



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXÁMEN COMPLETIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**

AUTOR

ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA

TUTORA:

LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018- 2019



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



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. DIAZ BARZOLA ALEX ENRIQUE. MSC

DECANA O DELEGADO (A)

LCDA. HINOJOSA GUERRERO MARILU MERCEDES

**COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

LCDA. ESTRADA CONCHA TANIA ISABEL. MSC

**COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO**

ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELÁ

**SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





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



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **Grey Marilú Andrade Tacuri**, en calidad de tutor(a) del Caso Clínico de la dimensión practica del Examen Complexivo con el tema: **Desarrollo Del Proceso De Atención De Enfermería En Paciente Neonato Con Síndrome De Distress Respiratorio**, elaborado por el(la) estudiante **Roxanna María González Espinoza**, de la Carrera de Enfermería , Escuela de Salud y Bienestar, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de abril del año 2019

FIRMA

Lcda. Grey Marilú Andrade Tacuri Mgs

1202072201



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Caso Clínico titulado:

**Desarrollo Del Proceso De Atención De Enfermería En Paciente Neonato Con
Síndrome De Distress Respiratorio.**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Examen Complexivo (dimensión práctica) para optar por el grado académico de Licenciado (a) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autor(a) Roxanna María González Espinoza

C.I: 1206429357

Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



INFORME FINAL DEL SISTEMA DE URKUND

URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document: caso clinico roxanna gonzalez 1.docx (D50237261)
Submitted: 4/5/2019 1:27:00 PM
Submitted By: loterot@utb.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Lcda. Grey Marilú Andrade Tacuri Mgs
1202072201
Docente tutor

Roxanna María González
Espinoza
1206429357
Alumna

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO	DESARROLLO
DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	I
RESUMEN.....	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	IV-V
I. MARCO TEÓRICO.....	1-8
1.1 JUSTIFICACIÓN	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	11-12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	12
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	12-13
2.3.1 Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjory Gordon).	14-15
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17-18
2.6.1 Terapéutica aplicada en paciente con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio neonatal.	19
2.6.2 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	19-22
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	23
2.7.1 Modelo de adaptación de Callista Roy	23
2.7.2 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	23-24
2.8 Seguimiento.	25
2.8.1 El seguimiento al paciente se evaluó mediante.....	26-27
2.9 Observaciones.....	28
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo académico:

A Dios, pilar fundamental de mi vida profesional y cotidiana.

A mis padres cultivadores de mis valores y luz en mi camino.

A mis hermanos que creyeron en mi éxito.

A mis hijos motores de mi día a día y parte de mi gran inspiración.

A mi esposo, compañero de vida y ayuda idónea.

A mis grandes amigos Jessica Ramírez, Bryan Cárdenas, Jessica Tapia, que demostraron su apoyo incondicional y amistad sincera.

A todos ellos que confiaron en mi metamorfosis a nivel personal y profesional Dios me los bendiga.

“La atención constante de una buena enfermera es tan importante como la mejor operación de un cirujano”.

Dag Hammasrskjold.

Roxanna González Espinoza.

AGRADECIMIENTO

La autora expresa sus más sinceros agradecimientos a:

Dios, creador del universo por proveer la sabiduría necesaria.

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, por tan valiosa acogida durante el año de internado rotativo, por lo aprendido y enriquecimiento de los conocimientos con la ayuda del profesional equipo de salud.

Alma Mater, Universidad Técnica de Babahoyo, por su valioso aporte en la formación académica y profesional.

Lcda. Grey Andrade T. Mgs, guía del caso clínico por su acertada dirección, valiosas observaciones y dedicación para la elaboración de este trabajo académico.

Docentes y grandes profesionales, que construyeron cada peldaño para lograr alcanzar el éxito de ayer de hoy y del mañana.

Roxanna González Espinoza

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**

RESUMEN

Coto Cotallo GD, L. S. (2018) Describe: El término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, consistente de forma genérica en aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal. En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Para el diagnóstico suele ser de gran ayuda con frecuencia definitiva, el estudio radiológico del tórax, en relación con los antecedentes y la exploración clínica.

Se describe con las pautas anteriores y de gran importancia el caso clínico que se desarrolla en todo el trabajo académico expuesto, de un paciente recién nacido pretérmino (RNPT) de sexo femenino de 34 semanas de edad gestacional (EG), los antecedentes maternos se describen como producto de la gesta uno, madre inicia con control prenatal en el quinto mes de gestación, cursa con infección en las vías urinarias (IVU) y evoluciona con ruptura prematura de membrana, parto por cesárea con un Apgar de al nacimiento de 8/10 1', 7/10. 5'

Ingresa al área de Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), por presentar cuadro clínico característico del síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR), evaluado mediante los test, escalas Verificando patrones alterados y constantes vitales que se presentan en rangos no adecuados para la salud del neonato, teniendo como resultado el mejoramiento de la clínica de paciente mediante la evaluación, valoración de la signo sintomatología presente y la aplicación correcta de la triada NANDA NIC Y NOC.

PALABRAS CLAVES

DISTRES RESPIRATORIO NEONATAL, DEFICIT DE SURFACTANTE MORTALIDAD NEONATAL, EDAD GESTACIONAL, PESO BAJO

ABSTRACT

Coto Cotallo GD, LS (2018) Describe, the term respiratory distress (RD) is synonymous with respiratory distress and comprises a series of pathological entities that manifest with predominantly respiratory symptoms, consisting, in a generic way, in nasal flaring, subjection intercostal, xiphoid retraction and thoraco-abdominal wobble. Overall, this pathology is the most frequent cause of neonatal morbidity and mortality and its severity will be related to the etiological cause and the impact it has on blood gases. For the diagnosis, the radiological study of the thorax is usually helpful, with definite frequency, in relation to the antecedents and the clinical exploration.

The clinical case that is developed in all the work carried out in a preterm newborn (NBPT) female patient of 34 weeks of gestational age (GA), the maternal history is described with the previous guidelines and great importance. use as a result of the gestate one, mother initiates with prenatal control in the fifth month of gestation, courses with infection in the urinary tract (UTI), evolution with premature rupture of the membrane, cesarean delivery with Apgar at birth of 8/10 1', 7/10. 5'

The patient was admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), due to the characteristic clinical picture of neonatal respiratory distraction syndrome (RDS), evaluated by means of the test, scales, verifying altered patterns and vital signs that appear in a range of not the health of the newborn, resulting in the improvement of the patient's clinic through evaluation, the assessment of the present symptomatology and the correct application of the NANDA NIC AND NOC triad.

KEYWORDS

NEONATAL RESPIRATORY DISTRES, SURFACTANT DEFICIT, NEONATAL MORTALITY, GESTATIONAL AGE, LOW WEIG

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dificultad Respiratorio (SDR) (déficit de surfactante) se relaciona con el parto prematuro, pero también con cierta predisposición familiar. Así, un niño prematuro que ha tenido un hermano prematuro con SDR tendrá 14 veces más posibilidades de presentar SDR que si el hermano hubiese sido solamente prematuro, pero sin SDR. Sin embargo, en la actualidad no existe clara evidencia que demuestre una predisposición genética en la SDR. El antecedente de un parto prematuro o de muerte perinatal duplica o triplica el riesgo de ambos en los embarazos subsiguientes. El riesgo disminuye significativamente para otros embarazos si se ha producido un parto de término después de un parto prematuro. (Sola,2011, p.832)

Epidemiología

MSP (2015), en su GPC 2016 da a conocer, En el Ecuador, la población estimada para el 2014 es de 16 millones, en promedio hay 300.000 nacimientos al año. La patología neonatal y su morbilidad asociada es la responsable de al menos el 60% de muertes en menores de un año. Se estima que cerca del 70% de las defunciones de menores de 28 días ocurre en la primera semana de vida. Los recién nacidos (RN) de muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos), representan el 1% del total de nacimientos que representa el 40% de la mortalidad infantil. La Enfermedad de Membrana Hialina, afecta aproximadamente al 60% de los niños menores de 1.500 g, aumenta su incidencia en las edades gestacionales menores. Así, el riesgo es más alto en recién nacidos prematuros extremos como se demostró en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano de la Red de Investigación Neonatal que encontró una incidencia del 93% en una cohorte de 9575 prematuros (edad gestacional de 28 semanas o menos) nacidos entre el 2003 y 2007

Aunque la incidencia disminuye en prematuros tardíos, todavía se presenta en un número significativo, entre el 10.5 y 0.3% de recién nacidos entre las 34 y 37 semanas de edad gestacional. (p.12)

El presente trabajo académico se desarrolló mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería con el adecuado manejo para el mejoramiento de la mecánica respiratoria y la disminución de riesgos a futuro. Así se brindan cuidados que aportan estabilidad y confort, que son base importante dentro de los patrones que se ven afectados.

I. MARCO TEÓRICO

El adecuado funcionamiento del sistema respiratorio en los primeros minutos de vida del recién nacido (RN) es fundamental para su supervivencia. Durante la vida fetal, el intercambio gaseoso es efectuado por la placenta. Sin embargo, en el momento del nacimiento, el pulmón debe realizar el intercambio de gases para asegurar la supervivencia del neonato. (Sola 2011, p.809)

El síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR) o también llamada enfermedad de la membrana hialina (EMH) está caracterizada por la deficiencia de surfactante, la cual provoca el colapso de los alveolos de forma progresiva, lo que resulta en el aumento del requerimiento de oxígeno y con ello la dificultad respiratoria, su incidencia aumenta según la edad gestacional y con bajo peso al nacer siendo así mayor al 70% de los menores de 28 semanas de EG y a menos del 4 % de los mayores de 37 semanas de EG. Clínicamente se presenta al nacimiento o poco tiempo después con polipnea, taquipnea y dificultad respiratoria progresiva que amerita el uso de oxígeno.

Embriología y fisiología del aparato respiratorio:

Sellan y Vázquez (2017) Describe: El desarrollo del sistema respiratorio del feto se divide en cuatro etapas de maduración posterior al periodo embrionario clasificadas en:

- **periodo pseudoglandular:** De la 5ta, a la 17ava SEG. se crean los tubos conductores y aparece el cartílago de la tráquea y los bronquios.
- **Periodo canalicular:** Comprende desde la 17ava, a la 24 SEG se forman las unidades acinares que se encargaran del intercambio gaseoso también se crea la célula productora del surfactante.
- **Periodos de sacos terminales:** Abarca de la 24 a la 37 SEG. Aumenta la cantidad de líquido surfactante, la superficie de intercambio gaseoso y el tamaño de los pulmones

- **Periodo alveolar:** De la 37 SEG en adelante. Continúa la proliferación y el desarrollo de los alveolos (p.85)

Etiología:

Es de gran importancia comprender el origen de esta patología para con ello evitar la gravedad de la misma es así que Sola (2011) refiere: “Síndrome de dificultad respiratoria es originado por insuficiente cantidad de surfactante pulmonar, ya sea por déficit de producción o por inactivación”. (p.809), lo que provoca el colapso de los alveolos y evita el buen funcionamiento de la mecánica respiratoria.

Fisiopatología:

Al existir una disminución de surfactante, se produce un aumento de la tensión superficial en la interfase aire/líquido con una tendencia al colapso alveolar. Como consecuencia se produce un aumento de la resistencia pulmonar y una disminución de la distensibilidad pulmonar, con hipoventilación inicial, tendencia a la microatelectasia y trastorno de ventilación perfusión, todo lo cual lleva a un aumento del trabajo respiratorio y a una insuficiencia respiratoria, caracterizada por hipoxemia y acidosis respiratoria.

Sintomatología:

Los neonatos que desarrollan una enfermedad de membrana hialina son casi siempre prematuros, en que puede haber polipnea, retracción y quejido, éste se debe al cierre de la glotis para mantener el volumen pulmonar e intercambio gaseoso. La evolución más frecuente, de no mediar tratamiento con reposición de surfactante, es hacia un aumento progresivo del requerimiento de oxígeno, hasta las 48 a 72 horas de vida en que la producción de surfactante endógeno se recupera y remite el cuadro clínico. (Sola,2011, p.809).

Complicaciones asociadas a membrana hialina:

- Escapes aéreos.
- Infecciones pulmonares.
- Persistencia de ductus arterioso.
- Hemorragia pulmonar.
- Hemorragia intracraneana.
- Pulmón crónico.
- Retinopatía del prematuro.

Antecedentes:

Quiroga, A. (s.f.) Destaca: El SDR se registra históricamente a comienzo del siglo XX cuando fue descrito por Hochheim para representar el líquido amniótico que era aspirado. A principios de siglo, los obstetras y pediatras de la época se sorprendían por las observaciones descritas por los patólogos, quienes referían que la enfermedad era el resultado de membranas alveolares brillantes y transparentes (hialinas) que se encontraban en pacientes fallecidos por esta entidad. Esta teoría fue aceptada hasta 1950, cuando se distinguió la descripción radiológica de un patrón reticulogranular en la atelectasia neonatal generalizada en los recién nacidos (RN) que aspiraban líquido amniótico. (p.4)

Prematurez

Sola, (2011) Menciona: El SDR ocurre en >60% de los RN de <30 semanas nacidos por vía vaginal y en sólo el 0,05% (o 1 cada 2.000) de los niños nacidos a término. La severidad y la mortalidad se relacionan inversamente a la edad gestacional. La apnea ocurre en un 60% de los RN de <30 semanas de edad gestacional y en sólo el 10% de los niños de <36 semanas. Algunos de estos niños, por el cuadro de insuficiencia respiratoria secundaria a la apnea, pueden requerir asistencia respiratoria mecánica. Por último, los prematuros pueden tener dificultad respiratoria por mayor predisposición a la infección, alteraciones metabólicas, hipotermia y hemorragia intracraneana. (p.832)

Diabetes gestacional

Sola (2011) Argumenta: Se ha asociado con mayor incidencia de EMH y de enfermedad cardíaca. Los hijos de madre diabética tienen cerca de 6 veces más posibilidades de tener EMH que los niños de madre no diabética. Se ha sugerido que la hipersecreción de insulina fetal bloquea la acción del cortisol sobre las enzimas que intervienen en la síntesis de surfactante. Además, los hijos de madres insulino dependientes pueden desarrollar EMH aun con signos de madurez pulmonar en análisis de líquido amniótico si tienen asfixia perinatal con un puntaje de Apgar bajo. Además, con mal control de la diabetes materna se produce hiperglucemia (materna y fetal), lo que ocasiona hipoxemia fetal. Esto, además de ser una de las posibles causas de muerte fetal, puede ocasionar una dificultad en la síntesis de surfactante. (p.832)

Gemelares

Estos niños tienen mayor tendencia a nacer prematuros. El segundo gemelar parece tener mayor riesgo de EMH y la enfermedad puede ser más severa, tal vez por un aumento en la incidencia de asfixia. Es interesante destacar que los gemelares monocigóticos tienen más tendencia a nacer prematuros y a presentar EMH que los bicigóticos. (Sola,2011, p.832)

Ruptura de membrana

Sola (2011) Señala: Este es un factor de riesgo tanto para la madre como para el neonato por la asociación con parto prematuro y con infección. El beneficio que se puede obtener sobre la incidencia de SDR aún es un tema controvertido.

Por ejemplo, en un estudio de 16.500 nacimientos no se encontró una correlación entre la prematura de membranas y SDR. En dicho estudio se critican además los estudios anteriores por no haber controlado los efectos de la edad gestacional sobre la incidencia de SDR. Se ha un estudio que muestra un efecto beneficioso sólo en los recién nacidos de menos de 32 semanas, pero, sin embargo, en otro se demuestra exactamente lo contrario. (p.832)

Vía de parto

La cesárea aumenta la posibilidad de dificultad respiratoria por varios mecanismos. El primero, y el más claro, es cuando se realiza una cesárea selectiva y se produce

un parto prematuro por error. Considerando las cesáreas en general, se encuentra en la literatura que existe una mayor incidencia de dificultad respiratoria (8% vs. 1,7% en un estudio para todos los recién nacidos vivos. (Sola,2011, p.833)

Apoyo respiratorio

Mancilla (2016) describe: Se debe conservar una adecuada presión arterial de oxígeno (PaO₂) entre 6.66 a 10.66 kPa (50 a 80 mm Hg) y presión de saturación de oxígeno (pSO₂) entre 88 a 95%, así como disminuir el trabajo respiratorio y cardiaco. La atención de preferencia debe realizarse en centros hospitalarios donde se pueda atender de forma adecuada al binomio (madre-hijo).

El tratamiento con apoyo respiratorio dependerá de la gravedad del SDR.

Oxigenoterapia

Método que brinda una atmósfera enriquecida de oxígeno a un RN que respira espontáneamente y que cursa con dificultad respiratoria leve:

Campana cefálica

Cubre toda la cabeza, necesita grandes flujos de oxígeno para lograr adecuada concentración de O₂ y evitar acumulo de CO₂. La toxicidad por CO₂, puede presentarse con flujos bajos secundario a enroscamiento o la desconexión de la tubería de oxígeno o sellado inapropiado de la campana alrededor del cuello del RN. Se necesita un flujo del gas de 2 a 3 l/kg/min para evitar recirculación del CO₂. La concentración de O₂ debe medirse con un analizador de O₂ cerca de la boca del RN. Con este método no hay el riesgo de obstrucción de vías aéreas ni distensión abdominal.

La cánula nasal o puntas nasales de cerca de 1 cm de largo aportan O₂ suplementario a bajo flujo (< 0.5 L/ min), se coloca en las fosas nasales, si se usa a > 2 L/ min, puede producir PEEP lo cual puede aumentar la PaO₂. El O₂ libre cerca de la nariz, se utiliza poco, o por cortos periodos.

Presión positiva continua de vías aéreas

(CPAP por sus siglas en inglés, Continuous Positive Airway Pressure). Se indica si existe respiración espontánea, su efecto es mantener una presión positiva por arriba de la presión atmosférica y un flujo de gas constante durante la inspiración y la espiración.

Incrementa la capacidad funcional residual y mejora la distensibilidad pulmonar y la oxigenación al disminuir la alteración V/Q. La CPAP, disminuye el trabajo respiratorio y estimula los receptores pulmonares que activan el centro respiratorio.

Se ha reportado que el uso de CPAP en el SDR disminuye el tiempo de apoyo con ventilación asistida y la mortalidad, previene la falla en la extubación del RN pretérmino y se ha asociado con neumotórax.

Ventilación mecánica convencional

(VMC). Mantener el intercambio gaseoso hasta que el esfuerzo respiratorio del RN sea adecuado. Los ventiladores más utilizados para VMC neonatal son generadores de flujo continuo, ciclados por tiempo y limitado por presión.

Su uso, requiere de conocer los índices de ventilación pulmonar, así como las interacciones entre ellos y los cambios que producen en la fisiología pulmonar: El uso de ventilación alta frecuencia podría ser necesario cuando existe hipoxemia persistente por falta de reclutamiento pulmonar adecuado con VMC.

Farmacología

Aminofilinas viales (25 mg/ml) de 10 ml y 20 ml

dosis inicial 1 mg/kg, hasta máx: 2 mg/kg i.v. ó 6 mg/kg v.o. vía: i.v. lenta, i.m. o v.o. **indicaciones** diurético. puede mejorar función pulmonar

Monitorización vigilar diuresis, peso, iones y fósforo. vigilar hipo k en tratamiento conjunto con digoxina.

Efectos secundarios hipo Na, hipo k y alcalosis hipo Cl. hipercalciuria y cálculos renales (en tratamientos largos). potencial ototoxicidad (junto con aminoglucósidos). colelitiasis (si tratamiento prolongado + NPT prolongada).

Farmacología gran unión a proteínas, aunque poco desplazamiento de bilirrubina

a dosis normales. buena biodisponibilidad oral. pico i.v. a las 1-3 h. duración efecto: 6h (aunque vida media en RNPT de hasta 67 h)

Cafeína Citrato Ampollas 20 mg/mL

Dosis carga: 20-25 mg/kg v.o. ó i.v. en 30 min (equivalente cafeína base 10-12.5 mg/kg) mantenimiento: 5-10 mg/kg/dosis, cada 24h, v.o. ó i.v. lenta (equivalente cafeína base 2.5-5 mg/kg)

Indicaciones tratamiento de la apnea neonatal (incluyendo la postextubación y la postanestesia). índice terapéutico más favorable que la aminofilina.

Monitorización: utilizado a las dosis recomendadas no es necesario hacer niveles. se deben realizar niveles basales de cafeína en neonatos tratados previamente con teofilina o hijos de madres que tomaron cafeína antes del parto. si se utilizan dosis altas, medir niveles séricos a los 5 días de tratamiento: 5-25 mcg/ml (tóxicos > 40-50 mcg/ml). vigilar agitación y fc (suspender si >180 lpm). **Efectos secundarios:** insomnio, vómitos y síntomas cardíacos. no demostrada asociación con enterocolitis necrotizante. dosis 50 mg/kg: ↓ velocidad de flujo sanguíneo cerebral e intestinal.

Surfactante pulmonar bovino survanta vial 200 mg/8 ml

DOSIS: 4 mL/kg/dosis, en 4 alícuotas. Vía endotraqueal. Profilaxis: 1ª dosis precoz tras el nacimiento, hasta 3 dosis adicionales en las primeras 48h si precisa. Tratamiento de rescate del SDR: hasta 4 dosis en las primeras 48h, no más frecuente que cada 6h. Antes de administrar mantener a Tª ambiente 20 min o calentar en mano al menos 8 min. No emplear métodos artificiales de calentamiento. Administrar las 4 alícuotas con el paciente en distintas posiciones para mejorar la distribución. No filtrar ni agitar.

Efectos secundarios: Reflujo hacia arriba por el tubo endotraqueal y ↓ Saturación de O₂. Hemorragia pulmonar (2-4% de los pacientes tratados), sobre todo cuanto más pequeños y si el DAP no ha sido tratado.

Farmacología: Extracto natural modificado del pulmón bovino que contiene fosfolípidos, lípidos neutrales, ácidos grasos y proteínas B y C asociadas a surfactante, palmitato colfosceril, ácido palmítico y tripalmitin. Suspensión con SSF. Esterilizado por calor. Modifica la tensión en la superficie alveolar, estabilizándola.

Clindamicina ampollas de 300 mg/2 ml y 600 mg/4 ml

Dosis: 5-7.5 mg/kg/dosis, i.v. En 30 min o v.o.

Indicaciones: bacteriemia. Infección pulmonar o de órganos internos por anaerobios y algunos cocos gram-positivos. No uso en meningitis.

Monitorización: vigilar función hepática. Niveles séricos: 2-10 mcg/ml.

Efectos secundarios: colitis pseudomembranosa (diarrea hemática, dolor abdominal, fiebre) ◇ suspender clindamicina, dieta absoluta + NPT, considerar metronidazol v.o.

Farmacología: inhibe síntesis proteica bacteriana. Bacteriostática. Amplia distribución en tejidos (especialmente pulmonar). Pobre penetración en SNC. Unión a proteínas plasmáticas. Metabolismo hepático. Excreción biliar y fecal. Muy buena absorción por vía oral. Vida media: aclaramiento extremadamente variable (sobre todo en RNPT)

1.1 JUSTIFICACIÓN

El síndrome de distrés respiratorio neonatal, es una de las patologías más existente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN), con mayor relevancia en prematuros. Se hace presente con alteración en la mecánica respiratoria y con ello un conjunto de complicaciones para el recién nacido, lo que hace necesario la atención inmediata eficiente y eficaz del equipo de salud.

El presente proyecto de desarrollo del proceso de atención de enfermería tiene como objetivo principal brindar los cuidados y aportes necesarios para la estabilidad del paciente, evitando secuelas futuras y brindando confort necesario para el mejoramiento del mismo. Con la aplicación de; Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), El sistema de clasificación de procedimientos de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC) se realizó una asertiva elección de procedimientos necesarios para cumplir con los objetivos deseados y sobre todo mejor la calidad de vida durante el periodo del neonato por la sala de UCIN y posteriormente el retorno al seno familiar.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente recién nacido de pretérmino (RNPT) con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio neonatal (SDR), prestando cuidados de una forma racional, lógica y sistemática al paciente durante la práctica clínica, en el **Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N°1, Área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)**, basándose en un caso clínico real y utilizando el lenguaje estandarizado de la trilogía NANDA, NOC y NIC.

Objetivo Específicos

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente de forma integral mediante escalas y test aplicadas en neonatología para poder mantener la mecánica respiratoria en adecuadas condiciones y constantes vitales en parámetros normales.
- Establecer planes de cuidados individuales, realizando un juicio clínico a las respuestas del paciente, para mejorar su cuadro clínico.
- Aplicar de manera correcta la trilogía; Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), El sistema de clasificación de procedimientos de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC), para mejorar los patrones alterados.
- Evaluar los resultados obtenidos para que este proceso pueda ser aplicado en futuros casos con igual patología.

1.3 DATOS GENERALES

Recién nacida (RN), sexo femenino, mestiza, nacida y residente en la ciudad de Latacunga, grupo sanguíneo ORH (+).

Padre: 34 años de edad, mestizo, católico, Unión libre, nacido en Latacunga y residente en Latacunga, instrucción primaria, de ocupación albañil, grupo sanguíneo ORH (+).

Madre: 28 años de edad, mestiza, católica, unión libre, nacida en Quevedo y residente en Latacunga, instrucción secundaria, de ocupación costurera, grupo sanguíneo ORH (+).

Nombre del paciente: NN

Historia clínica: 15895

Edad: 2 días

Apgar: 7 /10

Edad gestacional:

Tipo de sangre: ORH+

FUM: 33.5 semanas

Parto: Cesárea

CAPURRO: 34 semanas

Producto: Único

Peso: 2080 gr

Gestas: Primera

Talla: 44 cm

Sexo: Femenino

Pc:33 cm

Pt: 31 cm

Pa: 30.5 cm

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente de 2 días de nacido de sexo femenino es ingresado al área de unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), por presentar signos de dificultad respiratoria; aleteo nasal, tiraje intercostal, con una saturación de oxígeno menor a 85%, presencia de taquipneas, cianosis central, ictericia e hipotonía leve.

Antecedentes: Producto de la gesta uno, madre inicia con control prenatal en el quinto mes de gestación, con ingesta de ácido fólico por un mes, cursa con infección en las vías urinarias (IVU), evoluciona con ruptura prematura de membrana, parto por cesárea con un Apgar de al nacimiento de 8/10 1', 7/10. 5'

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

Neonato presenta mecánica respiratoria alterada ,con un puntaje de 6 en la escala de Silverman, presencia de taquipneas, se procede a la administración de oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto ,con una saturación de oxígeno al momento 89%, se evidencia cianosis central ,ictericia presente valorada en escala de Kramer en zonas; 1-4-5, por lo cual se procede a la aplicación de fototerapia con cuidados de enfermería correspondientes y medidas de seguridad , Temperatura :35.5 °C Frecuencia cardiaca: 134 por minuto Frecuencia respiratoria: 70 por minuto , Tensión arterial : 58/25 mg/dl con una media de 45 , se procede a monitorizar signos vitales cada hora . se procede a canalizar vía en miembro superior derecho para colocación de dispositivo intravenoso sin heparina (DISH). Se coloca sonda orogástrica, colocación en termo cuna posición decúbito supino, se realizan tomas de muestras sanguíneas para realizar examen de bilirrubina, gasometría arterial.

Médico prescribe

2.3 Examen físico (exploración clínica)

SNC: Paciente activo reactivo a la manipulación.

Cabeza: Perímetro cefálico 33 cm ,fontanela anterior y posterior normotensa ,a la palpación se descarta presencia de craneotabes , presencia de vérnix caseosa en región frontal y temporal del cuero cabelludo, ojos con implantación adecuada, no se evidencia edema palpebral, nariz poco prominente con puente nasal aplanado presencia de quistes de millium en la punta de la nariz ,orejas de implantación

correcta, conducto auditivo externo sin obstrucción ,boca simétrica labios semihúmedos de coloración azulada , no malformaciones en paladar duro, se evidencia laguno y piel de color amarillo a nivel de la facie.

Cuello: Cuello simétrico, no signos malformaciones, se evidencia la piel de color amarilla, clavículas sin fracturas presentes

Extremidades superiores: Hombros, antebrazos simétricos, dedos y uñas sin malformaciones no se evidencia presencia de polidactilia.

Tórax: Perímetro de 31 cm, se evidencia tiraje intercostal y utilización de músculos accesorios, no se palpan masas tumorales, piel se aspecto normal sin hematomas.

Pulmones: Campo pulmonar derecho e izquierdo se ausculta ruidos respiratorios estertores

Abdomen: Abdomen blando no doloroso a la palpación, presencia de cordón umbilical pinzado de aspecto y coloración normal

Región glútea: Ano perforado, permeable, región perianal de aspecto normal no se evidencia signos de irritación. Se evidencia mancha mongólica en región lumbo-sacra

Genitales: Vulva de aspecto normal, presencia de secreción de coloración blanquecina.

Extremidades inferiores: Cadera simétrica, no se evidencia edemas, ni malformaciones.

2.3.1 Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales (teoría de Marjory Gordon).

Valoración	Alterado	Diagnóstico de enfermería
<p>PATRÓN 1. PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD</p> <p>Paciente de 2 día de nacido, hospitalizado desde hace 3 días, con signos vitales T/A: 58/25 mmHg, FR: 70 x', FC: 134 x', N°: 35.5 °C, SatO:85 %, con buen aseo personal, la función respiratoria está apoyada por cánula a 3 litros por minuto.</p>	SI	Patrón Respiratorio Ineficaz 00032
<p>PATRÓN 2: NUTRICIONAL METABÓLICO</p> <p>Pte. que se encuentra con presencia de SOG. recibiendo nutrición enteral con leche materna a libre caída, aun no se evidencia total succión y deglución, se registra mediante examen de electrolitos: Na+137.0 mmol/L K+ 3.25 mmol/L Ca+7.5 mg/dl mucoso oral integral, abdomen suave depresible.</p>	SI	Riesgo de infección (00004)
<p>PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</p> <p>Pte. Es valorado con densidad urinaria con un resultado de 1015 y con una diuresis de 1.1ml/kg/h eliminaciones presentes.</p>	NO	
<p>PATRÓN 4: ACTIVIDAD EJERCICIO</p> <p>Pct. se encuentra en termo cuna apoyo en la mecánica respiratoria, se evidencia movimientos de miembros a la manipulación</p>	si	Termorregulación ineficaz (00008)
<p>PATRÓN 5: SUEÑO DESCANSO</p> <p>Pct. en termo cuna sin signos de irritabilidad.</p>	NO	
<p>PATRÓN 6: COGNITIVO PERCEPTIVO</p> <p>Paciente activo reactivo a la manipulación se encuentra en fototerapia con medidas de seguridad.</p>	NO	

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO Paciente activo reactivo a la manipulación	NO	
PATRÓN 8: ROL RELACIONES Paciente es visitado por sus padres los cuales ayudan a su cuidado el momento de la visita a la sala de UCIN, practican el método canguro.	NO	
PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN Paciente de sexo femenino de 2 días de nacida, no presenta malformación en vulva.	NO	
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS Paciente en sala de UCIN presenta mejoría en su estado de salud	NO	
PATRÓN 11: VALORES CREENCIAS Padres del paciente de religión católica.	NO	

PATRONES ALTERADOS:

Patrón Respiratorio Ineficaz 00032:

- **R/C:** patología Síndrome de distrés respiratorio neonatal
- **E/p:** saturación de oxígeno por debajo de lo normal

Termorregulación ineficaz (00008)

- **R/C:** Prematuridad
- **E/p:** Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.

Riesgo de infección (00004)

- **R/C:** Procedimientos invasivos

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Gasometría Arterial: Riesgo de alcalosis respiratoria con presencia asertiva de hipoxemia.

Electrolitos: En compensación, no presencia de alteraciones electrolíticas.

Química sanguínea: Presencia de hiperbilirrubinemia, no signos de infección, paciente se muestra con glucosa normal. **(Véase gráfico #1)**

Radiografía de tórax: Imagen reticulogranulares finas que no confluyen **(Véase gráfico #2)**

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnostico Presuntivo:

Basada en una hipótesis inmediata, es emitido el criterio medico con la finalidad de ofrecer una orientación general, tomando en cuenta los signos y síntomas presentes en el RN. Se describe el diagnostico presuntivo como: **Dificultad Respiratoria Neonatal.**

Diagnostico diferencial:

Mediante la relación de enfermedades que pueden ser las causantes de los síntomas y signos que sufre el RN, una vez realizada la exploración física y la anamnesis y antes o después de obtener pruebas diagnósticas complementarias. Se describe el diagnostico diferencial como: **Apnea del prematuro, hipertensión pulmonar.**

Diagnóstico definitivo: Evaluando de manera crítica y acertada los resultados obtenidos de las pruebas y exámenes complementarios, se describe el diagnóstico definitivo como: **Síndrome de distress respiratorio.**

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

Conducta materna:

Madre inicia con control prenatal en el quinto mes de gestación, con ingesta de ácido fólico por un mes, cursa con infección en las vías urinarias (IVU), evoluciona con ruptura prematura de membrana, parto por cesárea

Literatura científica:

MSP (2015) Considera, que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS. (pp.14-15)

MSP (2015) Menciona, la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30%-40% de los casos de prematuridad. Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematuridad, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La RPM puede ocurrir en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia para disminuir la morbilidad materno neonatal. (pp.13-20)

MSP (2013) Indica, “La bacteriuria asintomática, puede determinar relación con problemas obstétricos que lleven a problemas perinatales de alto impacto en la salud pública”. (p.14)

Análisis del autor:

El síndrome de distrés respiratorio neonatal es la patología más frecuente en recién nacidos prematuros, ya que no existe el suficiente desarrollo de surfactante y con ello se impide el buen funcionamiento de la mecánica respiratoria, su antecedente se inclina a la deficiencia de tratamiento oportuno en la fase prenatal, es por ello que el presente caso clínico se desarrolló bajo las normativas científicas establecidas por el ministerio de salud pública del Ecuador.

Conducta patológica:

RN pretérmino de 2 días de nacido de sexo femenino, de 34 semanas de edad gestacional. Es ingresado al área de unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), por presentar signos de dificultad respiratoria; aleteo nasal, tiraje intercostal, con un puntaje de 6 en la escala de Silverman, presencia de taquipneas, con una saturación de oxígeno al momento 89%, se evidencia cianosis central, ictericia presente valorada en escala de Kramer en zonas; 1-4-5, temperatura :35.5°C ,frecuencia cardiaca: 134 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 70 por minuto , tensión arterial : 58/25 mg/dl con una media de 45.

Literatura científica:

MSP (2014) Argumenta, el RN prematuro tardío (34 a 36 semanas 6 días) no es tan saludable como se pensaba anteriormente; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término y tiene un mayor riesgo de presentar complicaciones, como síndrome de dificultad respiratoria (SDR). (p.15)

MSP (2015) Señala, dificultad para respirar en el RN o Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR): es un cuadro que comienza poco después del nacimiento o en las primeras horas de vida y está caracterizado por taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación (p.16)

Omeñaca (2016) Indica, La ictericia clínica es un concepto que hace referencia a la coloración amarillenta de piel y mucosas, ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Por hiperbilirrubinemia se entiende la elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl. Es muy común en el recién nacido (RN) y, para algunos autores, alrededor del 60% de los RN a término y el 80% de los RN pretérmino desarrollarán ictericia en la primera semana de vida.

Análisis del autor:

Basándose en estudios científicos realizados sobre la signo-sintomatología presente en el síndrome de distrés respiratorio, es de gran importancia la identificación, evaluación, de la clínica del paciente y la correcta aplicación de normativas y proceso de atención de enfermería, los cuales darán como resultado una clínica favorable.

2.6.1 Terapéutica aplicada en paciente con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio neonatal.

Terapéutica aplicada en el caso clínico

El equipo médico de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital de Especialidades Fuerzas armadas N°1, cumple con los procesos que se deben aplicar basándose en normativas estandarizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

La enfermera como parte importante e integral del equipo de salud realiza procesos de atención directa al paciente para el mejoramiento de los patrones que se ven afectado por la patología presente, mediante protocolos establecidos en el presente caso clínico, se describen a continuación:

- Valoración de la mecánica respiratoria
- Valoración de constantes vitales cada hora
- Valoración de examen de laboratorios
- Oxigenoterapia
- Fototerapia
- Cuidados de la piel y limpieza de mucosas
- Alimentación
- Densidad urinaria
- Prueba de glicemia
- Valoración de ingestas y excreciones presentes
- Cuidado de DISH y sonda orogástrica
- Registro de procesos en historia clínica

2.6.2 Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

NANDA: pag.138
 NOC: pag.380
 NIC: pag.632

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Patrón Respiratorio Ineficaz 00032 (Herdman,2015-2017)

M
E
T
A
S

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

R/C: patología Síndrome de distrés respiratorio neonatal

Dominio: 4, Actividad / reposo

Clase: 4, Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Etiqueta: Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402)

Campo: 2 Fisiológico: Básico

Clase V control de riesgos

Etiqueta: Monitorización de los signos vitales 6680

E/p: saturación de oxígeno por debajo de lo normal

Escala de Likert

INDICADORES	1	2	3	4	5
040202 facilidad de la respiración		x			
040211 saturación de O ₂			x		
040206 cianosis			x		
040203 disnea en reposo		x			

(Moorhead. Mass. Swanson. 2018)

Actividades: Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede.

- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Observar si hay relleno capilar normal.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Bulechek, Gloria Y Otros (2015-2017)

Gráfico: Patrón respiratorio ineficaz, diseñado por la autora utilizando la trilogía NANDA, NIC, NOC

NANDA: pag.343
 NOC: pag.136
 NIC: pag.713

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Termorregulación ineficaz (00008) (Herdman,2015-2017)

M
E
T
A
S

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

R/C: prematuridad

E/p: Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 6: Termorregulación

Etiqueta: Adaptación del prematuro (0117)

Campo: 2 Fisiológico: Complejo

Clase M: Termorregulación

Etiqueta: Regulación de la temperatura (3900)

Escala de Likert

INDICADORES	1	2	3	4	5
011807 termorregulación	x				
011704 saturación de oxígeno > 85%		x			
011 701 frecuencia cardíaca			x		
011703 frecuencia respiratoria				x	

(Moorhead, Mass, Swanson, 2018)

Actividades: Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.

- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.
Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.

Bulechek, Gloria Y Otros (2015-2017)

Gráfico : Termorregulación ineficaz, diseñado por la autora utilizando la trilogía NANDA, NIC, NOC

NANDA: pag.303
 NOC: pag.218
 NIC: pag.253

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Riesgo de infección (00004) (Herdman,2015-2017)

M
E
T
A
S

R/C: Procedimientos invasivos

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase : Conocimientos sobre salud (S)

Etiqueta Conocimiento: control de la infección (1807)

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

Campo: 4 Seguridad

Clase: V control de riesgos

Etiqueta Control de infecciones (6540)

Escala de Likert

INDICADORES	1	2	3	4	5
180701 descripción del modo de transmisión					X
180704 descripción de los signos y síntomas					X
180706 descripción de procedimientos					X
180708 descripción del tratamiento					X

(Moorhead, Mass, Swanson, 2018)

Actividades: Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.

- Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
- Limitar el número de las visitas, si procede.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.
- Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Bulechek, Gloria Y Otros (2015-2017)

Gráfico : Riesgo de Infección , diseñado por la autora utilizando la trilogía NANDA, NIC, NOC

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

2.7.1 Modelo de adaptación de Callista Roy:

AA.VV. (2016). Describe: Callista Roy afirmó que el ser humano se encuentra en lo que denomina continuum (o trayectoria) salud-enfermedad. Ese punto no es fijo, sino que puede tender en ocasiones hacía la salud y, en otras, a la enfermedad.

Todo va a depender de la capacidad de la persona para responder a los estímulos que le llegan desde el entorno. Si su reacción es positiva, se aproximará al estado de salud. Si sucede, al contrario, enfermará.

La teórica afirmó también que la salud puede verse modificada por varios tipos de estímulos:

- Estímulos focales: cambios repentinos a los que hay que enfrentarse.
- Estímulos contextuales: todos los presentes en el proceso, como la temperatura ambiente.
- Estímulos residuales: los recuerdos, que desembocan en creencias, que tenemos de experiencias anteriores.

2.7.2 Modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson:

AA.VV. (2016). Argumenta: Permite conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones. Durante la observación se aprecia que la valoración del paciente se basa en el nivel de satisfacción de las 14 necesidades humanas básicas. Las enfermeras registran en la hoja de cuidados de enfermería si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente, con respecto a las siguientes necesidades:

- Respiración: respirar normalmente.
- Alimentación: comer y beber adecuadamente.
- Eliminación: eliminar los desechos corporales.
- Movilización: moverse y mantener posturas deseables.
- Descanso: dormir y descansar.

- Vestuario: seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
- Termo-regulación: mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
- Higiene: mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
- Seguridad: evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
- Comunicación: comunicarse con los demás en la expresión de las emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- Religión: rendir culto según la propia fe.
- Adaptación: trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.
- Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.
- Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

En las áreas de los hospitales es de gran necesidad aplicar teorías o modelos que nos permitan identificar las necesidades del ser humano para un buen estado de salud.

En el presente caso clínico tiene relación con dos teorías que implican como resultado la ayuda precisa para el mejoramiento de los patrones alterados en la patología, tomando en cuenta la gran necesidad de adaptación al cambio del entorno con un resultado favorable como nos indica el modelo de **Sor Callista Roy** y con ello las necesidades básicas como nos plantea **Virginia Henderson**, que como personal de enfermería debemos de llevar a cabo para el mejoramiento de la clínica del paciente. Es de gran importancia el reconocimiento de la mejoramiento de la salud, ya que con esto daremos testimonio de la importancia de aplicar modelos y teoría que enfatizan a una buena práctica de atención de enfermería basada en literatura científica.

2.8 Seguimiento.

Día 1: Paciente de 34.2 semanas de edad con un peso de 2.080 gr , apoyada su mecánica respiratoria con oxígeno a 2 litros por minuto por cánula nasal , presenta constantes vitales en rangos normales con una SPO2 de 95% , mucosas orales húmedas , disminución considerada de retracción xifoidea no signo de taquipnea la hipotonía se encuentra superada ,se evidencia signos de ictericia reducida se encuentra recibiendo fototerapia con cuidados de enfermería, alimentación por SOG con leche materna a libre caída con 25 cc cada 3 horas, abdomen suave depresible, presencia de DISH en miembro superior derecha , no evidencia signos de edema en miembros deposiciones y diuresis presente con una densidad de 1005 d/l.

Día 2: Paciente de 34.2 semanas de edad con un peso de 2.075 gr , apoyada su mecánica respiratoria con oxígeno a 2 litros por minuto por cánula nasal, presenta constantes vitales en rangos normales con una SPO2 de 99% ,con excepción de presencia de taquipnea fc: 68 x', mucosas orales húmedas, disminución considerada de retracción xifoidea la hipotonía se encuentra superada ,se evidencia signos de ictericia reducida se encuentra recibiendo fototerapia con cuidados de enfermería , alimentación por SOG con leche materna a libre caída con 25 cc cada 3 horas , abdomen suave depresible, presencia de DISH en miembro superior derecho, no evidencia signos de edema en miembros deposiciones e eliminación diuresis presente. Con una densidad de 1015 d/l

Día 3: Paciente de 34.2 semanas de edad con un peso de 2.070 gr , apoyada su mecánica respiratoria con oxígeno a 2 litros por minuto por cánula nasal, presenta constantes vitales en rangos normales con una SPO2 de 98%, mucosas orales húmedas , disminución de retracción xifoidea la hipotonía se encuentra superada ,se evidencia signos de ictericia reducida se encuentra recibiendo fototerapia con cuidados de enfermería , alimentación por SOG con leche materna a libre caída con 25 cc cada 3 horas , abdomen suave depresible, presencia de DISH en miembro superior derecho, no evidencia signos de edema en miembros deposiciones e eliminación diuresis presente. Con una densidad de 1005 d/l

2.8.1 El seguimiento al paciente se evaluó mediante:

ESCALAS PARA VALORACION DE DIFICULTAD RESPIRATORIA			
Escala de Downes:			
SIGNOS	0	1	2
Frecuencia respiratoria	$\leq 59 \text{ x'}$	60 – 80 x'	$\geq 81 \text{ x'}$
Cianosis central	No	Con aire ambiental	Con O ₂ al 40% o apneas
Entrada de aire	Buena	Regular	Mala
Quejido espiratorio	No	Débil, audible con fonendoscopio	Audible a distancia
Retracciones subcostales o subxifoideas	No	Moderadas	Marcadas

Puntuación:

- 1-3: dificultad respiratoria leve = Oxígeno al 40% con Hood.
- 4-6: dificultad respiratoria moderada = CPAP
- ≥ 7 : dificultad respiratoria severa = ventilación mecánica

Gráfico: Escala de Downes. **Fuente:** Componente Normativo Neonatal, pagina 96. http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf

Escala de Silverman-Anderson:			
SIGNOS	0	1	2
Movimientos tóraco- abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil. abdomen en movimiento	Disociación tóraco-abdominal
Tiraje intercostal	No	Leve	Intenso y constante
Retracción xifoidea	No	Leve	Intenso
Aleteo nasal	No	Leve	Intenso
Quejido Respiratorio	No	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

Gráfico: Escala de Silverman-Anderson. **Fuente:** Componente Normativo Neonatal, pagina 97. http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf

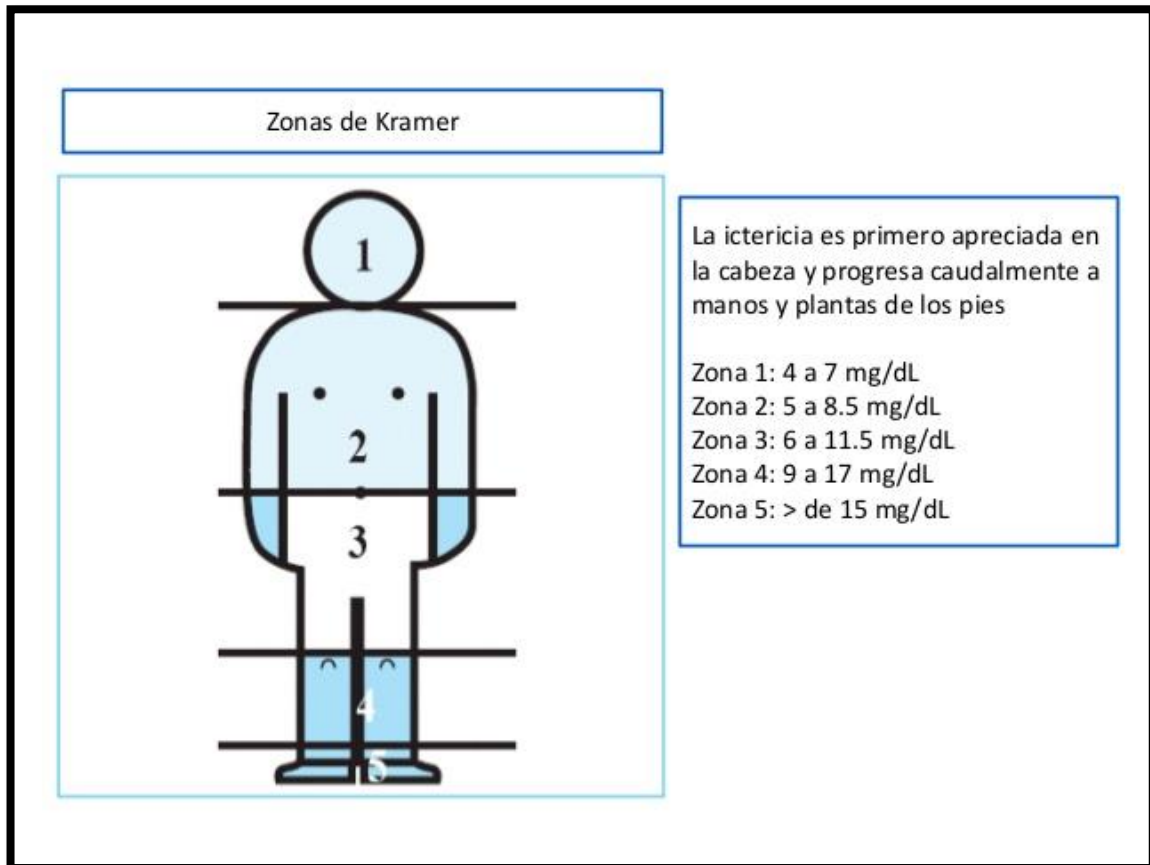


Gráfico: Escala Kramer. **Fuente:** <https://es.slideshare.net/xervita/ictericia-en-el-recin-nacido-37030195>

Clasificación de Goldsmith

PARÁMETRO	0	1	2	3
PaO ₂	> 60	50 – 60	< 50	< 50
pH	> 7.29	7.20 – 7.29	7.10 – 7.19	< 7.10
PaCO ₂	< 50	50 – 60	61 - 70	> 70

Gráfico: Escala de Goldsmith. **Fuente:** Componente Normativo Neonatal, pagina 97. http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf

2.9 Observaciones.

El caso clínico redactado anteriormente presenta como Dx:

RNPPT: Recién nacido prematuro pretérmino

Síndrome de distrés respiratorio: Mejorada mediante prescripciones médicos aplicados, procesos y cuidados de enfermería que permitieron el mejoramiento de la clínica del neonato. Hasta el final del seguimiento del autor del presente desarrollo se evidencio mejoramiento en la mecánica respiratoria del neonato. resultado evidenciado por cambios en el porcentaje de saturación con un valor de 95% disminución de tiraje intercostal y cianosis y para un acertado resultado se realizó gasometría arterial.

Ictericia neonatal: Mejorada mediante prescripciones médicas aplicadas, procesos y cuidados de enfermería que permitieron el mejoramiento de la clínica del neonato. Hasta el final del seguimiento del autor del presente desarrollo se evidencio un descenso de bilirrubina total a 5.23 mg/dl. Resultado valorado con la aplicación de la escala de Kramer y para un acertado resultado se realizó examen de niveles de bilirrubina.

El equipo de salud de salud del Hospital De Especialidades Fuerzas Armadas N°1, en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN,) cumplen con las normativas establecidas, en ello el dar a conocer los procedimientos que a medida avanza el cuadro clínico, se va aplicando al paciente. Como parte del equipo de salud la autora del presente caso clínico realizó educación e información continua a los padres del paciente, el cuidado en fototerapia, la importancia de la alimentación, hidratación, aseo cuidado de sonda y vías periféricas, y todo lo que conlleva para el mejoramiento del mismo.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo facilita el proceso dentro de la UCIN, la correcta aplicación de normas y protocolos y por ende una acertada aplicación de proceso de atención de enfermería basada en literatura científica, nos lleva a cumplir metas y objetivos trazados desde el punto de vista médico -enfermero.

Se logro Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente de forma integral mediante escalas y test aplicadas en neonatología para poder mantener la mecánica respiratoria en mejores condiciones y constantes vitales en parámetros satisfactorio, a medida que existe una buena evolución.

Se estableció planes de cuidados realizados con un juicio clínico a las respuestas del paciente, y con ellos mejoramos su cuadro patológico.

Se Aplicó de manera correcta la trilogía; NANDA, NIC, NOC, para mejorando los patrones alterados.

Se Evaluó los resultados obtenidos para que este proceso pueda ser aplicado en futuros casos con igual patologí

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografías

1. Bulechek, Gloria Y Otros, Clasificación De Intervenciones De Enfermería (Nic), Editorial Elsevier, Quinta Edición, España, 2015.
2. AA.VV. (2016). SAS. En ENFERMERA/O SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (págs. 35-56). ANDALUCIA, ESPAÑA: editorial CEP.
3. Herdman, Heather, Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones Y Clasificación 2015-2017, Editorial Elsevier, Barcelona-España.
1. Maria Sellán, A. V. (2017). *Cuidados neonatales en enfermería*. España: Elsevier
2. Moorhead, Sue Y Otros, Clasificación De Resultados De Enfermería (Noc), Editorial Elsevier, Sexta Edición, España, 2018.
3. Sola, Augusto Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. - la ed. - Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas, 2011.

Linkografías

1. Coto Cotallo GD, L. S. (2018). *Asociacion Española de Pediatría*. Recuperado el 04 de 2019, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normalización; 2014. Disponible en <http://salud.gob.ec> (p.15)
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica. Ecuador: MSP; 2013. Esta guía puede ser descargada de internet en: www.msp.gob.ec (p.14)
4. Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera edición. Quito. 2015. Disponible en <http://salud.gob.ec> (p.16)
5. Ministerio de Salud Pública. Ruptura prematura de membranas pretérmino, Guía de Práctica Clínica (GPC). 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec> (pp.13-20)

6. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec> (pp.15-16)
7. Quiroga, A. (s.f.). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. plan de cuidados de nefermeria. *Enfermería Neonatal*, 4. Recuperado el 25 de febrero de 2019,
8. Omeñaca. (2016). Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Recuperado el 20 de 04 de 2019, de Ictericia neonatal: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/03/367-374.pdf>

ANEXOS

Gasometría Arterial		
PH	7.40	7.30 - 7.35
PaCO ₂	31 mmHg	35-45 mmHg
PaO ₂	50 mmHg	60-80 mmHg
HCO ₂	24 mmHg	22-25 mmHg
Electrolitos		
Na ⁺	137.0 mmol/L	133-144 mmol/L
K ⁺	3.25 mmol/L	3.9-5.9 mmol/L
Ca ⁺	7.5 mg/dl	6-10 mg/dl
Química sanguínea		
Bilirrubina total Rn	10.50 mg/dl	3.10-12.70 mg/dl
Bilirrubina Directa Rn	0.50 mg/dl	0.02-0.60 mg/dl
Bilirrubina Indirecta Rn	10.00 mg/dl	-
PCR	0	0.00-6.00 mg/dl
Glucosa	60 mg/dl	20-65 mg/dl
Úrea	5.9 mg/dl	3-12 mg/dl
Creatinina	0.25 mg/dl	0,3-1 mg/dl

Gráfico #1: Resultados De Exámenes, **Fuente:** Laboratorio clínico del Hospital De Especialidades Fuerzas Armadas N°1 Quito



Gráfico #3: Radiografía de tórax
Imagen reticulogranulares finas que
no confluyen.

Fuente:

<https://es.slideshare.net/angelsoriano/t-aquipnea-transitoria-del-rn-30730033>

PRIMERA ETAPA



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



Babahoyo, 10 de Diciembre del 2018


Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA**, con cédula de ciudadanía **1206429357**, estudiante egresada de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la PROPUESTA, Tema del Caso Clínico: **DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente



ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA.
CI: 1206429357


13/12/2018 15:04



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.** en calidad de Docente Tutora de la Propuesta del Tema de Caso Clínico (Componente Práctico): **“DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO”**, elaborado por la estudiante: **ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de diciembre del año 2018

Firma del Docente -Tutor
LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.
CI: 1202072201

13/12/2018 15:09



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXÁMEN COMPLETIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO(A) EN
ENFERMERÍA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
**DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**

AUTOR

ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA

TUTORA:

LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS

BABAHYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

**DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN
PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: NN

Edad: 2 días

Edad gestacional:

FUM: 33.5 semanas

CAPURRO: 34 semanas

Peso: 2080 gr

Talla: 44 cm

Pc: 33 cm

Pt: 31 cm

Pa: 30.5 cm

Historia clínica: 15895

Apgar: 7 /10

Tipo de sangre: O+

Parto: Cesárea

Producto: Único

Gestas: Primera

Sexo: Femenino

MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

Paciente de 2 días de nacido de sexo femenino es ingresado al área de unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), por presentar signos de dificultad respiratoria; aleteo nasal, tiraje intercostal, con una saturación de oxígeno menor a 85%, presencia de taquipneas, cianosis central, ictericia e hipotonía leve.

Antecedentes: Producto de la gesta uno, madre inicia con control prenatal en el quinto mes de gestación, con ingesta de ácido fólico por un mes, cursa con infección en las vías urinarias (IVU), evoluciona con ruptura prematura de membrana, parto por cesárea con un Apgar de 7/10.

Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad

Neonato presenta mecánica respiratoria alterada. Con un puntaje de 6 en la escala de Silverman, presencia de taquipneas, se procede a la administración de oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, con una saturación de oxígeno al momento 89%, se evidencia cianosis central, ictericia presente valorada en escala de Kramer en zonas; 1-4-5, por lo cual se procede a la aplicación de fototerapia con cuidados de enfermería correspondientes y medidas de seguridad, Temperatura: 35.5 °C Frecuencia cardíaca: 134 por minuto Frecuencia respiratoria: 70 por minuto, Tensión arterial: 58/25 mmHg con una media de 45, se procede a monitorizar signos vitales cada hora. se procede a canalizar vía en miembro superior derecho para

colocación de dispositivo intravenoso sin heparina (DISH). Se coloca sonda orogástrica, colocación en cuna corriente posición decúbito supino, se realizan tomas de muestras sanguíneas para realizar examen de bilirrubina, gasometría arterial

Examen Físico

SNC: Paciente activo reactivo a la manipulación.

Cabeza: Perímetro cefálico 33 cm ,fontanela anterior y posterior normotensa ,a la palpación se descarta presencia de craneotabes , presencia de vérnix caseosa en región frontal y temporal del cuero cabelludo, ojos con implantación adecuada, no se evidencia edema palpebral, nariz poco prominente con puente nasal aplanado presencia de quistes de millium en la punta de la nariz ,orejas de implantación correcta, conducto auditivo externo sin obstrucción ,boca simétrica labios semihúmedos de coloración azulada , no malformaciones en paladar duro, se evidencia laguno y piel de color amarillo a nivel de la facie.

Cuello: Cuello simétrico, no signos malformaciones, se evidencia la piel de color amarilla, clavículas sin fracturas presentes

Extremidades superiores: Hombros, antebrazos simétricos, dedos y uñas sin malformaciones no se evidencia presencia de polidactilia.

Tórax: Perímetro de 31 cm, se evidencia tiraje intercostal y utilización de músculos accesorios, no se palpan masas tumorales, piel se aspecto normal sin hematomas.

Pulmones: Campo pulmonar derecho e izquierdo se ausculta ruidos respiratorios estertores

Abdomen: Abdomen blando no doloroso a la palpación, presencia de cordón umbilical pinzado de aspecto y coloración normal

Región glútea: Ano perforado, permeable, región perianal de aspecto normal no se evidencia signos de irritación. Se evidencia mancha mongólica en región lumbo-sacra

Genitales: Vulva de aspecto normal, presencia de secreción de coloración blanquecina.

Extremidades inferiores: Cadera simétrica, no se evidencia edemas, ni malformaciones.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo: Dificultad respiratoria neonatal

Diagnostico diferencial: Apnea del prematuro, hipertensión pulmonar

Diagnóstico definitivo: Síndrome de distress respiratorio

DIAGNOSTICO ENFERMERO

- **Patrón respiratorio ineficaz (00032) r/c** patología SDR **m/p** saturación de oxígeno por debajo de lo normal.
- **Deterioro del intercambio de gases (00030) r/c** cambios de la membrana alveolo capilar **m/p** taquicardias
- **Lactancia materna ineficaz (00104) r/c:** Antecedentes de fracaso en la lactancia materna **m/p:** Secreción láctea inadecuada

SEGUNDA ETAPA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 4 de Enero del 2019


Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, Yo, **ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA**, con cédula de ciudadanía **1206429357**, estudiante egresada de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del Tema del Caso Clínico: **DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente



ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA.
CI: 1206429357

Recibido

4-1-2019



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.** en calidad de Docente Tutora del Tema de Caso Clínico (Componente Práctico): **“DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO”**, elaborado por la estudiante: **ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 4 días del mes de enero del año 2019

Firma del Docente -Tutor
LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS.
CI: 1202072201



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, 10 de abril del 2019

A. COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, Roxanna María González Espinoza , con cédula de ciudadanía 1206429357, egresado (a) de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de Enfermería , de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Caso Clínico de la dimensión practica del Examen Complejivo,tema: **Desarrollo Del Proceso De Atención De Enfermería En Paciente Neonato Con Síndrome De Distress Respiratorio**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecido (a).

Firma

Recibido

10-4-19



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 10/4/2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL CASO CLÍNICO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: LCDA. GREY MARILU ANDRADE TACURI MGS

FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE NEONATO CON SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: ROXANNA MARIA GONZÁLEZ ESPINOZA

CARRERA: ENFERMERIA

Pag. N.º.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1 hora	03/01/2019	Análisis de la metodología para aplicar	X		20%		
1 hora	03/06/2019	Guía y revisión de avance objetivo		X	35%		
1 1/2 hora	03/13/2019	Revisión de Marco Teórico	X		45%		
2 horas	03/20/2019	Guía y revisión de Literatura	X	X	50%		
2 horas	03/30/2019	Revisión de patrones alterados	X		55%		
1 hora	04/03/2019	Guía proceso de revisión de aplicación	X		70%		
2 horas	04/05/2019	de Nanda - Nic - NCC	X		75%		
1 hora	04/06/2019	Revisión de Exámenes complementarios	X		80%		
1 hora	04/07/2019	Revisión de Bibliografías		X	90%		
1 hora	04/08/2019	Revisión de Caso clínico finalizado y firmas de documentación	X		100%		