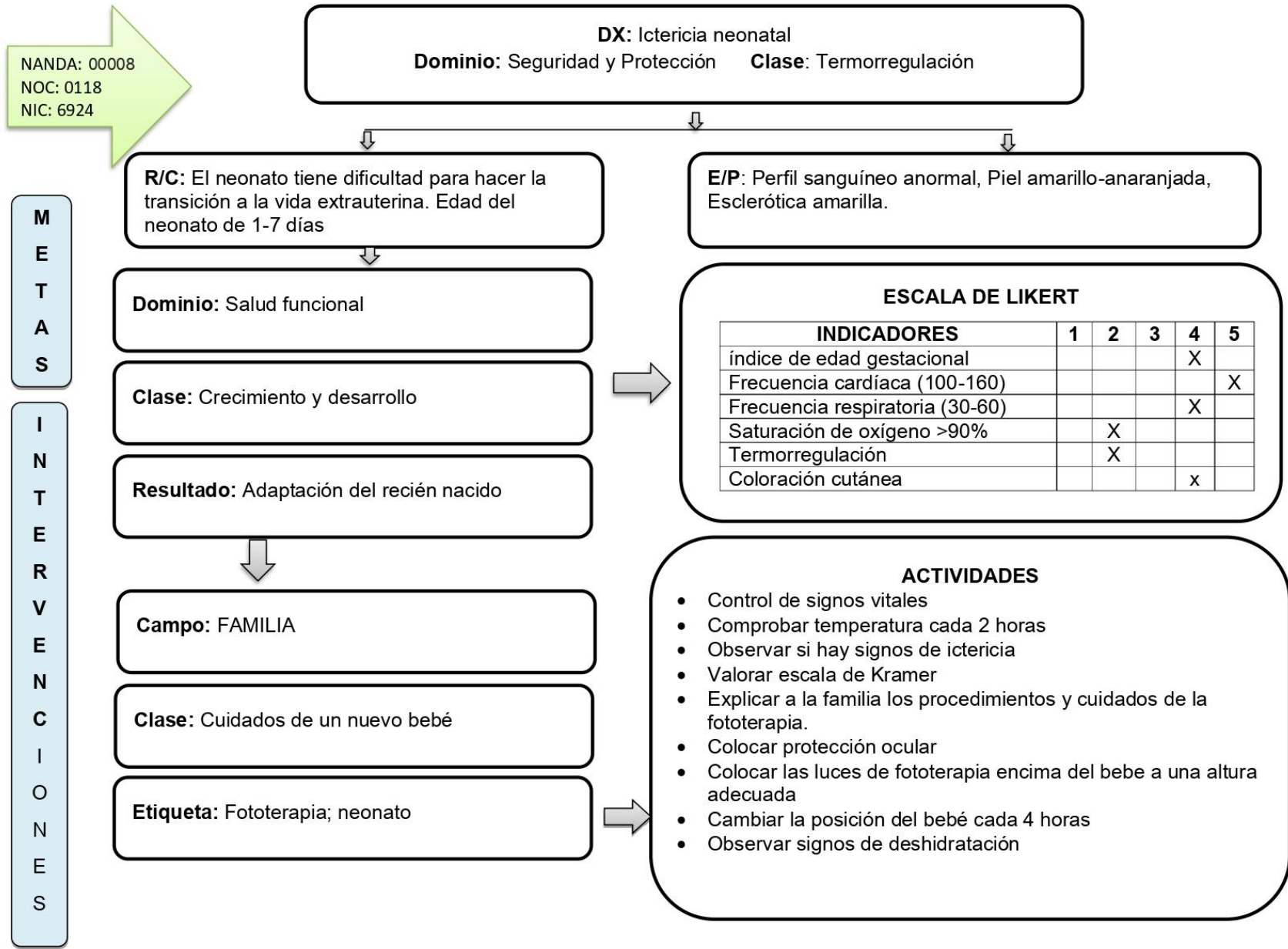
Clase: Control respiratorio

Etiqueta: Oxigenoterapia

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Saturación de O2		x			
presión parcial del oxígeno en la sangre arterial (PaO2)			x		
Hallazgos en la radiografía de tórax			x		
Equilibrio entre ventilación y perfusión			x		
Cianosis				x	

- ACTIVIDADES**
- Control de signos vitales cada 2 horas
 - Valoración de la escala de downes
 - Se Prepara el equipo de oxigenoterapia
 - Se comprueba el flujo de litro de oxígeno.
 - Registro de saturación de oxígeno en historia clínica
 - Comprobar la capacidad para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras se encuentre lactando.
 - Control de ingesta y eliminaciones fisiológicas
 - Se valora estado de la piel que se encuentra en constante fricción con la cánula nasal



2.7. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud considerando valores normales.

El siguiente caso clínico está basado en el modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson

Virginia Henderson pertenece al paradigma de integración, incluido en la escuela de las necesidades (el cuidado centrado en las necesidades humanas) orientada a la satisfacción de las necesidades básicas y fundamentales de las personas, es decir, está dirigida hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de Enfermería.

En 1966, Henderson perfiló su Definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*.

- Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física.

2.8. Seguimiento

Paciente RN permanece ingresado 7 días en el área de neonatología al momento del ingreso presenta desaturación del 74% más cianosis central y periférica temperatura de 35C° ,DOWNES de 2/10, bilirrubina de 3.8 mg/dl, con apoyo ventilatorio a 2 litros saturando al minuto 98% se le coloca sonda líquidos IV más antibioticoterapia más sonda nasogástrica, en el 4to día de ingreso con soporte ventilatorio no invasivo mediante cánula nasal a 0.5 litros con buena tolerancia gástrica al 7to día ha tolerado al destete del oxígeno, manejo materno adecuado, eliminación fisiológica presente, paciente en condiciones favorables para el alta médica.

2.9. Observaciones

Se comunica a los padres la importancia del ingreso hospitalarios, con el fin de realizar los debidos estudios clínicos y de laboratorio que permitan conocer la condición clínica del paciente con mayor exactitud y determinar los posibles riesgos clínicos que puedan producir la muerte de paciente, se procede a entregar el documento de consentimiento informado para la firma de los padres, lo que permite un tratamiento oportuno.

CONCLUSIONES

Se aplico procesos de atención, valoración y ejecución podemos asumir que:

El establecer la valoración de las necesidades básicas del paciente dada su condición, nos facilitara el accionar en pro de la mejoría en la salud del paciente.

El realizar y aplicar un plan de cuidados correcto, eficiente y oportuno será beneficioso para sobrellevar y además superar las complicaciones que conllevan un parto distócico, dependiendo del grado de complejidad del mismo.

Es de vital y suma importancia llevar el conocimiento sobre el parto distócico y los beneficios que el ministerio de salud publica ofrece a la comunidad, ya que existen porcentajes altos de desinformación sobre este tipo de partos y sobre el tipo de servicios que ofrece el ministerio de salud para la ciudadanía en los diferentes tipos niveles de atención.

En este contexto podemos decir que los cuidados de los profesionales de la salud y los cuidados individualizados en la atención de enfermería oportuna lograr una pronta evolución de la madre y el recién nacido.

La desinformación es peligrosa como en los diversos ámbitos que la rodean, en estos casos de los partos distócicos, pueden dejar complicaciones graves e irreversibles, enfermería brinda educación en familia y comuna.

Referencias

- Artal-Mittelmark, R. (2020). *Factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo*. Saint Louis University School of Medicine. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>
- Brown R, G. R.-F. (febrero 2019). *Maternal Fetal Medicine Committee, Gagnon R Bujold E, et al. Cervical insufficiency and cervical cerclage*. J Obstet Gynaecol Can OGC J Obstet Gynecol Can JOGC.
- Cosmelli, J. A. (marzo 2022). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. universidad catolica santiago de chile.
- Dager Hermenejildo, M. X. (septiembre 2018). *Cuidados culturales de enfermería en gestantes indígenas del centro de salud tipo B Calpi*. Universidad de Guayaquil.
- Dña. Juana María Vázquez Lara, D. L. (2018). *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Enfermería Obstétrico*. © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Gynecologists, J. P.-R. (2018). *Obesidad materna y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio inmediato*. lima .
- Luis Fernández-Llebrez del Rey, C. Q. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.
- MD, M. R.-R.-O. (2021). *Demoras en atención materna y complicaciones hipertensivas en el Hospital Sabogal, Callao, Perú, 2021. Estudio de casos y controles*. Callao, Perú.
- MJA Kenkhuis, M. B.-R. (2018). *Efectividad de la exploración de 12 a 13 semanas para el diagnóstico temprano de anomalías congénitas fetales en la era del ADN libre de células*. Ultrasonido en Obstetricia y Ginecología Volumen 51, Número 4. doi:5(10):356-71.
- s santos, E. V. (20 febrero 2019). *mpacto del índice de masa corporal materno y el aumento de peso gestacional en las complicaciones del embarazo: un metanálisis de datos de participantes individuales de cohortes europeas, norteamericanas y australianas*. BJOG: una revista internacional de obstetricia y ginecología, 984-995.
- Stefania Antonia Noli, i. b. (16 de septiembre 2019). *Nacimiento prematuro, baja edad gestacional, bajo peso al nacer, paridad y otros determinantes de la presentación podálica: resultados de un gran estudio retrospectivo basado en la población*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.
- T, D. J. (2018). *Manual Obstetricia y Ginecología*. univercidad catolica de chile.
- Urbina Ramírez, D. R. (2019). *omplicaciones Materno Fetales Asociadas a Preeclampsia en Gestantes Atendidas en el Hospital Regional de Lambayeque, 2019*. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo.
- Valencia Coloma, J. P. (2019). *Estudio Comparativo de la aplicación del componente parto y postparto de ESAMyN en pacientes sin complicaciones y con complicaciones leves atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi" d. quito: Universidad Central del Ecuador*.

ANEXOS



Actividad: Se educa a un grupo de mujeres embarazadas del sector rural laguacoto sobre el parto cultural que ofrece y cuenta el HGANM, Interna de enfermería interviene en el proceso de parto cultural

Área: Centro Quirúrgico - Quirófano

Lugar: hospital General Alfredo Noboa Montenegro



Actividad: Toma de signos vitales al RN, Administración de medicamento al RN
Área: Pediatría – Neonatología
Lugar: hospital General Alfredo Noboa Montenegro

Curiginal

Document Information

Analyzed document	QUNATOA PATIN MAYRA.docx (D142094069)
Submitted	7/15/2022 10:41:00 PM
Submitted by	
Submitter email	laterot@utb.edu.ec
Similarity	10%
Analysis address	laterot.utb@analysis.orkund.com



Plumatec s.l. - Lectoria.com
LIDICE LORENA OTERO

LCDA. LORENA OTERO TOBAR
DOCENTE TUTORA