



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO DE 28 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON DISPLASÍA BRONCOPULMONAR**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

**DIMENSIÓN PRACTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO DE 28 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON DISPLASÍA BRONCOPULMONAR**

AUTORA:

FATIMA ESTHEFANIA BORJA ULLOA

TUTORA:

LCDA. ROSA ERLINDA BUSTAMANTE CRUZ

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

DEDICATORIA

Este estudio de caso va dedicado en primer lugar a DIOS por permitirme vivir esta etapa de vida llena de experiencia y aprendizaje, por darme la oportunidad de ser una futura licenciada en enfermería, permitirme seguir adelante haciendo frente a cada obstáculo que se hizo presente durante cada etapa de rotación del ciclo de la carrera, por darme la sabiduría para poder superar cada rémora, por prestarme salud y vida para llegar a una de las metas más anhelada por todo joven con sueños y aspiraciones.

A mis padres por ser los pilares fundamentales durante toda esta trayectoria, por proporcionarme mucho apoyo moral, emocional y económico, por siempre permanecer en los momentos más difíciles, por cada palabra, consejo y experiencia compartida; gracias por la paciencia y el amor compartido y por ayudarme a convertir en una mujer valiente y con metas en la vida.

Fatima Esthefania Borja Ulloa

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por permítame estar aquí, por guiarme, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad. A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños y hermanas por confiar y creer en mi gracias por sus consejos y valores inculcados. Finalmente, al con gratitud al docente de Catedra Lcda. Rosa Bustamante por ser un excelente docente en esta catedra muy importante, por sus paciencia y dedicación a compartir sus conocimientos.

Fatima Esthefania Borja Ulloa

ÍNDICE GENERAL

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE GENERAL.....	IV
TEMA DEL CASO CLINICO	VIII
RESUMEN	IX
SUMMARY	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I	1
1. PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Motivo de consulta.....	2
1.1.2. Anamnesis	2
1.1.3. Signos vitales del neonato.....	3
1.1.4. Antropometría	3
1.1.5. Examen físico (exploración clínica).....	3
1.2. JUSTIFICACION	6
1.3. OBJETIVOS	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivos Específicos	7
1.4. LINEA DE INVESTIGACION.....	7
CAPÍTULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. MARCO CONCEPTUAL	8
2.1.1. Displasia broncopulmonar	8
2.2. MARCO TEÓRICO.....	9

2.2.1.	Patología.....	9
2.2.2.	Etiología.....	9
2.2.3.	Epidemiología	11
2.2.4.	Complicaciones de la Displasía Broncopulmonar	12
2.2.5.	Diagnóstico de la Displasía Broncopulmonar	12
2.2.6.	Tratamiento de la Displasía Broncopulmonar	13
2.3.	TEORÍA DE MARJORIE GORDON	14
2.4.	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	15
2.5.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	15
CAPÍTULO III		17
3. MARCO METODOLÓGICO.....		17
3.1.	VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	17
3.1.1.	PATRONES ALTERADOS	18
3.2.	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO	18
3.3.	FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y definitivo	18
3.3.1.	Diagnóstico Presuntivo.....	18
3.3.2.	Diagnóstico Definitivo	19
3.4.	ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	19
CAPÍTULO IV.....		23
4. RESULTADOS.....		23
4.1.	SEGUIMIENTO	23
4.1.1.	Día 15 de mayo del 2023	23
4.1.2.	Día 21 de mayo del 2023	23
4.1.3.	Día 7 de junio del 2023.....	24
4.2.	OBSERVACIONES	24
4.3.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	25

CAPÍTULO 5	26
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
5.1. CONCLUSIONES.....	26
5.2. RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: <i>Información de exámenes complementario realizados a neonatos</i>	5
---	---

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 <i>Patrón Respiratorio Ineficaz (00032</i>	20
Imagen 2 <i>Dx: Gestión ineficaz de la salud 0007</i>	21
Imagen 3 <i>Dx: Gestión ineficaz de la salud 00078</i>	22
Imagen 4 <i>Administración de medicamento</i>	31
Imagen 5 <i>Reporte de enfermería</i>	¡Error! Marcador no definido.
Imagen 6 <i>Higiene y Confort</i>	31
Imagen 7 <i>Ficha de Evolucion clinica</i>	32

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO DE 28 SEMANAS
DE GESTACIÓN CON DISPLASÍA BRONCOPULMONAR

RESUMEN

La displasia broncopulmonar es una enfermedad crónica que suele presentarse en la mayoría de los neonatos que nacen con bajo peso los cuales suelen presentar esta patología.

Se considera que se suele presentar cuando un neonato posee una larga estancia hospitalaria con ventilación mecánica continua por lo que puede dificultar y presentar mayores complicaciones en el mismo.

Es por ello que se lleva a cabo el presente estudio de un neonato pretérmino masculino de 28 semanas obtenido por cesárea de emergencia en posición podálico que presenta llanto débil, acrocianosis, tejido respiratorio y tiraje intercostal marcado.

Basados en este trabajo se definen objetivos en los que el principal es la aplicación de los procesos de atención en enfermería en el paciente antes mencionado.

En el desarrollo del presente trabajo se realizan las fundamentaciones teóricas y a su vez se presenta el estudio del paciente y a su vez se logra el desarrollo de las actividades de enfermería para beneficio del paciente.

Palabras claves: Displasía Broncopulmonar, neonato, neonato pretérmino, dificultad respiratoria, tiraje intercostal. Neonato bajo peso.

SUMMARY

Bronchopulmonary dysplasia is a chronic disease that usually occurs in the majority of newborns born with low weight, who usually present this pathology.

It is considered that it usually occurs when a neonate has a long hospital stay with continuous mechanical ventilation, which can make it difficult and present greater complications.

That is why the present study was carried out on a 28-week male preterm neonate obtained by emergency cesarean section in the breech position who presented weak crying, acrocyanosis, respiratory tissue and marked intercostal indrawing.

Based on this work, objectives are defined in which the main one is the application of nursing care processes in the aforementioned patient.

In the development of this work, the theoretical foundations are made and at the same time the study of the patient is presented and at the same time the development of nursing activities is achieved for the benefit of the patient.

Keywords: Bronchopulmonary Dysplasia, neonate, preterm neonate, respiratory distress, intercostal indrawing. Low weight neonate.

INTRODUCCIÓN

La Displasia Broncopulmonar es una patología crónica que se presenta con mayor frecuencia en neonatos que nacen con bajo peso, convirtiéndose en una problemática para la salud pública, causando un gran riesgo de mortalidad a corto y largo plazo (Chiriboga & Merchán, 2023).

Se debe manifestar que este tipo de enfermedades pueden suceder en aquellos recién nacidos que presentan bajo peso por lo que desencadena un sin número de complicaciones en el mismo aumentando la posibilidad de muerte neonatal.

En la actualidad se ha determinado que los factores de riesgo que producen la Displasia Broncopulmonar en neonatos, viene directamente por sucesos provocados durante el embarazo, como: hipertensión arterial, preeclampsia, ductus arterioso persistente, la reanimación en sala de partos, sepsis neonatal tardía (Zavaleta, Concepción, Concepción, & Aguilar, 2019).

Tomando en consideración lo que manifiestan los autores anteriormente mencionados es importante indicar que durante la etapa de embarazo se puede disminuir la posibilidad de presentar este tipo de afecciones de tal forma que si se detecta a tiempo en la madre el tipo de comorbilidades como las antes mencionadas si se podría disminuir este tipo de situaciones.

Un factor de importancia en la Displasia Broncopulmonar es el biotrauma que consiste en una lesión pulmonar causada por mediadores de respuesta inflamatoria como citosinas y quimiocinas (Villareal, 2020).

En base a estos datos también se refleja las afectaciones que se presentan en los neonatos debido a las diversas complicaciones que pueden aparecer y sobre todo la muerte neonatal.

La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial se presentan 15 millones de partos prematuros en el año, de la cual hay un 15 % de mortalidad por complicaciones secundarias a la prematurez, entre ellas la displasia broncopulmonar, en Países como Estados Unidos, Nigeria y Brasil presentan la mayor incidencia de prematurez (Carrillo, Guevara, & Mendoza, 2021).

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Datos Maternos

Nombres y Apellidos: Orozco NN

Cedula: 12061875**

Lugar de residencia: Palenque – Los Ríos

Nivel de estudios: Secundaria

Nivel sociocultural/ económico: medio bajo

Conviviente: Esposo

Sexo: Femenino

Edad: 34 años

Religión: católica

Grupo Sanguíneo: Rh O+

Datos del paciente

Nombres y apellidos: NN

Cedula: NN

Edad: Recien nacido de 28 semanas de gestación

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 14/05/2023

Tipo de sangre: O positivo

Vacunación: HB 0 aplicada, BCG no aplicada por bajo peso al nacer.

1.1.1. Motivo de consulta

Neonato pretérmino masculino de 28 semanas obtenido por cesárea de emergencia en posición podálico, valorado en 28 semanas con APGAR 6/7/8, por presentar llanto débil, acrocianosis, quejido respiratorio y tiraje intercostal marcado, por lo que médico de turno procede a intubación endotraqueal.

Antecedentes prenatales: madre de 34 años de edad G5 A2 P3 C0 FUM 28/10/2022, 6 controles prenatales, refiere infecciones de vías urinarias en el segundo trimestre de embarazo tratadas y curadas, además leucorreas en el tercer trimestre tratadas no curada, hospitalizada en esta casa de salud recibió dos dosis de maduración pulmonar completa.

Antecedentes quirúrgicos personales: no refiere

Antecedentes alérgicos: no refiere

1.1.2. Anamnesis

Se recibe neonato de 28 semanas de gestación obtenido por cesárea de emergencia podálico, con Apgar 6/7/8. Con adecuada cantidad de líquido amniótico, pasando inmediatamente a sala de recepción del recién nacido, se seca con mantas tibias puntos se realiza estimulación táctil se procede realizar maniobras de termorregulación además de ello se comprueba la permeabilidad de orificios naturales. Despierto reactivo, con llanto débil, acrocianosis, quejido respiratorio, tiraje intercostal marcado, valorado con Downes de 8 – 9, por lo que se procede a la intubación endotraqueal, además médico procede a canalizar bien umbilical y a su vez se toman muestras de laboratorio y se brinda información a los familiares.

1.1.3. Signos vitales del neonato

Temperatura: 33.5°C

Frecuencia Cardíaca: 142 LPM

Presión Arterial: 59/26

SatO2: 99%

1.1.4. Antropometría

Peso: 1.220 Gramos

Talla: 37 cm

PC: 27 cm

PT: 24 cm

PA: 22 cm

1.1.5. Examen físico (exploración clínica)

Cabeza: Normo cefálica, fontanelas normotensas, no presenta contusiones ni cicatrices.

Piel –Faneras: presencia de acrocianosis.

Cuero Cabelludo: Bien implantado

Cara: simétrica, no presenta alteraciones.

Frente: sin presencia de pliegues, de tamaño normal

Cejas: bien implantadas

Ojos: con frecuencia cerrados, párpados edematosos

Parpados: Simétricos

Orejas: Con pabellón auricular bien implantado

Oídos: Sin salida de secreciones

Nariz: con presencia de aleteo nasal y sonda nasogástrica.

Boca: Presencia de intubación endotraqueal

Cuello: Sin presencia de adenopatías.

Miembro Superior: Simétricos, sin déficit

Miembro Inferior: Simétricos, sin déficit

Axilas: Normal

Tórax: En la auscultación presenta ruidos cardiacos rítmicos, tiraje intercostal marcado y quejidos respiratorios.

Corazón: No soplo

Abdomen: no doloroso a la palpación, con presencia de vía umbilical.

Columna Vertebral: Normal

Espalda: Simétrica sin malformaciones

Genitales: Sin ninguna malformación

INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Tabla 1:
Información de exámenes complementarios realizados

Prueba	Resultado	Valores Referenciales
Leucocitos	13,67	4-12
Hematíes	4.24	3.5 – 5.2
Hematocrito	43.5	40.0 – 48.0 %
Hemoglobina	15.4	12.16
MCV	102.7	80-100
MCH	36.3	27-34
MCHC	35.4	31-37
Plaquetas	239	100-300
VPM	8.8	6.5 – 12
Neutrofilos %	71.1	50 – 70
Linfocitos%	18.7	20 – 40
Monocitos %	9.9	3 – 10
Basofilos %	0.3	0 – 1

Fuente: Laboratorio clínico del Hospital Universitario

Borja F., 2023

En el presente resultado de los exámenes de laboratorio podemos identificar el incremento moderado de leucocitos, además del aumento de volumen corpuscular medio y de la cantidad de hemoglobina en los glóbulos rojos. Como el aumento de los neutrófilos y los basófilos como se puede apreciar en la tabla anterior.

1.2.JUSTIFICACION

La displasia broncopulmonar es considerada una de las enfermedades con mayor problemática para la salud pública, debido a su índice de mortalidad neonatal del 15% de neonatos que la padecen al momento de su nacimiento, es por ello que durante esta investigación se procederá a enfatizar las actividades que el personal de enfermería ejecuta en estos pacientes, haciendo uso de las técnicas de recolección de datos y así mismo el uso de la taxonomía NANDA, NIC y NOC, que nos brinda el diagnóstico enfermero para así poder elaborar un buen plan de cuidados que nos certifique la recuperación del neonato con displasia broncopulmonar.

También se ejecutará la valoración por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon la cual nos ayuda con la elección correcta de actividades que debe desempeñar el personal de enfermería, enfatizando las necesidades que tienen los neonatos con displasia broncopulmonar durante su hospitalización, evitando que las cifras de mortalidad por esta patología sigan en aumento.

Además, en base al caso se implementan los conocimientos obtenidos en nuestra etapa académica en la universidad por lo que se brindan cuidados de enfermería acorde a la necesidad del paciente, tomando en consideración que se busca brindar calidad y confort durante la atención del mismo.

Por este motivo es que se lleva a cabo la realización del presente caso clínico ya que permite conocer de manera directa el estado del neonato y a su vez poder brindar intervenciones de enfermería acorde a su necesidad.

1.3.OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en neonato de 28 semanas con diagnóstico médico de Displasía Pulmonar atendido en Hospital Gineco-obstétrico Universitario de Guayaquil al año 2023

1.3.2. Objetivos Específicos

- Valorar al paciente cefalocaudal, por medio de los patrones funcionales de Marjory Gordon
- Diagnosticar al neonato por medio de la Taxonomía Nanda, Nic y Noc.
- Identificar los factores de riesgo, que comprometan la vida del neonato.
- Ejecutar las acciones de enfermería que garanticen el adecuado tratamiento del neonato.

1.4. LINEA DE INVESTIGACION

En el desarrollo del presente estudio de caso se lleva a cabo bajo la línea de investigación de Salud Humana y en la sublínea de investigación de la salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales. Ya que estas son acordes al caso.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1.MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. Displasia Broncopulmonar

La Displasia Broncopulmonar es una patológica que afecta directamente a los recién nacidos prematuros, es producida por un aumento en la presión del oxígeno originando un desarrollo anormal en los pulmones, la cual desencadena una alteración durante su crecimiento pulmonar, sobre todo se destaca, cuando es el desarrollo de los alveolos debido a las grandes inflamaciones que padece durante esta enfermedad; existen características anatomopatológicas que son por la disminución del número de alveolos y el deterioro en el crecimiento micro vascular y capilar pulmonar (Ramón, 2023).

Desde la antigüedad, la Displasia Broncopulmonar se ha presentado como una enfermedad que afecta a los recién nacidos prematuros, que nacen con una dificultad respiratoria grave y tienen la necesidad del uso de ventilación mecánica, a diferencia de la actualidad, se estima que existe menos frecuencia de recién nacidos que se complique el cuadro clínico, debido a que las unidades de cuidados intensivos cuentan con el conocimiento y la tecnología para implementar cuidados que brinden calidad durante la hospitalización (Soria, 2020).

La Displasia Broncopulmonar es considerada como una patología crónica, ocasionados por la inmadurez de la vía aérea, una de las características es la interrupción en el desarrollo pulmonar distal la cual es generada por lesiones que se dan principalmente en las fases canalicular y sacular del crecimiento pulmonar (Buenrostro, Sánchez, & Juárez, Guía para el tratamiento y seguimiento de los niños de dos meses a 18 años con displasia broncopulmonar, 2019).

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Patología

Para lograr un intercambio de gases efectivo, es necesario tener un área de superficie pulmonar amplia, es decir, un mayor número de alvéolos y vasos sanguíneos y una barrera alvéolo capilar delgada; Estos cambios ocurren durante las últimas etapas, es decir, las etapas sacular y alveolar del desarrollo pulmonar, en las que la septación secundaria y la maduración micro vascular pulmonar distal aumentan el área de superficie y minimizan la distancia entre el aire inspirado y la sangre, respectivamente. En la Displasia Broncopulmonar, se interrumpe esta etapa crítica del desarrollo del pulmón, lo que da como resultado un intercambio gaseoso ineficaz y exige la necesidad de soporte respiratorio mediante ventilación con presión positiva y oxigenoterapia suplementaria (Dr Héctor, 2023).

La detección precoz de Displasia Broncopulmonar es de gran importancia para poder emplear estrategias preventivas frente a la enfermedad. Considerando la escasez de tratamientos eficaces, la Displasia Broncopulmonar supone actualmente un reto que requiere investigación a nivel básico, traslacional y clínico. No todos los recién nacidos prematuros desarrollan la enfermedad, lo que sugiere que además de los factores conocidos, existen otros factores desconocidos relacionados con el desarrollo de la enfermedad (Alvarez, 2019)

2.2.2. Etiología

Es frecuente que los partos prematuros sean de etiología multifactorial, es decir, que no se atribuya simplemente una causa, sino un conjunto de factores de riesgo. Entre los que cabe destacar: existen los factores sociales: en las poblaciones marginales o con escasos recursos económicos hay un riesgo aumentado de parto prematuro, al igual que el consumo de drogas o tabaco; también están los antecedentes obstétricos donde existe

mayor incidencia de parto prematuro en mujeres que ya lo han padecido antes o abortos tanto naturales como inducidos, también la gestación múltiple o la incompetencia cervical son considerados factores de riesgo; La posibilidad de padecer infecciones durante la gestación es una causa común de parto prematuro y de producir lo que se conoce con Síndrome Inflamatorio Fetal, generando secuelas neurológicas y pulmonares relevantes en el niño (Madrigal, 2020)

La clínica se presenta en la madre, teniendo como primer síntoma la fiebre mayor a 37.5°C, puede ayudar con el diagnóstico. También puede presentar dolor abdominal, sensibilidad uterina, líquido amniótico maloliente, pero éste último suele presentarse en un bajo porcentaje. Tienen como sensibilidad entre un 24 – 81% y una especificidad entre el 60 – 99%. Las embarazadas sospechosas deben presentar fiebre con o sin foco infeccioso y si hay confirmación de rotura prematuras de membranas (Limo, 2019)

Los factores de riesgo de los neonatos con bajo peso al nacer están identificados previos al embarazo, durante y después. Se clasifican en factores maternos, fetales o ambientales. En los factores maternos se enfocan en las infecciones, una causa de ellas es la corioamnionitis. Los factores fetales, son los nacimientos prematuros, sobre todo en pacientes que hayan tenido partos con bajo peso al nacer. Una de las consecuencias de que los recién nacidos tengan bajo peso al nacer son las enfermedades crónicas en el transcurso de sus vidas. Debido a su falta de desarrollo pulmonar y por tener un déficit de surfactante los recién nacidos tienen problemas respiratorios, teniendo como tratamiento principal, la oxigenoterapia (Limo, 2019)

2.2.3. Epidemiología

La Displasia Broncopulmonar en los recién nacidos prematuros, se presenta entre un 20 % con ayuda de ventilación mecánica, aunque existe una variación en la prevalencia, estos casos se dan en bebés que su nacimiento es antes de las 30 semanas de edad gestacional y con un peso aproximadamente de 1,200 gramos; Según un estudio realizado en Estados Unidos la incidencia de Displasia Broncopulmonar es de un 68% en lactantes nacidos entre la semana 22 – 28 con un peso de 826 gramos; En estos pacientes neonatales la mortalidad como la Displasia Broncopulmonar se asocian inversamente con la edad gestacional al nacer (Buenrostro, Sánchez, & Juárez)

De acuerdo con la base de datos NIS que examinó más de 9.5 millones de hospitalizaciones neonatales entre 1993 y 2006 reveló que la incidencia de Displasia Broncopulmonar disminuyó 4.3% por año durante este período. Sin embargo, estudios demuestran que la supervivencia de los niños prematuros va en incremento y la prevalencia de la Displasia Broncopulmonar está aumentando; En México, no existe una base de datos nacional y los datos obtenidos por las principales instituciones públicas de salud reflejan un subregistro de esta enfermedad. (Sánchez, 2019)

A nivel mundial, la incidencia de la Displasia Broncopulmonar es observada en estudios de Asia, Europa, Oceanía y América del Norte varía entre el 10 y el 89% en recién nacidos menores de 28 semanas; En la agrupación NEOCOSUR que incluye a varios países de Sudamérica, la incidencia es del 10,7 al 28,2%; y en la red neonatal española SEN1500 es del 8,5 al 25,2%. Las variables que determinan este amplio rango son: la definición adoptada, edad gestacional, peso al nacer, criterios para definir el requerimiento de O₂, las prácticas de cada institución y niveles de complejidad en la atención perinatal, nivel socioeconómico, criterios de alta para recién nacidos prematuros, mortalidad neonatal y su inclusión en los resultados (Linares & Cifuentes, 2023).

2.2.4. Complicaciones de la Displasia Broncopulmonar

Dentro de las posibles complicaciones que pueden presentar los neonatos referentes a la Displasia Broncopulmonar suelen ser problemas en el desarrollo, deficiencia en el crecimiento, hipertensión pulmonar, además de ellos diversos tipos de problemas pulmonares y respiratorios a mediano y largo plazo. Uno de los más severos sería que necesitara un trasplante de pulmón.

Se debe manifestar además que los pulmones en los recién nacidos y sobre todo los prematuros son más propensos a los diversos cambios inflamatorios como efectos secundarios de la ventilación mecánica. Ya que estos interrumpen el desarrollo de la arquitectura pulmonar normal. Por lo que se pueden observar escasez de alveolos y a su vez más grandes. Además de que la vasculatura pulmonar de manera normal se desarrolla. Por lo que además hay una distribución anormal por lo que la resistencia pulmonar se comienza a aumentar y permite el desarrollo de la hipertensión pulmonar. (Lattari Balest, 2021)

2.2.5. Diagnóstico de la Displasia Broncopulmonar

Se sospecha que le displace broncopulmonar al momento de no ser posible retirar el tratamiento con oxígeno o a su vez la ventilación mecánica en el neonato ventilado estos pueden presentar agravamiento tanto de la hipercapnia e hipoxemia por lo que requerirán mayor consumo de oxígeno es por ello que cuando no se retira este tipo de ventilación se deben buscar diversos trastornos de base como por ejemplo suele ser la neumonía que se suele adquirir dentro del ambiente hospitalario. (Lattari Balest, 2021)

Para lograr el diagnóstico de manera asertiva de Displasia Broncopulmonar el neonato debe haber requerido al menos 28 Días de oxígeno de tal forma que haya superado el 21% o a su vez tenga la necesidad continua de mantener el O₂. Por lo que

inicialmente en las radiografías de tórax se muestra lo que es considerado como un velamiento difuso en la cual se puede evidenciar la acumulación de líquido exudativo que a su vez luego se torna multiquístico o posee una similitud a una esponja. Con diversos tipos de zonas alternantes de enfisema punto cicatrización pulmonar y además pero no menos importante la atelectasia.

2.2.6. Tratamiento de la Displasia Broncopulmonar

Dentro de los tratamientos más habituales como profilaxis de la displasia broncopulmonar se utilizan los esteroides prenatales, ya que estos permiten favorecer la reanimación con presión positiva continua en lo que son las vías aéreas por lo que simplemente el uso de vitamina A en las primeras cuatro semanas de vida, además de la cafeína para favorecer la extubación y además reducen significativamente el riesgo de dificultad la displasia broncopulmonar las estrategias pueden involucrar a telectrauma ya que sí hay que usar la ventilación mecánica se disminuyen la lesión inflamatoria y pueden reducir el riesgo de DBP.

Por otra parte, se conoce que el uso de esteroides postnatales o sea en la primera semana de vida de uso temprano mejora la función pulmonar y a su vez reducen los riesgos de DBP, Aunque aumentan el riesgo de sufrir efectos secundarios de forma inmediata y sobre todo como son las secuelas en el neurodesarrollo por lo que en base a esto no está indicado su uso. Con la evidencia actual se conoce que cuando se utilizan dosis bajas de esteroides a partir de la segunda y tercera semana en los casos más severos si mejoran la función pulmonar, Aunque en su mayoría quedan secuelas para el neurodesarrollo.

En general, en estas condiciones, el empleo de frecuencias algo más bajas que en la fase aguda de la enfermedad de membrana hialina y, en los casos de atelectasia, emplear

presión positiva al final de la espiración más altas, incluso con maniobras de reclutamiento, puede permitir abrir zonas de hipoventilación alveolar. En general, la ventilación de alta frecuencia no es de utilidad, dada la inhomogeneidad de la lesión pulmonar subyacente. (Pérez et al., 2019)

2.3. TEORÍA DE MARJORIE GORDON

Dentro de la teoría de Marjorie Gordon se debe manifestar que estaba dirigida tanto al individuo, su familia y también la comunidad. La implementación de este tipo de valoración en los procesos de atención de enfermería es fundamental ya que forman parte de una herramienta para la gestión de los cuidados que estos deben ser estandarizados y sistematizados además de utilizar un lenguaje comprensivo en los cuales se ha podido contribuir al avance en estos últimos años.

Este proceso se basa en diversos elementos básicos en la cual se conoce la información y los cuidados que se van a utilizar de los patrones funcionales de la valoración de Marjorie Gordon mediante el uso de las taxonomías no anda ni No ya que son la base del conocimiento. Además de ellos se debe recordar que la valoración es indispensable en base a las respuestas que pueden presentar los individuos y además los procesos vitales o problemas de salud potenciales que posean junto por lo que para llegar a un diagnóstico adecuado de enfermería se debe aplicar una valoración exhaustiva y a su vez identificar cuál es su patrón alterado para plantear objetivos y a su vez intervenciones a cumplir beneficiando la recuperación del paciente.

La valoración por patrones funcionales de la teorizante Marjory Gordon permite un sin número de beneficios con respecto al proceso ya que estos patrones pueden ser usados independientemente del modelo enfermero que se implemente. Ya que se puede adaptar de manera eficiente a la atención primaria de salud De tal forma que se puede

estructurar y ordenar de manera efectiva la valoración y además facilita la fase de diagnóstico enfermero ya que forma parte de la clasificación de los dominios del Nanda.(D'Hyver, 2018)

2.4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención en enfermería consiste en aplicar el método científico en el ámbito asistencial, lo cual les permite a los profesionales dedicados a la enfermería brindar atención adecuada a los pacientes los cuales necesitan dichos cuidados de forma sistematizada, lógica y rigiéndose a un determinado sistema.

Los cuidados de enfermería se están desarrollando desde hace muchos años atrás y actualmente están determinados por diversos protocolos muy estructurados para que de esta manera exista homogeneidad.

Recordando también que de las etapas que posee los procesos de atención enfermería Contamos con la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación las cuales son fundamentales para lograr de manera asertiva un adecuado diagnóstico de enfermería para cumplir con los objetivos que se planteen para brindar bienestar y Confort al paciente aumentando de manera eficiente mejorías en su estado de salud.(Onofre, 2017)

2.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería se definen como aquellas atenciones que se brindan a los usuarios de forma especializada ya estas sean de manera preventiva o a su vez que se encuentre enferma.(Pacheco & Valadez, 2019)

Además de ello se debe manifestar que el cuidado de los pacientes para el personal de enfermería es esencial ya que estas son actividades que requieren tanto el valor personal y profesional que se encaminan a beneficiar el restablecimiento y autocuidado del paciente por lo que se desarrolla una relación terapéutica entre el paciente y la enfermera.

El cuidado de los pacientes sin duda alguna representa una serie de actos de vida que poseen la finalidad y función de mantener tanto a los seres humanos sanos como enfermos de tal forma que el cuidado es mantener un estado óptimo de salud asegurando la satisfacción de las necesidades de la persona de manera individualizada, familiar y de la comunidad.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

1. Percepción / Manejo de Salud

Neonato se encuentra en unidad de cuidados intensivos neonatal, con acrocianosis y con intubación endotraqueal, con signos vitales: Temperatura 36.5 C°, Presión arterial: 59/26 mmHg, Sat O2: 98% con apoyo de ventilación mecánica. Sus medidas antropométricas son: peso 1.220 gramos, talla: 37 cm, perímetro cefálico: 27 cm, perímetro abdominal: 22 cm, perímetro torácico: 24 cm

2. Nutricional y Metabólico

Al neonato se le administra alimentación por medio de sonda nasogástrica 6ml cada 3 horas,

3. Eliminación

Mediante sonda vesical calibre #16 con bolsa recolectora donde se observa contenido color claro y eliminaciones de heces sin alteraciones, también se realiza balance hídrico para controlar ingresos y egresos.

4. Actividad / Ejercicio

Se observa al neonato sin alteraciones

5. Sueño / Descanso

Neonato se encuentra bajo sedación por intubación endotraqueal

6. Cognitivo / Perceptual

No presenta alteraciones.

7. Autocontrol / Auto concepto

No aplica para su edad.

8. Rol y Relaciones

Neonato recibe los cuidados por parte de su madre a la hora de la alimentación y cuando le permiten brindarle apego materno.

9. Sexualidad / Reproducción

Genitales correctamente implantados.

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés

No aplica

11. Valores y Creencias

No aplica

3.1.1. PATRONES ALTERADOS

- Percepción/ Manejo de Salud
- Nutricional y Metabólico
- Eliminación

3.2. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ENFERMERO

00078 gestión ineficaz de la salud – R/C: Régimen terapéutico complejo E/P:
Conocimiento insuficiente, dificultad con régimen terapéutico.

00103 Deterioro de la deglución – R/C prematuridad, enfermedad respiratoria
E/P: intubación endotraqueal, sonda nasogástrica.

(00032) Patrón Respiratorio Ineficaz – R/C Patrón respiratorio anormal E/P:
aleteo nasal, acrocianosis, tiraje intercostal marcado, quejidos

3.3. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y definitivo

3.3.1. Diagnóstico Presuntivo

Mediante la implementación de exploración física y los datos subjetivos medico realiza el diagnóstico de neumonía.

3.3.2. Diagnóstico Definitivo

Luego de la implementación de exámenes complementarios y de imagenología médico brinda el diagnóstico de Displasia Broncopulmonar.

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

Culminada la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y con los datos que se obtuvieron durante la investigación se pudo diferenciar cuáles eran los patrones que se encontraban alterados y así poder enfocarnos en implementar los cuidados necesarios para restablecer la salud del neonato.

NANDA: 00032
NOC: 0415
NIC: 3350

Imagen 1
Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)

Dx: Patrón Respiratorio Ineficaz (00032)

R/C: Patrón respiratorio anormal

E/P: aleteo nasal, tiraje intercostal marcado, quejidos

Dominio: Salud fisiológica

Clase: (E) Cardiopulmonar

Etiqueta: (0415) Estado respiratorio:
Ventilación

Campo: Fisiológico Complejo

Clase: (K) Control respiratorio

Etiqueta: 3350 Monitorización respiratoria

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041501: frecuencia respiratoria		x			
041502: ritmo respiratorio			x		
041503: Profundidad de la respiración			x		
041532: Vías aéreas permeables			x		

ACTIVIDADES

1. Control de signos vitales.
2. Proporcionar el oxígeno necesario.
3. Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.
4. Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.
5. Suscitar ruidos cardiacos
6. Vigilar si se producen secreciones nasales.

Imagen 2

Dx: Gestión ineficaz de la salud 00078

NANDA: 00078
NOC: 0117
NIC: 6826

Dx: Gestión ineficaz de la salud 00078

R/C: Edad gestacional pretérmino

E/P: Conocimiento insuficiente, dificultad con régimen terapéutico.

Dominio: Salud funcional

Clase: B. crecimiento y desarrollo

Etiqueta: 0117 Adaptación del prematuro

Campo: Familia

Clase: w Cuidados de un nuevo Bebé

Etiqueta: Cuidados del lactante prematuro

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Índice de edad gestacional	x		x		
Tolerancia alimentaria		x	x		
Saturación de oxígeno	X		x		
Termorregulación		x	x		

ACTIVIDADES

1. Control de balance hídrico
2. Monitorizar signos vitales constantes
3. Administración de medicación prescrita
4. Monitorizar estímulos en el menor
5. Crear un plan de actividades individualizado y beneficioso para el neonato.

M
E
T
A
S

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

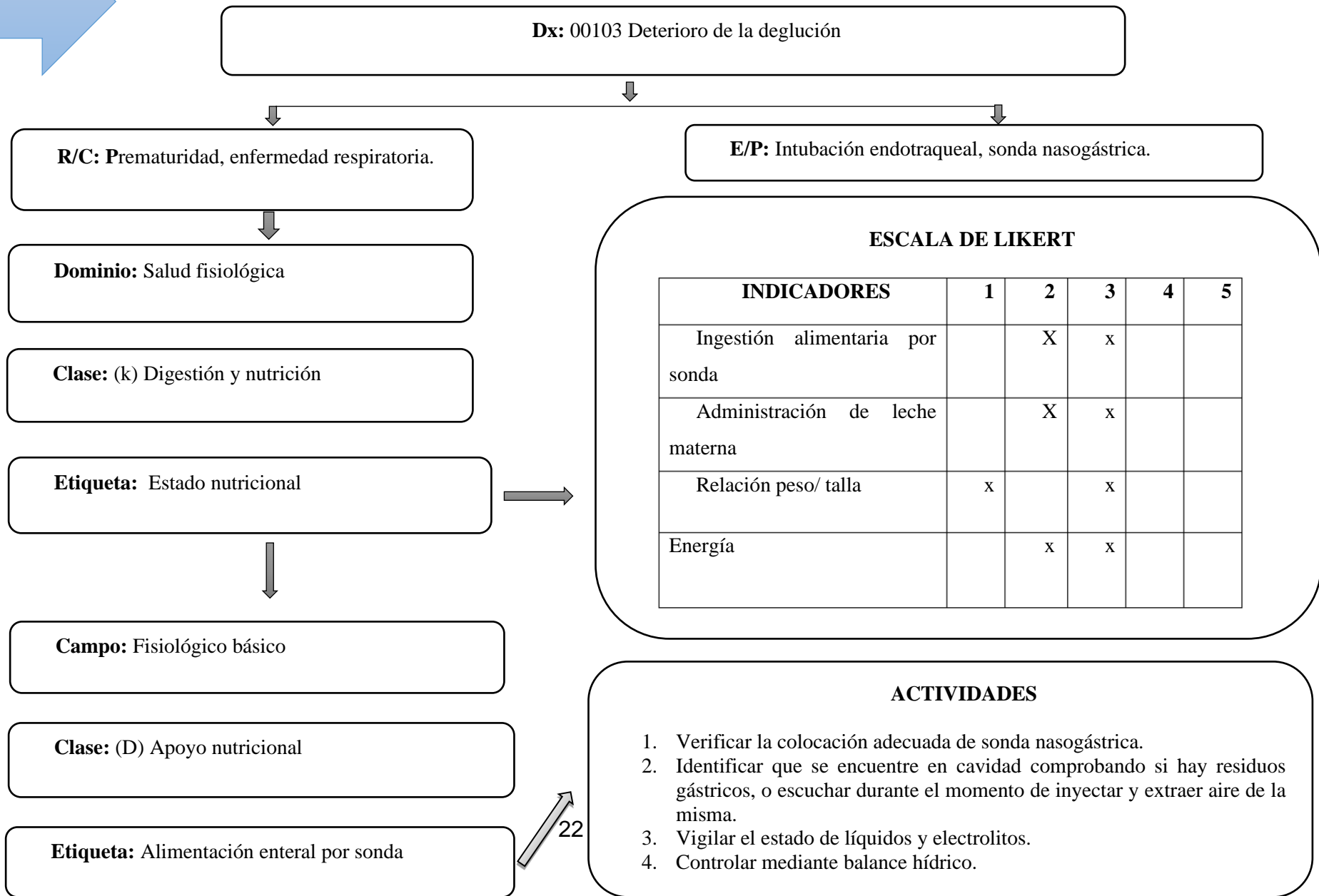
NANDA: 00103
NOC: 1004
NIC: 1056

M
E
T
A
S

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

Imagen 3

Dx: 00103 Deterioro de la deglución



CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. SEGUIMIENTO

4.1.1. Día 15 de mayo del 2023

Recibo neonato de un día de vida pre terminó masculino de 28 semanas obtenido por cesárea de emergencia podálico en condición clínica crítica, al momento bajo efecto de sedación, luce normo perfundido. con antecedentes de rompimiento prematuro de membranas gestacional con exámenes de laboratorio pendientes ya que muestras han sido coaguladas. Tórax simétrico, con ruidos cardíacos rítmicos, al momento con presencia de tiraje intercostal marcado, quejidos respiratorios, abdomen blando depresible pendiente nutrición para enteral, vía umbilical permeable pasando medicación prescrita por el médico. Con diuresis mediante sonda vesical, ano permeable. Extremidades simétricas no presenta adenopatías. Quedando en el área de atención inmediata del recién nacido.

4.1.2. Día 21 de mayo del 2023

Recibo neonato de sexo masculino de 7 días de nacido con peso actual de 1255gramos, con signos vitales de frecuencia cardíaca 158 latidos por minuto, frecuencia respiratoria por ventilación mecánica, presión arterial 95/ 76 mmHg. Temperatura 36,3 grados centígrados. Al momento se encuentra en condiciones clínicas críticas bajo efecto de sedación, luz enorme perfundido con ictericia en zona II de kreimer, combina umbilical permeable, tolerando alimentación trófica como abdomen blando, recibiendo primer esquema antibiótico de dosis de neuroinfección por antecedentes con rompimiento prematuro de membrana. Diuresis mediante Sonda vesical, Ano permeable. Extremidades sin signos de edematización. Queda el paciente en el área de atención inmediata del recién nacido con altas posibilidades de mortalidad y complicaciones propias de la prematurez y sepsis clínica.

4.1.3. Día 7 de junio del 2023.

Recibo neonato de 24 días de vida de sexo masculino al momento hospitalizado con un peso de 1550g, al examen físico cabeza en normocefálica, cuello sin presencia de adenopatías, tórax simétrico con frecuencia cardíaca 142 latidos por minuto continúa con frecuencia respiratoria por ventilación mecánica con presión arterial 52/26. Sat al 94%. Con abdomen blando depresible se identifican vía umbilical permeable pasando medicación prescrita por el médico, se controla diuresis mediante Sonda vesical. Ano permeable y extremidades sin presencia de edematización. Paciente posee complicaciones propias a su prematurez y sepsis clínica. Se le brindan cuidados de enfermería control de signos vitales, cambios posturales, higiene y Confort, administración de medicación prescrita por el médico, quedando en el área bajo el cuidado del personal de turno.

4.2. OBSERVACIONES

Luego de la implementación de todas y cada una de las acciones de enfermería que se han implementado se debe manifestar que se ha logrado cumplir con las intervenciones implementadas y a su vez realizar los cuidados de Sonda nasogástrica, Sonda vesical, llevar un exhaustivo control de balance hídrico punto y a su vez se ha logrado administrar la medicación prescrita por el médico para beneficio de la salud del paciente. Además de ello se ha evidenciado el incremento de peso por peso por parte del neonato prematuro.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es importante manifestar que dentro de las actividades que se llevaron a cabo en el presente caso clínica el paciente obtenido por cesárea podálico de sexo masculino de 28 semanas de gestación, ha presentado una evolución beneficiosa, por lo que gracias a las intervenciones de enfermería que se han aplicado se puede manifestar que al realizar un control de balance hídrico se pudo determinar el estado de salud del paciente de tal forma que se identifica si el balance diario es positivo o negativo y en base a ellos se realizan las siguientes intervenciones.

También se debe manifestar que por otra parte referente a la edad gestacional que posee el neonato es pretérmino por lo que se tomaron diversas medidas entre las más influyentes es la intubación que al inicio presentaba dificultad a la adaptación de la intubación por lo que presentaba tiraje intercostal marcado luego de las intervenciones tanto del personal de terapia respiratoria y enfermería logró adaptarse.

También se debe manifestar que debido a su prematuridad había un deterioro de la nutrición por lo que se implementó la alimentación enteral por Sonda de tal forma que se identificaba de manera constante si esta permanecía en la cavidad comprobándola mediante la observación de residuos gástricos en la sonda. Gracias a ello durante los primeros 24 días de nacido pudo aumentar de peso.

En base a esto podemos indicar que la aplicación de los procesos de atención de enfermería en el neonato permitió mejorar su estado de salud por lo que se encuentra actualmente estable y su estado de salud tiene un pronóstico positivo.

CAPÍTULO 5

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se concluye manifestando que al aplicar el proceso de atención enfermería en el neonato de 28 semanas con diagnóstico médico de displasia pulmonar que fue atendido en el Hospital Universitario de Guayaquil en el presente año mejoró de manera positiva su estado de salud por lo que permitió que el mismo pueda aumentar su peso y a su vez de disminuir las sintomatologías presentadas con respecto a su estado respiratorio.
- También se logró valorar al paciente de manera efectiva y se pudo identificar los patrones funcionales según la valoración de Marjory Gordon, además de ello se llegó a un diagnóstico adecuado mediante el uso de las taxonomías Nanda, Nic y Noc. Finalmente se pudieron identificar los factores de riesgos que se pueden presentar en la vida del neonato
- Finalmente, y no menos importante Se realizaron planes de cuidado acorde a la necesidad del neonato y a su vez se ejecutaron dichas acciones de enfermería que lograron garantizar al adecuado tratamiento del neonato permitiendo así mejorar su estado de salud.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar una adecuada valoración para implementar los procesos de atención en enfermería basados en la sintomatología que presenta el paciente.
- Además de ello se debe implementar las intervenciones de enfermería que se consideren beneficiosas para el paciente de tal forma que se brinde calidad y Confort al usuario.
- Tomar en consideración que los procesos de atención de enfermería son efectivos si las intervenciones van dirigidas a la necesidad del paciente y estas pueden aumentar las posibilidades de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, F. M. (2019). Displasia Broncopulmonar: Impacto económico, factores de riesgo, diagnóstico precoz y estrategias innovadoras para prevención y tratamiento.
- Buenrostro, G. A., Sánchez, M. Y., & Juárez, O. C. (2019). Guía para el tratamiento y seguimiento de los niños de dos meses a 18 años con displasia broncopulmonar. *Neumología y cirugía del tórax*, 78(4). doi:dx.doi.org/10.35366/NT194G
- Buenrostro, G. A., Sánchez, M. Y., & Juárez, O. C. (2019). Guía para tratamiento y seguimiento de los niños de dos meses a 18 años con Displasia Broncopulmonar. *Neumología y cirugía del tórax*, 78(4). doi:dx.doi.org/10.35366/NT194G
- Carrillo, F. J., Guevara, S. S., & Mendoza, R. D. (2021). Displasia broncopulmonar y su relación con los cuidados respiratorios en prematuros menores de 32 semanas en una unidad neonatal, Bogotá 2017. *Médicas UIS*, 34(2), 41 - 7. doi:doi.org/10.18273/revmed.v34n2-2021004
- Chiriboga, B. E., & Merchán, R. S. (Mayo de 2023). Obtenido de Intervenciones de Enfermería en Displasia Broncopulmonar Neonatal: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/14136>
- Cruz, R. S. (2023). Tratamiento con cafeína y su influencia en el desarrollo de displasia broncopulmonar en recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer.
- Dr Héctor, H. R. (2023). Seguimiento del paciente con displasia broncopulmonar. Colegio Mexicano de Neumólogos Pediatras, A.C.
- Limo, Z. O. (2019). Corioamnionitis como factor de riesgo de displasia broncopulmonar en prematuros menor de 1500 gramos en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2014 – 2019.
- Linares, M., & Cifuentes, J. (2023). Caracterización de la displasia broncopulmonar según dos definiciones en prematuros chilenos. *revista Chil Enferm Respir*, 39, 144 - 151.

- Madrigal, F. M. (2020). Abordaje de la displasia broncopulmonar en neonatos prematuros.
- Ramón, E. K. (2023). Actualización en el Tratamiento de la Displasia Broncopulmonar en Neonatos mediante una Revisión Bibliográfica.
- Sánchez, M. Y. (2019). Guía displasia broncopulmonar. Neumonía y cirugía del tórax.
- Soria, R. M. (2020). Displasia broncopulmonar: bases fisiopatológicas para la planificación del cuidado. enfermería neonatal , 34, 17 - 26.
- Villareal, C. D. (2020). Sepsis Neonatal Precoz como Factor de Riesgo de Displasia Broncopulmonar.
- Zavaleta, G. F., Concepción, U. L., Concepción, Z. M., & Aguilar, V. D. (2019). Factores de riesgo y displasia broncopulmonar en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. Revista cubana de Pediatría, 91(1).
- D'Hyver, C. (2018, abril 3). Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Yo Amo Enfermería Blog. <https://yoamoenfermeriablog.com/2018/04/03/patrones-funcionales-marjory-gordon/>
- Lattari Balest, A. (2021, julio). Displasia broncopulmonar—Pediatría. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/displasia-broncopulmonar-dbp>
- Onofre, D. (2017, febrero 6). Proceso de atención de enfermería: Concepto y etapas. VIU España. <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>
- Pacheco, G., & Valadez, A. (2019, julio 12). Tipos de cuidados de Enfermería—Cursos online | Euroinnova. Euroinnova Business School. <https://www.euroinnova.ec/blog/tipos-de-cuidados-de-enfermeria>

Pérez, J., Elorza, D., & Sánchez, A. M. (2019). Displasia broncopulmonar. *Anales de Pediatría Continuada*, 7(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(09\)70444-5](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(09)70444-5)

ANEXOS

Imagen 4

Administración de medicamento



Elaborado por: Borja F.,2023

Imagen 5

Reporte de enfermería



Elaborado por: Borja F.,2023

Imagen 6

Higiene y Confort



Elaborado por: Borja F.,2023

Imagen 7

Ficha de Evolución clínica

1 EVOLUCION		2 PRESCRIPCIONES	
FEBRERO	FEBRERO	FARMACOTERAPIA E INDICACIONES PARA EXTENSIÓN Y/O TERAPIA	ASISTENTE FARMACIA Y/O TRAM
<p>19/05/2023 12:44</p> <p><i>30/05/23 6:00 45 mg/dl Dulcero 2,5u Dulcero de mucosa bucal 16 65mg/10ml</i></p> <p><i>Dra. Verónica Roseto Arce pediatra Registro Sanitario 116 Lima y Fuz 2011</i></p>	<p>NOTAS DE EVOLUCION</p> <p>LIBERACIÓN HOSPITALIZACIÓN</p> <p>19 MAYO 23 DR JAVIER PEREZ DURAN —FECHA DE NACIMIENTO: 14/05/23 — 12:48 PM —FECHA DE INGRESO: 14/05/2023 — 17:00</p> <p>ANTROPOMETRIA PESO 1.220 GRAMOS - TALLA 37 CM - PC: 27 CM - PT: 24 CM - PA 23 CM —EDAD: 28 DÍAS —AFDAR: 8/78 - X GEBAREA —SEXO: MASCULINO —EDAD: 8 DIAS —PESO 1520 GRAMOS 18 MAYO 23 SIGNOS VITALES INGRESO: T 35.8°C FC 142 LPM PA 88/38 (PAM 38), SAT 98% —VIA UMBILICAL 15/4/2023 —SURFACTANTE PULMONAR 14/05/23 — 14:00 —DIAGNOSTICO: 1. OTRAS</p> <p>1. DOSIS DE 8ML</p> <p>DIFICULTADES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO P22.8 2. INMADURIDAD EXTREMA P07.2 3. FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS P01.1</p> <p>— CULTIVO HEMOCULTIVO 17 MAYO PENDIENTE RESULTADOS</p> <p>LABORATORIO GASOMETRIA 19 MAYO 23 PH 7.48 PCO2 11 PO2 133 BICARBONATO 8.8 HC 14 MAYO 23 LEU 15.87 - HTC 43.5 HB 16.4 PLAQ 238 MEU 71 LNF 18 SFILUS NEGA GRUPO SANGUINEO RN A POSITIVO</p> <p>— IMAGENES ECO CEREBRO 18 MAYO VENTRICULOMEGALIA LEVE SISTEMA VENTRICULAR CENTRAL DILATADO EN ESPESA ASTA ANTERIORES INDICE EVAMS 0.32 ECO CARDIOGRAMA 15. MAYO 23 NORMAL —ANTECEDENTES PRENATALES MADRE DE 34 AÑOS, O5 A2, P3, CO, FUM. 28/10/2022 # 6 CONTROLES PRENATALES 3 EN SUBCENTRO DE SALUD DE VINCES 3 PARTICULAR, REFIERE INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE TRATADAS Y CURADAS RECIBIO DOSIS DE MADURACION PULMONAR COMPLETA, DG EMBARAZO DE 28 SEMANAS + RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE 3 DIAS + OLIGOHIDRAMNIO —ANTECEDENTES NATALES: NEONATO PRETERMO MASCULINO DE 28 SEMANAS POR CESAREA DE EMERGENCIA PODALICO VALORADO EN 28 SEMANAS CON APGAR 8/78. —SUBJETIVO EN CONDICION CLINICA CRITICA, AL MOMENTO BAJO EFECTO DE SEDACION, LUCE NORMOPERFUNDIDO PLETORICO, CON VIA UMBILICAL PERMEABLE, TET CON FUGA POR LO QUE SE PROCEDE A REINTUBACION CAMBIANDO A TET 3 FJADO EN 7.5CM, EN AYUNO CON ABDOMEN BLANDO, PENDIENTE NUTRICION PARENTERAL, PRIMER ESQUEMA ANTIBIOTICO A DOSIS DE NEUROINFECCION POR ANTECEDENTES CON RPM, EDAD GESTACIONAL, PENDIENTE EXAMENES DE LABORATORIO YA QUE MUESTRAS HAN SIDO COAGULADAS. —OBJETIVO —NEUROLOGICO BAJO EFECTO DE SEDACION CON INFUSION DE FENTANIL, SE PALPA FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, AMPLIA, ECO CEREBRO 18 MAYO 23 VENTRICULOMEGALIA LEVE —RESPIRATORIO EN VENTILACION MECANICA AID ADOPLADO, SE HAN COLOCADO 1. DOSIS DE SURFACTANTE A 4ML/KG, OXIMAS 98% SE AUSCULTA ENTRADA REGULAR DE AIRE BILATERAL TET CON FUGA POR LO QUE SE PROCEDE A REINTUBACION CAMBIANDO A TET 3 FJADO EN 7.5CM, RX TORAX PREVIO A INGRESO HOY CON 7 ESPACIOS INTERCOSTALES, RADIOLOGUEZ BILATERAL TET EN 3ER ESPACIO INTERCOSTAL, SILUETA CARDIACA ACORDE, VIA UMBILICAL SOBRE BORDE HEPATICO, ESCAGO AIRE INTESTINAL GASOMETRIA PENDIENTE —HEMODYNAMICO: GLUCOSA DE 141MG/DL, SE REAJUSTAN LIQUIDOS INTRAVENOSOS, ECO CARDIOGRAMA PENDIENTE, BALANCE HIDRICO POSITIVO, URESIS PRESENTE, CON PRESION ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA ACORDE, SIN REQUERIMIENTO DE AMNIAS —DIGESTIVO: SE MANTIENE EN AYUNO CON ABDOMEN BLANDO, PENDIENTE NUTRICION PARENTERAL, INFECCIOSO, PRIMER ESQUEMA ANTIBIOTICO A DOSIS DE NEUROINFECCION POR ANTECEDENTES, EDAD GESTACIONAL, EN VIGILANCIA DE SIGNOS DE SIRS, PENDIENTE HEMOCULTIVO 17 MAYO PENDIENTE RESULTADOS —ANALISIS: NEONATO CRITICO, CON ALTAS POSIBILIDADES DE MORTALIDAD Y COMPLICACIONES PROPIAS A SU PREMATUREZ Y SEPSIS CLINICA, FAMILIAR CONOCE ESTADO CLINICO, ACTUALMENTE EN DESTETE DE FENTANIL MARANA AL MANEGER DESCONTINUADO LA SEDACION. —PLAN: FOTOTERAPIA + PROTECCION OCULAR Y GENITAL CONTINUAR, LT. 110 ML/KG/DIA CALOSTRO 3 CC CADA 4 HORA HEMOCULTIVO X 2 PENDIENTE 17MAYO 23 PENDIENTE RESULTADOS INFORMACION A FAMILIAR.</p>	<p>19 MAYO 23 DR JAVIER PEREZ DURAN</p> <p>1. MEDICIONES GENERALES</p> <p>MONITORIZACION CONTINUA</p> <p>CUIDADOS DE ENFERMERIA</p> <p>CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 4 HORAS</p> <p>BALANCE HIDRICO Y METABOLICO ESTRICTO</p> <p>CADA TURNO</p> <p>CUMPLIR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD</p> <p>PROMOVER HIGIENE DE MANOS</p> <p>CAMBIO POSTURALES CADA 2 HORAS PARA EVITAR ULCERAS POR PRESION</p> <p>CUIDADOS DE VIA UMBILICAL</p> <p>NDO DE CONTENCION</p> <p>2. NEUROLOGICO:</p> <p>FOTOTERAPIA + PROTECCION OCULAR Y GENITAL</p> <p>FENTANIL 5 ML + CLORURO DE SODIO AL 0.9% 4 ML PASAR IV A 0.5 ML/H, TARDE EL FENTANIL SE LO BAJA 0.3 CC/ HORA Y EN LA NOCHE DESCONTINUAR EL FENTANIL</p> <p>FENTANIL DECONTINUADO</p> <p>3. RESPIRATORIO</p> <p>CAMBIAR DE MODO A SIMV AL AMANECER</p> <p>VENTILACION MECANICA MODO SIPPV PEEP 5 PIP 15, TI 0.35 FRECUENCIA 45, FIO2 60%</p> <p>MANEJO DINAMICO DE LA VENTILACION</p> <p>NO ASPIRAR SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL</p> <p>4. DIGESTIVO</p> <p>CALOSTRO 7 CC CADA 4 HORA</p> <p>VIGILAR SIGNOS DE ALARMA ABDOMINAL CABECERA ELEVADA</p> <p>5. HEMODYNAMICO</p> <p>LT: 120 ML/KG/DIA</p> <p>DEXTROSA AL 10 % 100 ML CL NA 2 CC + CL K 1 CC</p> <p>PASAR INTRAVENOSO A 4 MILITROS / HORA</p> <p>IG. 5.1 MCG/KG/MIN</p> <p>6. INFECCIOSO</p> <p>JAMPICILINA 240 MG IV CADA 12 HORAS (4DIAS)</p> <p>GENTAMICINA 5.4 MG IV CADA 48 HORAS (2 DIAS) 18 MAYO 23</p> <p>7. SOPORTE</p> <p>GLUCONATO DE CALCIO 1.2 ML + 1.2 ML DE AGUA DESTILADA PASAR INTRAVENOSO LENTO CADA 8 HORAS</p> <p>VITAMINA K 1 MILIGRAMO INTRAVENOSO CADA 8 HORAS</p> <p>OLIGOELEMENTOS 5 MILITRO INTRAVENOSO CADA DIA</p> <p>VITAMINA C 0.5 MILITRO INTRAVENOSO CADA DIA</p> <p>COMPLEJO B 0.5 MILITRO INTRAVENOSO CADA DIA</p> <p>ACIDO TRANEXAMICO 12 MG IV CADA 12 HORAS</p> <p>ACTELCISTEINA 12 MG IV CADA 8 HORAS</p> <p>8. PLAN</p> <p>GLUCEMIA CADA 12 HORAS</p> <p>HEMOCULTIVO X 2 PENDIENTE SE REALIZO 17 MAYO 23</p> <p>INFORMACION A FAMILIAR</p>	<p><i>Lic. Gabriel Anselmo Galvarino Moya ENFERMERO PROFESIONAL C.U. 10000111704</i></p> <p><i>Dr. Javier Ricardo Pérez Durán PEDIATRA NEONATOLOGO C.U. 001220044</i></p> <p><i>Revisado 19/05/23 Lic. Gabriela Alejandra Jara Trevalada ENFERMERO PROFESIONAL 0930562160</i></p>
<p>Dr(a). PEREZ DURAN JAVIER RICARDO NEONATOLOGO(A)</p>		<p>Dr. Javier Ricardo Pérez Durán PEDIATRA NEONATOLOGO C.U. 001220044</p>	

Elaborado por: Borja F., 2023