



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

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciado en Enfermería.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE
PREMATURO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.**

AUTORA:

VELASCO CHAVEZ KARLA MERCEDES

TUTORA:

LIC. VARGAS ANGULO LIGIA ELIZABETH

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO.	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN.	VI
I. MARCO TEORICO.....	1
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.2 Objetivos Específicos.....	11
1.3 DATOS GENERALES.....	12
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.	13
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.....	13
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS).....	14
2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA).....	14
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	18
2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.	19
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR. .	19
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	24
2.8 SEGUIMIENTO.	25
2.9 OBSERVACIONES.....	27
CONCLUSIONES.	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA

A mis PADRES y HERMANOS, ya que son mi fuente de inspiración y motivación diaria, Quienes son mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi capacidad para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo por su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de este tiempo que me han brindado para poder realizar este sueño.

A mi familia en general y amigos por compartir conmigo buenos y malos momentos.

KARLA MERCEDES VELASCO CHAVEZ.

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud y lograr mis metas, pude sentir su compañía en los momentos más difíciles, por ser la luz que guía mis pasos, por contestar mis oraciones y por su amor y bondad infinita

A mis Padres por ser el pilar fundamental con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando día a día.

A mi familia, ya que son mi soporte y fortaleza en todo momento, gracias a su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A la tutora del caso clínico, LCDA. Vargas Angulo Ligia, quien con su experiencia y sabiduría me supo guiar para la elaboración de mi trabajo.

Y finalmente a mis amigos, por todos los momentos compartidos en el transcurso de los años, por convertir esta experiencia en una de las mejores de mi vida.

KARLA MERCEDES VELASCO CHAVEZ.

TITULO DEL CASO CLÍNICO.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTE PREMATURO
CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

RESUMEN

La insuficiencia respiratoria es considerada una de las afecciones clínicas con mayor incidencia en recién nacidos prematuros. También conocida dentro del marco clínico como síndrome de deficiencia respiratoria, marca un punto importante dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el área hospitalaria. Este problema se genera en el neonato prematuro, ya que el sistema respiratorio se encuentra inmaduro causando una alteración del intercambio gaseoso, como resultado de esto se causa una insuficiencia de los requerimientos de oxígeno en el cuerpo.

En la actualidad la incidencia de esta condición clínica ha disminuido en comparación a las últimas 3 décadas, sin embargo, se registran alrededor del 10% de neonatos prematuros que presentan un cuadro clínico de insuficiencia respiratoria, ya que el riesgo va de la mano con la edad gestacional. Su patogenia es clara, el déficit de líquido surfactante, agente que sirve como lubricante para disminuir la tensión superficial de los alveolos, la ausencia de este genera un desequilibrio en la homeostasis de este sistema.

El presente caso clínico se centra en el desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería en un paciente prematuro con Insuficiencia Respiratoria. Estas actividades encierran métodos que permitirán cumplir con los objetivos planteados hasta a mejorar la condición clínica del neonato.

Palabras Claves: Insuficiencia Respiratoria, Proceso de Atención de Enfermería, Prematuro, Surfactante.

ABSTRACT

Respiratory failure is considered one of the clinical conditions with the highest incidence in premature newborns. Also known within the clinical framework as respiratory deficiency syndrome, it marks an important point within the main causes of morbidity and mortality in the hospital area. This problem is generated in the premature newborn, since the respiratory system is immature causing an alteration in gas exchange, as a result of which an insufficiency of oxygen requirements in the body is caused.

Currently the incidence of this clinical condition has decreased compared to the last 3 decades, however, around 10% of premature infants presenting a clinical picture of respiratory failure are registered, since the risk goes hand in hand with the gestational age. Its pathogenesis is clear, the deficit of surfactant liquid, an agent that serves as a lubricant to reduce the surface tension of the alveoli, the absence of this generates an imbalance in the homeostasis of this system.

Thus, this clinical case focuses on the development of a Nursing Care Process in a premature patient with Respiratory Failure. These activities contain methods that will allow meeting the objectives set to improve the clinical condition of the newborn.

Keywords: Respiratory Insufficiency, Nursing Care Process, Premature, Surfactant.

INTRODUCCIÓN.

La Insuficiencia Respiratoria se presenta con mayor frecuencia en el ambiente hospitalario, específicamente es la unidad de cuidados intensivos neonatales al ser una afección que se desarrolla en neonatos prematuros ya que su patogenia deriva de la inmadurez de los pulmones y estos presentan una insuficiencia en la producción de líquido surfactante dando como resultado una deficiencia en el intercambio alveolar entre el oxígeno y el dióxido de carbono produciendo una insuficiencia respiratoria que afectará en la demanda de oxígeno del neonato. (Muñoz, 2017)

De acuerdo a registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) esta afección clínica se encuentra entre las primeras causas de muerte neonatal con un valor estadístico del 25,2%. Las manifestaciones características de esta enfermedad pueden aparecer dentro de las primeras horas posterior al parto o incluso al momento de este, de tal manera los signos y síntomas serán clave para reconocer y determinar un diagnóstico oportuno y planificar un tratamiento oportuno. (INEC, 2018)

El desarrollo de un proceso de atención de enfermería es un conjunto de actividades: valoración, diagnóstico enfermero, planificación de las intervenciones, ejecución de las actividades y evaluación de las metas alcanzadas, como tal es un proceso sistemático y organizado que en conjunto se complementa para abordar a un paciente prematuro diagnosticado con insuficiencia respiratoria, para ello la utilización de los 11 patrones funcionales de la teoría de Marjory Gordon permitirá al personal de enfermería reconocer las alteraciones existentes en este paciente, complementado con una atención específica con todos los métodos terapéuticos necesarios que el recién nacido necesita para recuperar su condición clínica. Por tanto, esta herramienta, como lo es el PAE, sirve de garantía al momento de brindar una atención que optimice cada uno los recursos con la finalidad de mejorar la salud de este paciente.

I. MARCO TEORICO.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

La insuficiencia respiratoria es un cuadro clínico que se manifiesta con mayor incidencia en recién nacidos prematuros, su etiología es muy variada y se caracteriza por la insuficiencia pulmonar producto al fallo de elementos que permiten su funcionamiento. Al existir un fallo en el intercambio gaseoso entre el oxígeno y dióxido de carbono, este proceso no se realiza de manera eficaz y por lo tanto los requerimientos oxígeno en el organismo se encuentran afectadas. (Perez, 2017)

Por tanto, la función pulmonar de un recién nacido prematuro se pone en riesgo debido a la debilidad existente en los músculos respiratorio, el déficit de producción de líquido surfactante, el mínimo crecimiento de los alveolos y el excesivo grosos de la membrana capilar de los alveolos. Entonces, la insuficiencia respiratoria se encuentra con la presencia de una hipoxemia arterial con aire ambiental inspirado. (Peña, 2017)

CAUSAS.

La insuficiencia respiratoria puede resultar de varios procesos, estos pueden ser a razón de causas intrapulmonares o extrapulmonares. Entre estas causas representativas tenemos: infección local, neumonía biliar, bronquiolitis, aspiración de meconio, sepsis, asfixia perinatal. (De Luca, 2017)

FACTORES DE RIEGO.

Entre los principales factores de riesgo que aumentan la incidencia en la insuficiencia respiratoria del nacido tenemos:

- **Prematuridad.**

Esta condición clínica se asocia en su mayoría a casos de neonatos prematuros, a menor edad gestacional mayor el riesgo de presentar insuficiencia respiratoria. (Perez, 2017)

- **Bajo peso al nacer.**

Este aspecto afecta alrededor de un 60% de neonatos, todo aquel que nace con un peso por debajo de los 1500 gramos. (Telegrafo, 2016)

- **Asfixia intrauterina en embarazos menores de 37 semanas.**

Factor causante de que el trabajo de parto sea prematuro, resúltate de esto será el déficit de surfactante pulmonar. (Perez, 2017)

- **Factor genético.**

Recién nacido masculino, segundo producto de un embrazo gemelar, antecedes de insuficiencia de síndrome respiratorio. (Telegrafo, 2016)

EPIDEMIOLOGÍA.

Un panorama amplio en esta condición permite identificar la incidencia mundial de la insuficiencia respiratoria, el valor estadístico es proporcional a la edad gestacional. Se registra un aproximado del 60% de casos donde el neonato presenta una edad gestacional menor a 29 semanas, un 18% de casos donde el neonato presenta un rango de 32 a 36 semanas y un valor menor al %5 en neonatos con 37 semanas o más. (Zurita, 2017)

En países tales como Cuba, en los últimos 5 años se han manifestado casos en un 63.3% en recién nacidos menores a 32 semanas, y un 7% en recién nacidos comprendidos entre las 33 a 36 semanas de gestación. En el ecuador, en los últimos 5 años se reportó una tasa de incidencia del 60% de muerte en menores de 1 año. En otros reportes se evidencia que anualmente en el país se diagnostican alrededor de 3000 casos, entre los recién nacidos de 34 semanas de gestación se refleja una tasa de incidencia del 10%. (Perez, 2017)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Esta afección presenta sus características clínicas en las primeras horas posterior al nacimiento sobre todo en el neonato prematuro, entre las cuales tenemos:

- Quejido respiratorio
- Taquicardia
- Tiraje intercostal
- Retracción xifoidea
- Tiraje intercostal
- Taquipnea
- Variación en la saturación de oxígeno
- Aleteo nasal
- Cianosis
- Palidez y piel fría.
- Periodos de apnea

DIAGNOSTICO.

Se fundamenta en base a las características clínicas en el recién nacido, esto complementado a escalas de valoración de la respiración Silverman y Downes además también se incluyen lo siguiente:

- **Exámenes de laboratorio.**

Se realiza una gasometría arterial para ayudar a definir la presencia de alteraciones en la respiración; entre otros exámenes de sangre: hematocrito y hemoglobina.

- **Radiografía de tórax.**

Se realiza con la finalidad de encontrar una radiopacidad difusa con un aspecto característico de vidrio esmerilado o bronco grama aérea. (Tapia, 2018)

- **Ecocardiograma.**

Se realiza con la finalidad de observar cualquier alteración a causa de la insuficiencia respiratoria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Al momento se de realizar el diagnostico en un recién nacido se debe tener en consideración los datos obtenidos en la anamnesis, examen físico y exámenes diagnósticos. De acuerdo al cuadro clínico esta enfermedad puede compararse a otras afecciones pulmonares, tales como: Neumonía, Neumotórax, Taquipnea Transitoria, Enfermedad De Membrana Hialina, Hipoplasia Pulmonar, Síndrome De Aspiración Meconial. (Perez - Rodriguez, 2017)

TRATAMIENTO.

Se requiere un tratamiento que se base en la estabilización del neonato por medio de un sistema de presión continua positiva (CPAP nasal), conjunto con esto se administra surfactante por vía endotraqueal por lo que se va realizar una entubación y ventilación mecánica invasiva. La administración de este medicamento debe ser lo más pronto posible ya que de esto dependerá la pronta recuperación del neonato. (Rodriguez, 2017)

Por lo tanto, el tratamiento es un conjunto de actividades, dentro las cuales se encuentran las siguientes:

- **Apoyo ventilatorio.**

Se brinda el soporte ventilatorio dentro de los siguientes parámetros: 8 L/m – FiO₂ 30%. Esta acción permite que el flujo continuo de oxígeno mantenga una presión positiva en las vías áreas del recién nacido. (MSPBS, 2018)

- **Surfactante.**

Su administración comprende dentro de los primeros 30 minutos de vida, se administra en un periodo de 2 a 5 minutos por medio un catéter en vía endotraqueal, su dosis de administración está en los 100 a 200 mg/kg. (Franceschi, 2017)

- **Administración de medicamentos.**

Se requiere la utilización de antibióticos para prevenir cualquier posible infección que se presente en el transcurso de la estancia del recién nacido. Los antibióticos a administrar son los siguientes: Ampicilina, en una dosis de 100 – 200 mg/kg/día y Gentamicina, en una dosis para prematuros hasta una semana de edad de 5mg/kg/día.

Respecto al soporte hemodinámico se administra un plan de hidratación con dextrosa en relación al peso y talla del neonato. Para la medicación de soporte se administrará Aminofilina en una dosis de 24mg/kg/día, con el fin de estimular el sistema nervioso y como broncodilatador.

Gluconato de Calcio, en una dosis de 1 – 2 ml/kg/dosis, esto servirá en el neonato como suplemento mineral. Cafeína, en una dosis de entrada de 10mg/kg y 2.5mg/kg/día de mantenimiento, este medicamento se requiere en los episodios de apnea.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Apoyo Ventilatorio.

Se debe preservar la permeabilidad de las vías aéreas, controlar la temperatura de los equipos, estos deben estar a una temperatura media y humidificados. Controlar la efectividad del soporte, reportar novedades para lograr de manera progresiva el destete de este medio. (Bulechek, 2017)

Termorregulación.

Se debe conservar un ambiente cálido para minimizar el consumo de oxígeno. Las termo cunas se deben mantener a temperaturas óptimas, entre los 34°C a 36°C. Constatar la temperatura cada 3 horas y colocar un gorro para disminuir las pérdidas de calor. (Bulechek, 2017)

Surfactante.

Se realiza un control de los signos vitales antes, durante y después de la administración de este medicamento. Al momento de administrar la medicación se debe constatar que todos los insumos necesarios estén listos. Que la dosis prescrita sea la correcta y que esta mantenga una temperatura adecuada. Ya administrada la medicación Después de la administración de debe vigilar la autonomía respiratoria. (Ministerio de Salud Publica, 2015)

Administración de medicamentos.

Independiente de la vía de administración se debe tener en cuenta los 10 correctos, vigilar los signos vitales, antes, durante y después de la administración. Verificar la permeabilidad de la vía periférica y administrar a la velocidad correcta. (Bulechek, 2017)

PRONOSTICO.

Esta condición clínica en la mayoría de sus casos empeora en un periodo de 2 a 4 días posterior al nacimiento y mejora de manera progresiva luego de este periodo. En caso no tratar la enfermedad de manera oportuna, los recién nacidos que presenten esta condición podrían tener un alto riesgo de mortalidad. Se pueden presentar complicaciones a largo que pueden comprometer la integridad del recién nacido, tales como: excesivo oxígeno, alteración en la presión ejercida en los pulmones, periodos de hipoxemia en las que el cerebro y otros órganos se encuentran comprometidos. (Charles, 2019)

PREVENCIÓN.

La prevención se fundamenta en orientar a las personas a seguir un control en planificación familiar, fomentar el autocuidado e involucrar a todos los miembros en el control del embarazo, con la finalidad de reconocer los embarazos de alto riesgo y evitar situaciones donde el feto se encuentre comprometido en relación con la circulación pulmonar. Como objetivo clave dentro de esta estrategia es fomentar un mínimo de 6 controles durante todo el embarazo.

En situaciones donde se detecte un alto riesgo en el embarazo se recurre a la administración de medicamentos a base corticoides (dexametasona o betametasona) con el propósito de adelantar la maduración de los pulmones. (Bianchi, 2018)

NEONATO.

Se otorga esta descripción a todo aquel recién nacido que posee no más de 4 semanas posterior a su nacimiento, sin importar el modo del mismo, sea por parto vaginal o por medio de un procedimiento quirúrgica denominada cesárea. Durante este periodo correspondido de 28 días este neonato sufrirá un número considerado de cambios significativos que permitirán su adaptación y desarrollo. Sin embargo, hasta lograr esta adaptación el neonato se encuentra en riesgos a adquirir cualquier tipo de afección lo que compromete su integridad y pone en riesgo su vida. (Kliegman, 2020)

CLASIFICACIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS.

Mantienen su clasificación de acuerdo a sus semanas de gestación al momento de su nacimiento, de esta manera podemos clasificarlos de la siguiente manera:

- **Recién nacido pre término.**
Neonato correspondido dentro de las 28 a 37 semanas.
- **Recién nacido inmaduro.**
Neonato correspondido dentro de las 21 a 27 semanas con un peso menos a los 1000 gramos.
- **Recién nacido prematuro.**
Neonato correspondido dentro de las 28 a 37 semanas con un peso menos a 2500 gramos.
- **Recién nacido a término.**
Neonato correspondido dentro de las 37 a 41 semanas con un peso mayor a 2500 gramos.

- **Recién nacido post termino.**
Neonato de 42 semanas o más.
- **Recién nacido con bajo peso.**
Neonato con un peso menos a 2500 gramos sin importar sus semanas de gestación al nacer.

RECIEN NACIDO PREMATURO.

Esta descripción corresponde a todo aquel nacido con una edad gestacional menor 37 semanas. Los prematuros se presentan tras un evento de parto pre termino o por causa de una amniorrexis prematura. Por su edad gestacional los recién nacido de esta condición se encuentran en una situación comprometida ya que su inmadurez hace que presenten dificultades en su sistema respiratorio, disminuye su capacidad para alimentarse y pone en riesgo su periodo de transición. (Cloherty, 2017)

Presentan un peso menor a 2500 gramos, en su mayoría estos neonatos requieren cuidados especiales en unidades de cuidados intensivos. Entre algunas características que muestran se encuentran aspectos físicos que se observan al momento de su nacimiento, como: Tamaño reducido, menor arrugas en las plantas de los pies, descoordinación entre los reflejos primarios. (Lattari, 2021)

ESCALA DE VALORACIÓN RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO.

ESCALA DE SILVERMAN.

Tiene su función diagnostica para valorar la dificultad respiratoria en los recién nacidos, tiene 5 aspectos clínicos a considerar al momento de su utilización. Sus resultados son cuantificables por lo que su interpretación es efectiva.

Su requerimiento clínico es importante ya que a partir de esto se pueden tomar decisiones oportunas para iniciar un soporte ventilatorio prematuro con el fin de mejorar la condición del recién nacido. Otro punto importante dentro de sus funciones es disminuir el uso de medios invasivos y especificar las necesidades especiales del paciente. (Hedtrom, 2018)

Se califican sus criterios con una puntuación de 0 a 2, estos son los siguientes: retracción en la parte alta del pecho, retracción en la parte baja del pecho, retracción xifoidea, dilatación nasal y quejido respiratorio. Todo neonato aquel una puntuación mayor a 6 se encuentra en condiciones no aptas para su adaptación por lo que se pone en riesgo su integridad y por lo tanto su vida. (Rodrigues, 2019)

ESCALA DE DOWNES.

Tiene su función diagnóstica al permitir valorar aspectos clínicos que son resultantes de la dificultad respiratoria, se consideran 5 aspectos importantes y se cuantifican en una calificación de 0 a 2 lo que hace de su interpretación una herramienta eficaz. Las características a tener en cuenta son: frecuencia respiratoria menor a 60 respiraciones por minuto o mayor a 80 respiraciones por minuto, cianosis, entrada de aire, quejido respiratorio, retracción subcostal. (Aldana, 2017)

1.1 JUSTIFICACIÓN.

Actualmente, pese a los avances en la medicina la insuficiencia respiratoria sigue siendo una problemática en el ambiente hospitalario, complicación que afecta principalmente a los recién nacidos prematuros y está considerada como una de las principales causas de muerte neonatal, por lo que conocer a detalle cómo se desarrolla esta enfermedad, nos brinda un panorama específico a cómo abordar a su sintomatología con un tratamiento eficaz, evitar complicaciones a futuro y prevenir de una mejor manera la aparición de esta afección

El desarrollo de este caso clínico tiene como finalidad aplicar un proceso de atención de enfermería en un recién nacido de 34 semanas de gestación, por lo que se lo considera prematuro, además presenta un diagnóstico de insuficiencia respiratoria que pone en riesgo su vida, por lo tanto, su proceso de adaptación se ve afectado. El cuadro clínico del paciente se manifiesta con características que al ser valoradas por un examen físico y también por los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon permiten llegar a un diagnóstico oportuno que permite abordar con medidas que repondrán la condición del mismo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General.

- Analizar el proceso de atención de enfermería en un recién nacido prematuro diagnosticado con insuficiencia respiratoria en el área de cuidados intensivos neonatales.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Valorar con los 11 patrones funcionales de M. Gordon a un recién nacido prematuro diagnosticado con insuficiencia respiratoria.
- Aplicar las intervenciones de enfermería necesaria para mejorar el diagnóstico de un prematuro con insuficiencia respiratorio.
- Evaluar las acciones de enfermería aplicadas en el prematuro con insuficiencia respiratoria,

1.3 DATOS GENERALES.

Nombres: NN.

Apellidos: Chacón Llumiguano.

Numero De Historia Clínica: 951485.

Fecha De Nacimiento: 10 de Julio del 2021.

Edad: 34 semanas, (Edad Gestacional).

Grupo Sanguíneo: Rh O+

Sexo: Masculino

Etnia: Indígena.

Estado Civil: No aplica.

Nivel De Estudio: No aplica.

Dirección: Casipamba, Vinchoa, Guaranda.

Hora de Ingreso: 5:25 am.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.

2.1.1 Antecedentes.

Antecedentes Patológicos Personales.

Alergias: Ninguna.

Hábitos Tóxicos: Ninguno.

Vacunación: BCG Y Hb administradas.

Antecedentes Quirúrgicos. Ninguno.

Antecedentes Patológicos Familiares. Presenta antecedentes obstétricos de la madre, señora con 6 gestas: 2 abortos, 4 partos. En el periodo de gestación se realizó 5 controles prenatales en el centro de salud de Vinchoa. Presenta una infección de tracto urinario durante el embarazo.

2.1.2 Motivo de Consulta.

Paciente neonatal, de sexo femenino con 34 semanas de gestación por FUM, ingresa al área de neonatología presentando un APGAR de 6/8 al nacer. Presenta un cuadro clínico caracterizado por cianosis central, con una saturación del 70% al ambiente, quejido audible a la distancia, retracción subcostal, aleteo nasal y pulmones con difusa entrada de aire y una frecuencia respiratoria 72 respiraciones por minuto.

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE AL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL. (ANAMNESIS)

Paciente neonatal, de sexo femenino con 34 semanas de gestación por FUM, ingresa al área de neonatología presentando un APGAR de 6/8 al nacer. Presenta un cuadro clínico caracterizado por cianosis central, con una saturación del 70% al ambiente, quejido audible a la distancia, retracción subcostal, aleteo nasal y pulmones con difusa entrada de aire y una frecuencia respiratoria 70 respiraciones por minuto. Se realiza una valoración con escala de Silverman, este da un resultado de 7, esto indica una dificultad respiratoria severa. Medico indica estancia en unidad de cuidados intensivos más cuidados al recién nacido, por el momento a espera de exámenes de laboratorio.

2.3 EXAMEN FISICO. (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Signos Vitales.

- **Presión arterial:** 60/42 mmHg.
- **Frecuencia cardiaca:** 180 lpm.
- **Frecuencia respiratoria:** 70 rpm.
- **Temperatura:** 37 °C
- **SpO2:** 70%.

Medidas antropométricas:

- **Peso:** 2212 gramos.
- **Talla:** 42 cm
- **Perímetro cefálico:** 32 cm.
- **Perímetro torácico:** 28 cm.
- **Perímetro abdominal:** 29 cm.

Valoración Céfalocaudal.

Piel: Cianótica a nivel central, turgencia conservada.

Cabeza: Normocefálica, sin patologías, suturas frontales normales, sin alteración.

Cara: Simétrica, sin alteraciones.

Ojos: Simétricos, normales, reactivos a la luz.

Orejas: Pabellones auriculares permeables, con tamaño adecuado, sin alteraciones.

Nariz: Tamaño normal, simétrica, presencia de aleteo nasal.

Boca: Paladar íntegro, semi húmeda, labios resacas, presencia de sonda orogástrica.

Cuello: Móvil, simétrico, sin presencia de adenopatías.

Tórax: Expansible, con presencia de retracciones intercostales. Pulmones con estrada difusa de aire, se auscultan secreciones. Corazón sin presencia de soplos al momento de la auscultación.

Abdomen: Suave y depresible al tacto, ruidos hidroaéreos presentes. Cordón umbilical constituido sin signos de infección.

Genitales: Órganos sexuales femeninos, sin patologías, acorde a la edad gestacional.

Ano y Recto: Permeable, sin presencia de meconio.

Extremidades: Móviles, tono y fuerzas conservada sin presencia de edemas o laceraciones. Pulsos distales presentes. Vía periférica en miembro superior izquierdo.

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

1. Patrón Percepción - Manejo de la salud.

Paciente nacido vivo, bajo medidas optimas de asepsia. Presenta antecedentes familiares, madre con infección de tracto urinario en el embarazo. Neonato sin alergias conocidas. Esquema de vacunación completa dentro de los correspondiente.

2. Patrón Nutricional Metabólico.

Recién nacido presenta un reflejo de succión y deglución disminuidos por lo que se requiere la utilización de una sonda oro gástrica para la alimentación correspondiente. Peso al nacer: 2212 gramos. Temperatura: 37 °C, Talla: 42 cm, Perímetro Cefálico: 32 cm, Perímetro Torácico: 28 cm, Perímetro Abdominal: 29 cm. Se administra soluciones cristaloides de acuerdo a su peso y talla.

3. Patrón Eliminación.

Presencia de eliminaciones vesicales e intestinales, diuresis espontanea. Ano permeable.

4. Patrón Actividad – Ejercicio.

Al ingreso, el recién nacido activo, buen tono muscular, reflejo de succión y deglución disminuidos. Constantes vitales reflejan los siguientes valores. Frecuencia Cardiaca: 160 lpm, Frecuencia Respiratoria, 70 rpm, Presión Arterial: 60/42 mmHg, Saturación parcial de Oxígeno: 70% En la valoración se observan las siguientes características clínicas: cianosis central, quejido audible a la distancia, retracción subcostal, aleteo nasal marcado y la entrada de aire en los pulmones difusa, al momento de la auscultación se evidencian secreciones.

Al cuantificar estos parámetros dentro de la escala de Silverman nos da como resultado una puntuación de lo que refleja una dificultad respiratoria severa.

5. Patrón Sueño – Descanso.

Descansa sin ninguna dificultad, cumple las horas de sueño correspondientes.

6. Patrón Cognitivo – Perceptivo.

Presenta coordinación en cada respuesta a estímulos.

7. Patrón Autopercepción – Auto concepto.

Sn alteración, los padres tiene conocimiento de su recién nacido.

8. Patrón Rol – Relaciones.

Núcleo familiar estable. Padres están pendiente a la situación del neonato y se les instruye para un buen manejo del mismo.

9. Patrón Sexualidad – Reproducción.

Recién nacido de sexo femenino, elementos de reproducción acorde a la edad, piel sin irritaciones. Sin alteraciones.

10. Patrón Tolerancia al Estrés.

Se muestra irritable al manejo al momento de valoraciones u otros procedimientos.

11. Patrón Valores y Creencias.

Núcleo familiar cree en Dios, son católicos. Creen en la medicina natural y los maleficios como el mal de ojo y el susto.

Patrones Alterados:

- **Patrón 4.** Actividad – Ejercicio.
- **Patrón 2.** Nutricional Metabólico.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Gasometría Arterial.

	Valores normales.	Resultados.	Unidad Factor
pH	7.30 – 7.35		
PaCO₂	35 - 45		mmHg
PaO₂	60 - 80		mmHg
HcO₃	22- 25		mmol/L

Biometría Hemática.

	Valores Referenciales	Resultados.	Unidad Factor
Glóbulos Blancos	4.50 – 11		10 ³ /UL
Glóbulos Rojos	4.50 – 5		10 ⁶ /UL
Hemoglobina	12 - 16		g/dL
Hematocrito	37 - 54		%
Vol. Corp. Medio	80 - 100		fL
Hemo. Corp. Medio	27 - 32		Pg
Conc. Hgb. Corp. Medio	31 - 37		g/dL
Plaquetas	150 - 450		10 ³ /UL

Forma Leucocitaria.

	Valores Referenciales	Resultados.	Unidad Factor
Neutrófilo	50 - 73		%

Linfocito	30 - 38		%
Monocito	8		%

2.5 FORMULACION DE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL, DEFINITIVO.

Diagnostico presuntivo.

Patrón respiratorio ineficaz

Diagnóstico diferencial.

El cuadro clínico puede asemejarse a una Sepsis Bacteriana, Neumonía, Neumotórax, Taquipnea Transitoria, Insuficiencia Respiratoria.

Diagnóstico definitivo.

Insuficiencia Respiratoria Neonatal.

2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

La teoría de Marjory Gordon se basa en la utilización de 11 patrones funcionales que permiten al personal de enfermería valorar a los pacientes de manera holística para mejorar su condición de salud y calidad de vida. En el caso del recién nacido prematuro con insuficiencia respiratoria se identifican lo siguientes patrones funcionales alterados:

Patrón Actividad – Ejercicio. Frecuencia Respiratoria, 70 rpm, Saturación parcial de Oxígeno: 70% En la valoración se observan las siguientes características clínicas: cianosis central, quejido audible a la distancia, retracción subcostal, aleteo nasal marcado y la entrada de aire en los pulmones difusa. Al momento de la auscultación se evidencian secreciones.

El test de Silverman nos da como resultado una puntuación de lo que refleja una dificultad respiratoria severa. Por lo que se requiere soporte ventilatorio.

Patrón Nutricional Metabólico. El recién nacido presenta un reflejo de succión y deglución disminuidos por lo que se requiere la utilización de una sonda orogástrica para la alimentación correspondiente. Peso al nacer: 2212 gramos.

PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Soporte Ventilatorio.

- CPAP-N: Flujo de 7 litros. FiO₂ 30%.
- CANUSAL NASAL. Flujo 3 – 2 litros. FiO₂ 30% - 20%.

Soporte Hemodinámico.

- DEXTROSA EN AGUA AL 10%: infundir a 6ml c/h.

Antibióticos.

- AMPICILINA: 221 mg, IV, cada 12 horas
- GENTAMICINA: 11 mg, IV, cada 24 horas.

Medidas de Soporte.

- SURFACTANTE: 442 mg.
- AMINOFILINA: 4 mg, IV, cada 12 horas.
- GLUCONATO DE CALCIO: 2.2 mg, IV, cada 12 horas.

Soporte Nutricional.

- ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA: 3ml, por sonda orogástrica, cada 3 horas.

Indicaciones.

- Control de signos vitales, motorización continua de frecuencia y SpO₂ cada 3 horas.
- Administración de medicamentos de acuerdo a protocolos establecidos.
- Aspiración de secreciones bucales y nebulizaciones
- Cabecera elevada a 30 grados, semifowler.

- Control de Ingesta y Excreta.
- Mantener la permeabilidad de las vías periféricas.
- Mantener el confort con cambios posturales e higiene del neonato.
- Estimular los reflejos de succión y deglución del neonato.
- Educar a la madre sobre el manejo del recién nacido.
- Consejería a la madre sobre lactancia materna.
- Control de glucosa.

NANDA: 00030
NOC: 0403
NIC: 3120

Dominio: 3. Eliminación e Intercambio.

Clase: 4. Función respiratoria

Dx: Deterioro En El Intercambio Gaseoso. (00030)

R/C: Inmadurez Pulmonar, Fatiga De Los Músculos Respiratorios.

E/P: Cianosis Central, Quejido Audible A La Distancia, Retracción Subcostal, Aleteo Nasal Marcado Y La Entrada De Aire En Los Pulmones Difusa, Taquipnea y SpO2: 70%. Secreciones audibles en la auscultación.

Dominio: 2. Salud Fisiológica.

Clase: (E). Cardiopulmonar.

Etiqueta: Estado Respiratorio: Ventilación. (0403)

Campo: 2. Fisiológico Complejo.

Clase: (K). Control Respiratorio.

Etiqueta: Intubación y estabilización de la vía aérea. (3120)

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria		X		X	
Utilización de los músculos accesorios.		X			X
Ruidos respiratorios patológicos.		X		X	

ACTIVIDADES.

1. Realizar lavado de manos.
2. Mantener una vía aérea permeable.
3. Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación necesario, administrar los medicamentos bajo prescripción y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones en la inserción.
4. Monitorizar periódicamente la saturación de oxígeno (SpO2) mediante pulsioximetría
5. Monitorizar el estado respiratorio.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00107
NOC: 1020
NIC: 1056

Dominio: 3. Eliminación E Intercambio.

Clase: 2. Función Gastrointestinal.

Dx: Patrón De Alimentación Ineficaz Del Lactante. (00107)

R/C: Prematuridad.

E/P: Reflejo de succión y deglución disminuidos, incapacidad para coordinarlos.

Dominio: 2. Salud Fisiológica.

Clase: (K). Digestión y Nutrición.

Etiqueta: Estado nutricional del lactante.
(1020)

Campo: 1. Fisiológico Básico.

Clase: (D). Apoyo Nutricional.

Etiqueta: Alimentación enteral por sonda.
(1056)

ESCALA DE LIKERT.

INDICADORES.	1	2	3	4	5
Reflejos primarios.		X			X
Tolerancia alimentaria.			X		X
Ingestión por sonda de alimentos.			X		X
Relación peso/talla.			X		X

ACTIVIDADES.

1. Insertar una sonda nasogástrica u orogástrica.
2. Utilizar una técnica aséptica en la administración de este tipo de alimentación.
3. Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación.
4. Antes de cada alimentación comprobar si hay residuos.
5. Realizar la alimentación mediante la sonda por gravedad.
6. Esperar 30-60 minutos al finalizar la alimentación, antes de colocar al paciente con la cabeza en posición declive
7. Observar si hay distensión abdominal, medir perímetro abdominal.
8. Realizar control de ingesta y eliminación.

M
E
T
A
S

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

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

El modelo de adaptación de Sor Callista Roy mantiene que el ser humano es un individuo con capacidades adaptativas, lo que permite ser uno con su entorno. Un recién nacido prematuro, es un pequeño ser humano que deberá aprender a adaptarse al medio en el que va a crecer, por esta razón, al no tener sus funciones neurológicas aún desarrolladas, el personal enfermero deberá ayudar al paciente a adaptarse por medio de la aplicación de una serie de actividades e intervenciones necesarias para lograr su bienestar y adaptación fisiológica.

- **Soporte ventilatorio.**

Garantiza al neonato el aporte de volumen/minuto de oxígeno requerido para suplir las necesidades respiratorias, conservando la estructura y fisiología de los pulmones hasta que mejoren su funcionamiento. Esto ayuda a revertir la insuficiencia respiratoria.

- **Vigilancia de frecuencia respiratoria y signos de dificultad respiratoria**

Este accionar tiene como objetivo identificar si la demanda de oxígeno es óptima para los tejidos. La frecuencia respiratoria, aleteo nasal, tiraje intercostal y cianosis son características claves al momento de identificar esta enfermedad, la ausencia de alteración de estas manifestaciones refleja una mejoría en el paciente.

- **Valorar los reflejos de succión y deglución.**

Permite indicar el buen funcionamiento del sistema nervioso central, además al aumento de la capacidad de estos reflejos permite la independencia del neonato al momento de alimentarse, lo que permitirá un mejor apego con la madre.

2.8 SEGUIMIENTO.

El neonato mantuvo una estancia hospitalaria de 7 días en la unidad hospitalaria, en el área de neonatología, días donde su estado de salud se mantuvo en una constante evolución, por lo tanto, nos encontramos con:

1º. 10 de Julio/2021.

Ingresa al área de cuidados intensivos un neonato prematuro de 34 semanas de gestación presentando el diagnóstico clínico de insuficiencia respiratoria. Se brinda el soporte ventilatorio correspondiente para cubrir los requerimientos de oxígeno necesario (CPAPn). Se indica soporte hemodinámico y administración de medicamentos correspondientes. Cada 3 horas se brinda apoyo alimenticio por medio de sonda orogástrica con 3 ml de leche materna. Medidas de confort e higiene, monitorización de signos vitales cada 3 horas, priorizando el control en la respiración y la saturación parcial de oxígeno. Control de ingesta y excreta.

2º. 11 de Julio/2021.

Paciente evoluciona de manera favorable por lo que de acuerdo a nuevas indicaciones se modifican los aportes de oxígeno al neonato: Cánula nasal a 3 L/m. Por lo que se transfiere a la unidad de cuidados intermedios. En el apoyo alimentario por sonda orogástrica se modifica el volumen a 6 ml. Se brinda consejería a la madre sobre el manejo del neonato.

3º. 12 de Julio/2021.

Se mantienen las mismas indicaciones médicas. Se estimula el reflejo de succión.

4º. 13 de Julio/2021.

Soporte ventilatorio se empieza con medidas de destete, al momento con un litro de oxígeno por cánula nasal. Se mantienen las mismas indicaciones de medicación y cuidados., Volumen alimenticio aumenta a 10 ml. Neonato evoluciona favorablemente.

5º. 14 de Julio/2021.

El destete de oxígeno se logra con éxito, al momento se mantiene con una SpO2 al ambiente de 94%. Se indica el retiro de la SOG, volumen alimenticio aumenta a 20 ml por medio de una jeringa para desarrollar el reflejo de succión. Se Constantes vitales dentro de los parámetros esperados. Evolución favorable.

6º. 15 de Julio/2021

Paciente al momento agarra el pezón por periodos cortos, se indica mantener al neonato bajo lactancia materna a libre demanda. Saturación de oxígeno favorable: 98% al ambiente, constantes vitales normales. Se considera aspectos favorables para la posible alta del paciente.

7º. 16 de Julio/2021

Bajo indicaciones médicas el paciente es dado de alta. Cumple con todos los aspectos clínicos. Parámetros vitales dentro de los rangos esperados, normales para su edad. Buen reflejo de succión y deglución. Se educa a la madre sobre los cuidados generales que debe tener en casa y brinda consejería sobre la lactancia materna exclusiva en los próximos 6 meses de vida.

2.9 OBSERVACIONES.

Cada una de las características manifestadas en el cuadro clínico permitieron al accionar oportuno por parte del personal de salud, se mantuvo en cada momento comunicado a los familiares sobre la situación del neonato, explicando cada uno de los procedimientos a realizar con el fin de tener el consentimiento de cada uno de sus padres y mejorar su estado de salud. Cada una de las medidas específicas que fueron aplicadas en el neonato abordaron sus alteraciones, el soporte ventilatorio permitió complementar los aportes de oxígeno necesarios para reducir el riesgo de hipoxemia y evitar el daño en otros órganos; el apoyo hemodinámico y nutricional mantuvieron los nutrientes necesarios para su desarrollo y la alimentación por sonda orogástrica implementada sostener el aporte calórico adecuado hasta lograr un adecuado reflejo de succión, estas actividades complementadas por otro conjunto de acciones lograron la mejoría del estado general del paciente.

CONCLUSIONES.

La utilización de un proceso de atención de enfermería permitió al personal enfermero llevar a cabo actividades en beneficio del neonato. Estas acciones se complementan una a la otra de manera secuencial hasta lograr el objetivo primordial: mejorar la condición clínica del paciente.

Los objetivos lograron ser alcanzados, por lo que:

- Al valorar a un prematuro se debe tener mucha preocupación de no confundir las manifestaciones clínicas con otras patologías, los patrones funcionales de M. Gordon sirven de medio para valorar la conducta del paciente en relación con la afección clínica presente, por tanto, permite reconocer las alteraciones presentes que lo afectan.
- Las intervenciones de enfermería aplicadas en el neonato deben estar enfocadas en mejorar el diagnóstico actual, es decir, reducir las alteraciones presentes, por medio de estos tratamientos se logrará alcanzar las metas establecidas.
- Todo procedimiento a realizar debe ser evaluado con la finalidad de determinar si estos tuvieron efectividad en el prematuro, por tanto, la evaluación de las intervenciones de enfermería es fundamental para identificar si los tratamientos son los correctos o deben ser descontinuado y reemplazados por unos mejores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aldana, J. (10 de Enero de 2017). Less invasive surfactant administration versus intubation for surfactant delivery in preterm infants with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. *National Library Of Medicine* . Obtenido de PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27852668/>

Charles, S. (14 de Abril de 2019). Síndrome de dificultad respiratoria neonatal. *Biblioteca Nacional de Medicina - Medline*, Capítulo 25. Obtenido de Medlineplus.gov: [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm#:~:text=Expectativas%20\(pron%C3%B3stico\)&text=La%20afecci%C3%B3n%20con%20frecuencia%20empeora,los%20d%C3%ADas%20%20y%207.](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm#:~:text=Expectativas%20(pron%C3%B3stico)&text=La%20afecci%C3%B3n%20con%20frecuencia%20empeora,los%20d%C3%ADas%20%20y%207.)

De Luca, D. (2017). *The Montreux definition of neonatal ARDS: biological and clinical background behind the description of a new entity*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2020/sp203h.pdf>

Franceschi, K. (Septiembre de 2017). Surfactante Pulmonar. Estado del arte y aspectos fundamentales. *INGENIERÍA UC*, 23, 341- 350. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70748810012>

Hedtrom, A. (2018). Performance of the Silverman Andersen Respiratory Severity Score in predicting PCO₂ and respiratory support in newborns: a prospective cohort study. *Journal Of Perinatology*, 505-511.

Lattari, B. (10 de Abril de 2021). Problemas Generales del Recien Nacido. *MANUALES MSD*. Obtenido de Merck and Co: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-eci%C3%A9n-nacido/eci%C3%A9n-nacido-prematuro>

Ministerio de Salud Publica, M. (2015). Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (Primera ed.). Obtenido de Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica: <https://www.salud.gob.ec/>

MSPBS. (2018). *Guía técnica de manejo de la Presión Positiva Continua CPAP (1 ed.)*. Obtenido de <https://www.unicef.org/paraguay/media/2061/file/guia-Bulechek>

Muñoz, A. (2017). Insuficiencia Respiratoria Aguda. *Revista Acta Medica Peruana*, 286-292. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172010000400013

Peña, R. (2017). Insuficiencia Respiratoria Aguda, en APH, Colombia, Capitulo 32, en Rubiano A, Paz A: Fundamentos de Atención Prehospitalaria. *Revistas Scielo*. Obtenido de Scielo.Org.Pe: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

Perez - Rodriguez, J. (2017). Dificultad respiratoria en el recién nacido - Etiología y Diagnostico. *Manual de Pediatría*, 16. Obtenido de Manual de Pediatría: <file:///C:/Users/hp/Downloads/S169628180371590X.pdf>

Rodrigues, J. (3 de Noviembre de 2019). Escala de Silverma En La Dificultad Respiratoria Neonatal. *Recimundo*, 114-127. Obtenido de [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.113-127](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.113-127)

Tapia, J. L. (Agosto de 2018). Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. *Manual de Pediatría*, 195. Obtenido de Chile. Innovadoc: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-Pediatría.pdf>

Zurita, A. (Noviembre de 2017). ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y NEONATALES PARA LA APARICIÓN DE TAQUIPNEA TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO . 9. Obtenido de RepositorioPuceEdu.Org: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9708/TESIS%20A.ZURITA.pdf>

ANEXOS



12 de Julio/ 2021: Neonato en sala de cuidados intermedios, Se realiza el monitoreo de constantes vitales y se preservan medidas de confort con cambios posturales.



15 de Julio/2021: Se brinda consejería a la madre sobre el manejo materno y la lactancia materna exclusiva. Se mantienen medidas de higiene: baño diario.