



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATO PRETERMINO
CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL ÁREA DE UCIN
DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**

AUTOR

SORIA GASTESI JHOMMYRA IZHAMAR

TUTOR

LIC. FANNY SUAREZ CAMACHO. MSC

BABAHOYO – LOS RIOS - ECUADOR

2020

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
Título del Caso Clínico.....	III
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	VIII
I. MARCO TEÓRICO.....	1
Definiciones.....	1
Etiología.....	1
Fisiopatología.....	2
Respuestas Humanas	3
Exámenes Complementarios.....	3
Diagnostico enfermero.....	4
Tratamiento.....	5
Intervenciones de Enfermería.....	7
1.1 Justificación	8
1.2 Objetivos.....	9
1.2.1 Objetivo general.....	9
1.2.2 Objetivos específicos.....	9
1.3 Datos generales.....	10
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	11

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	11
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	11
Valoración cefalocaudal.....	11
Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Maryory Gordon).....	12
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	13
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	13
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	14,15,16
2.6.1 Aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE).....	17,18,19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	20
2.8 Seguimiento.....	21
2.9 Observaciones.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	24

DEDICATORIA

Al creador del Universo, DIOS, mi amigo incondicional por darme la vida, la fuerza y voluntad para luchar por las metas propuestas.

Esta dimensión práctica del Examen Complexivo, se lo dedico a todas las personas que me brindaron su apoyo incondicional. A mi familia, a la Lcda. Fanny Suarez Camacho, a mis compañeros.

Hoy la culminación de esta meta se la debo a ustedes y espero seguir contando con su apoyo, consejos y cariño. Reciban de mi parte el deseo de la suerte y éxito en todo lo que emprendan.

Jhommyra Izhamar Soria Gastesi

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a DIOS, gracias a él, se hace posible realizar todas las actividades en mi vida. A mi familia y a mi novio por el apoyo brindado durante mi formación universitaria.

A mis compañeros, por seguir adelante juntos en este maravilloso camino del saber, en especial a mi amiga Daniela Guerrero por alentarme siempre a seguir adelante, por siempre estar ahí cuando la necesito.

A mi tutora MSC. Fanny Suarez Camacho, por su guía y apoyo, de la cual aprendí mucho en el transcurso de este proyecto.

Jhommyra Izhamar Soria Gastesi

Título del Caso Clínico

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATO PRETERMINO CON
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL ÁREA DE UCIN DEL
HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**

Resumen

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, lo cual permite brindar cuidados de una forma racional, lógica y ordenada. El proceso de atención de enfermería, consiste en un proceso de 5 etapas: VALORACIÓN, DIAGNOSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN, resaltando que la enfermería es una disciplina con carácter científico que se centra en la respuesta humana del individuo, la cual conlleva a una mayor calidad de cuidados para el paciente y satisfacción para el mismo.

El SDR, anteriormente llamado Enfermedad de las Membranas Hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los Recién Nacido Pretérmino (RNP) durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24-48 horas de vida. La inmadurez del pulmón del Recién nacido Pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados.

El siguiente caso clínico trata de un Recién Nacido de 34 SG, que pasa por el área de unidad de cuidados intensivos neonatales según orden médica, por presentar dificultad para respirar, saturaciones de menos de 70%, presenta cianosis en miembros superiores e inferiores, presión arterial de 45/58 mmHg. La cual ingresa al área de unidad de cuidados intensivos neonatales para recibir los cuidados y el tratamiento correspondientes, mediante el proceso de atención de enfermería.

PALABRAS CLAVES: Proceso de atención de enfermería (PAE), Síndrome de Dificultad Respiratoria, Déficit de Surfactante Pulmonar, Neonato pretérmino.

Abstract

The nursing care process (PAE), is the application of the scientific method in nursing care practice, which allows to provide care in a rational, logical and orderly manner. The nursing care process consists of a 5-stage process: ASSESSMENT, DIAGNOSIS, PLANNING, EXECUTION AND EVALUATION, highlighting that nursing is a scientific discipline that focuses on the individual's human response, which leads to a higher quality of care for the patient and satisfaction for the same.

The SDR, previously called Hyaline Membrane Disease, is an acute respiratory condition that almost exclusively affects the Preterm Newborn (RNP) during the first hours of life, reaching its maximum intensity at 24-48 hours of life. The immaturity of the preterm Newborn lung is not only biochemical, pulmonary surfactant deficit, but also morphological and functional, since lung development has not yet been completed in these immature children. The lung with surfactant deficiency is unable to maintain adequate aeration and gas Exchange.

The following clinical case is a Newborn of 34 SG, which passes through the area of Neonatal Intensive Care Unit according to medical order, for presenting difficulty breathing, saturations of less than 70%, presents cyanosis in upper and lower limbs, pressure arterial 45/58 mmHg. Which enters the neonatal intensive care unit area to receive the corresponding care and treatment, through the nursing care process.

KEYWORDS: Nursing care process (ECP), Respiratory Difficulty Syndrome, Pulmonary Surfactant Deficit, Preterm Infant

INTRODUCCION

Aplicar el proceso de atención de enfermería, conlleva a la profesión un carácter científico, para desarrollar una base de conocimientos propios, en la cual se consigue una autonomía para la enfermería y el reconocimiento social. Este mismo sirve como instrumento de trabajo para el personal de enfermería, favoreciendo que las intervenciones se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR), conocido como enfermedad de la membrana hialina (EMH), es la afección respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), atribuible a déficit o ausencia del factor tensoactivo o surfactante pulmonar, es la principal causa de ingreso en las unidades de cuidados intensivos neonatales y su mortalidad es elevada. Es por ello que la aplicación del proceso de atención de enfermería está centrada en el paciente, hacia la búsqueda de soluciones, proporcionando cuidados eficaces y eficientes para la pronta recuperación del paciente.

El diagnóstico de SDR puede ser patológico, clínico y bioquímico, los más serios se definen solamente con la combinación de hallazgos clínicos, más cambios en la radiografía (Rx) de tórax. El cuadro clásico comprende: quejidos, retracciones intercostales, aleteo nasal, cianosis, aumento de los requerimientos de oxígeno, Rx compatible y edad menor de 6 horas. La incidencia de SDR es mayor en Rn de 32SDG, predomina en el sexo masculino y cuando se tiene a un RN con peso inferior de 1500 gramos; la frecuencia aumenta en los niños que nacen por cesárea, en especial si esta no fue precedida de trabajo de parto; esto debido a que es el parto fisiológico lo que estimula la secreción endógena de corticoides, las cuales tiene una acción aceleradora de la maduración pulmonar. El SDR es más frecuente en los hijos de madres diabéticas insulino-dependientes, debido a la acción competitiva entre la insulina endógena del feto y los corticoides a nivel de las células del epitelio alveolar, o por la escasa disponibilidad en el pulmón de adecuados depósitos de glucógeno, que es un elemento muy necesario como sustrato en la formación de surfactante. (A, 1996)

I. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

Proceso de atención de enfermería (PAE): Es un conjunto de acciones sistematizadas y organizadas que elabora el profesional de enfermería, la cual se apoya en modelos y teorías, realizando un orden específico, para brindar los cuidados de acuerdo a las necesidades del individuo.

La aplicación del proceso de atención de enfermería permite elaborar un plan de cuidados integrales y progresivos, centrado en la identificación y tratamiento a las respuestas humanas (HERNANDEZ)

Síndrome de dificultad respiratoria: Se define como SDR al cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria progresiva en el RNP por deficiencia de factor tensoactivo pulmonar en ausencia de una malformación congénita (ejemplo; hipoplasia pulmonar, hernia diafragmática), que en su curso natural puede iniciar tan pronto como al nacer o pocas horas después del mismo y evolucionar en gravedad en los 2 primeros días de vida extrauterina, el cual, si no recibe tratamiento adecuado, puede llevar a hipoxia progresiva o insuficiencia respiratoria grave y contribuir con una significativa proporción de la morbilidad y mortalidad inmediata y a largo plazo. (Rizzardini, 2002)

Etiología

Lo más importante es el déficit del surfactante pulmonar que es el encargado de mantener la estabilidad alveolar después de la primera inspiración. El surfactante es un complejo compuesto por proteínas, hidrato de carbono, pero especialmente lípidos siendo el principal componente la lecitina, de alto poder para bajar la tensión superficial.

El surfactante impide que los alveolos se colapsen totalmente en la expiración por lo que el déficit de esta sustancia produce atelectasia. El colapso pulmonar condiciona hipoxia, acidosis, vasoconstricción pulmonar, menor producción de surfactante y mayor colapso. La hipoxia daña el endotelio capilar y se produce transudación de líquido con fibrina hacia la luz del alveolo que es lo que origina las membranas hialinas. (García, 2015)

Fisiopatología

El desarrollo y el crecimiento del pulmón es una mezcla notable de la interacción ambiental, genética y local. La prematuridad y la ventilación mecánica al nacimiento aumentan claramente el número de las células del musculo liso. La estructura y las proporciones de las vías aéreas y de los pulmones del RN son diferentes a la del adulto, y la distensibilidad de la pared torácica, puede acentuar las diferencias funcionales.

El SDR es la insuficiencia respiratoria secundaria a la asociación entre la diferencia de factor tensoactivo pulmonar e inmadurez pulmonar, el defecto básico es por producción deficiente de surfactante por los neumocitos tipo II; o por la lesión del pulmón lo que produce edema pulmonar con inactivación de esta sustancia tensoactiva. Las reservas en los RN con síndrome de dificultad respiratoria son < 10mg/kg comparado con los RN a término 100mg/kg. La función principal del surfactante es disminuir la tensión en las superficies de los alveolos. Al momento que el Neonato nace, la primera respiración necesita una elevada presión inspiratoria para distender los pulmones en condiciones normales, son capaces de retener hasta 40% de volumen de aire residual tras el primer ciclo respiratorio, de modo que en los ciclos subsiguientes será necesario una presión inspiratoria menor. Si existe deficiencia de surfactante, los pulmones tenderán a colapsarse en los ciclos sucesivos, lo que obliga al RN a efectuar un mayor trabajo respiratorio, tan intenso como la primera inspiración. Las alteraciones funcionales de este síndrome son: disminución de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional con alteración de la relación ventilación/perfusión. (Moya, 2015)

El agente tensoactivo pulmonar es una mezcla de fosfolípidos y lipoproteínas secretados por los neumocitos tipo II. Como la sangre que atraviesa las porciones atelectasicas del pulmón no se oxigena, el recién nacido presenta hipoxemia. En los casos graves, el diafragma y los músculos intercostales se fatigan, y se produce retención de CO₂ y acidosis respiratoria. (Casañas, 2016)

Respuestas Humanas

La dificultad respiratoria se presenta al nacer o dentro de las primeras 4 o 6 horas de vida extrauterina, con la presencia de incremento de la frecuencia respiratoria para tratar de compensar la disminución en volumen corriente, aleteo nasal por disminución de la resistencia de las vías aéreas superiores, quejido respiratorio como intento de producir una presión positiva al final de espiración al exhalar contra una glotis cerrada, retracciones porque el RN utiliza los músculos accesorios de la respiración para ayudar a superar el aumento de la presión requerida y tratar de proporcionar un adecuado volumen pulmonar, y cianosis secundaria a la alteración en oxigenación en la cual hay más de 5g/dl de hemoglobina desoxigenada. Se auscultan ruidos respiratorios disminuidos en ambos hemitórax. Con frecuencia hay alteraciones hemodinámicas (llenado capilar prolongado e hipotensión arterial). La gravedad es mayor cuando se asocia con asfixia, hipotermia y acidosis. (Morales-Barquet, 2016)

Los Neonatos más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extra pulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad.

Exámenes complementarios

Por imágenes

Radiografía de tórax: Una radiografía de tórax puede revelar que parte de los pulmones, y en qué proporción, contienen líquido, y si el corazón está agrandado.

Tomografía computarizada: Una exploración por tomografía computarizada combina imágenes de rayos X desde diferentes ángulos en vistas transversales de los órganos internos. Las exploraciones por tomografía computarizada pueden brindar información detallada acerca de las estructuras internas del corazón y de los pulmones.

Análisis de laboratorio

Es posible medir el nivel de oxígeno mediante un análisis de sangre de una arteria de la muñeca. Si el médico sospecha la presencia de una infección pulmonar.

Pueden analizarse las secreciones de las vías respiratorias para determinar la causa de la infección.

Diagnóstico Enfermero

El Dx Enfermero, se da de la necesidad de etiquetar las respuestas que las/los enfermeras/os identifican y tratan. Durante el examen físico se valora el estado de salud del individuo afectado, la cual se analiza, se identifica los problemas y se comienza aplicar los cuidados enfermeros para cada necesidad.

El diagnostico enfermero es la descripción de la respuesta humana, del individuo, grupo o comunidad referente a su estado de salud, basándose en aspectos físicos, psíquicos, socioculturales y de desarrollo, la cual nos va a guiar en los cuidados enfermeros. (JOSEP GIRAÓ, 2000)

En un neonato pretérmino con dificultad respiratoria, el diagnostico se basa en los antecedentes, datos clínicos y en el aspecto radiográfico de los pulmones, si bien la radiografía puede no reflejar la intensidad de la alteración pulmonar, sobre todo cuando el neonato recibe asistencia respiratoria. En la evolución natural de la enfermedad aparecen los cambios típicos, aunque no los patognomónicos del SDR: disminución del volumen pulmonar, opacificación difusa de los campos pulmonares con un moteado fino de aspecto de vidrio esmerilado y presencia de broncograma aéreo. (MSP, Recien nacido con dificultad para respirar, 2016)

En base a la valoración física y a la descripción de las respuestas humana, los diagnósticos enfermeros son:

- Patrón respiratorio ineficaz 00032)
- Riesgo de infección (00004)
- Termorregulación ineficaz (00008)

Tratamiento

El tratamiento del SDR va encaminado a:

- Alcanzar la estabilización inicial
- Uso de surfactante
- Ventilación mecánica

Estabilización inicial

El consentimiento informado es un documento que registra el proceso por el cual se manifiesta el derecho del paciente de la autonomía. Por lo que es obligatorio su uso y registro en la historia clínica con la metodología y formato desarrollado por el MSP.

El mejor traslado del RN es el intrauterino. Las madres con amenaza de parto antes de las 32 semanas de gestación deben ser trasladadas a un establecimiento de tercer nivel. Se recomienda en el RN menor de 29 semanas de gestación que nace fuera de un hospital de tercer nivel, la intubación inmediata, seguida de la administración de surfactante luego de la estabilización inicial, siempre que se encuentre con personal capacitado.

Se recomienda fracciones inspiradas de oxígeno (FiO_2) para mantener saturación entre 88 – 92%. Es recomendable que el FiO_2 y presiones sean controladas y conocidas. (Quiroga, 2012)

Uso de surfactante

Surfactante es toda sustancia tensoactiva secretada por los neumocitos que tapizan la superficie interna de los alveolos pulmonares. Su función es disminuir tensión superficial y favorecer los movimientos respiratorios evitando el colapso pulmonar.

Se recomienda el tratamiento precoz una vez establecido el diagnóstico en el menor de 1.500 gr, idealmente antes de las primeras 2 horas de vida.

El uso de CPAP nasal temprano reduce el número de pacientes que son intubados que requieren ventilación mecánica y surfactante pulmonar. El uso profiláctico de CPAP solo, es equivalente en efectividad al de CPAP más surfactante pulmonar en RN entre 28 6 30 semanas, con alto riesgo de desarrollar SDR.

En los pacientes que persistan con requerimiento altos de oxígeno y/o ventilación mecánica debe considerarse dosis subsecuentes. Para ello deben evaluarse al menos cada 6 horas después de la primera dosis.

Medicamentos y dosis

Poractant: 2,5 ml/kg por dosis intratraqueal seguido de dos dosis subsecuentes de 1,25 ml/kg por dosis a las 12 horas.

Calfactan: dosis inicial de 3ml/kg por dosis intratraqueal seguido de 3 dosis subsecuentes de 3ml/kg por dosis con un intervalo de 12 horas.

Beractan: 4ml/kg por dosis intratraqueal. Se pueden repetir hasta 3 dosis con intervalo de 6 a 8 horas.

Permitir el calentamiento de la sustancia al aire ambiente. No utilizar medios artificiales para calentar el frasco. No agitar.

Ventilación

El objetivo de la ventilación mecánica es lograr una oxigenación y ventilación adecuadas, evitando el trauma por presión, volumen y oxígeno en aquellos pacientes con falla respiratoria grave.

Se recomienda en aquellos menores de 27 semanas que respiren espontáneamente y requieran oxígeno mayor de 30%, considerar el uso de CPAP profiláctico. Con presión de 5 a 7cm de H₂O y FiO₂ hasta 40%.

Se recomienda en todo RN que cursa con síntomas de dificultad respiratoria conectado a CPAP profiláctico, que no logra saturaciones de O₂ mayor a 50 mmHg con FiO₂ hasta de 40%, tomar gasometría. Proceder a la intubación y aplicación de surfactante. (Morales-Barquet, 2016)

Intervenciones de enfermería

Las intervenciones de enfermería son actividades que están encaminadas a lograr un objetivo previsto, basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional de enfermería para lograr el resultado esperado por el paciente.

- Estar familiarizado con la fisiopatología de la enfermedad.
- Iniciar intervenciones según indicación.
- Reconocer signos y síntomas del SDR.
- Conocer las complicaciones de la ventilación mecánica.
- Reconocer la importancia del destete de parámetros del respirador y del oxígeno
- Prevenir y minimizar atelectasia.
- Monitorizar la FiO₂ administrada.
- Mantener los niveles de oximetría de pulso dentro de los rangos recomendados.
- Minimizar los efectos tóxicos del oxígeno, el barotrauma y volutrauma.
- Mantener permeable la vía aérea.
- Utilizar los cuidados recomendados para una correcta aspiración de la vía aérea.
- Realizar cuidados para la prevención de los riesgos de la hiperoxia (ROP y DBP), y de la hipoxia (daño cerebral)

La mejor estrategia en beneficio del RN, es prevenir el parto prematuro con un control prenatal adecuado (5 controles durante el embarazo, OMS), ya que la mayor incidencia del SDR, se observa a menor edad gestacional.

1.1 Justificación

El proceso de atención de enfermería es de gran importancia a nivel de salud, en la cual se utiliza un modelo centrado en el usuario, generando información básica para la investigación de enfermería. Es un método sistematizado, que permite impulsar a la investigación al personal de enfermería, constituyendo un sistema de excelencia profesional para la pronta recuperación del individuo, el mismo que permite la interacción Enfermero – Paciente, Paciente – Enfermero, fundamental en la atención del cuidado.

El síndrome de dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante, es la principal patología respiratoria entre los recién nacidos prematuros; ocupa un papel preponderante por su alta morbimortalidad. A pesar de los grandes avances, tanto en el conocimiento de su fisiopatología, como en el tratamiento actual, dicho síndrome continúa siendo una de las primeras causas de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales a nivel mundial.

La presente investigación es de gran relevancia práctica, en la cual se aplicó el proceso de atención de enfermería, el mismo que permite brindar cuidados con base científica para así poder intervenir de una manera oportuna al cuidado de los pacientes, disminuyendo la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos. Cabe recalcar que esta investigación es un aporte para el conocimiento diario, la cual forma parte del vivir de hospitales.

2.2 Objetivos

I.2.1 Objetivo General

Desarrollar el proceso de atención de enfermería (PAE) en neonato pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria.

I.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las Respuestas Humanas del Síndrome de Dificultad Respiratoria.
- Determinar los Diagnósticos de Enfermería del síndrome de dificultad respiratoria en neonatos.
- Aplicar el plan de intervenciones de enfermería en el Síndrome de Dificultad Respiratoria.

3.2 Datos generales

APELLIDOS ZABALA PAZ	NOMBRES NN	EDAD 2 DÍAS
SEXO FEMENINO	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO 09/01/2019 - 23H11PM	NACIONALIDAD ECUATORIANO
LUGAR DE NACIMIENTO Guayaquil (Hospital General Guasmo Sur)	RAZA MESTIZO	HISTORIA CLINICA 274339
FECHA DE INGRESO 09/01/2019	SIGNOS VITALES TA: FC: 170x, FR: 45x, T:36,5C, SAT:98%	PESO 1,440 GR
TALLA 41CM	PERÍMETRO CEFÁLICO 30 CM	PERÍMETRO TORÁCICO 29 CM
APGAR 7-8	NIVEL SOCIO ECONÓMICO BAJO	RESIDENCIA GUAYAQUIL
GRUPO SANGUINEO ORh+	GRUPO SANGUINEO DE MADRE ORh+	GRUPO SANGUINEO DE PADRE ORh+
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR VIVIENDA ARRENDADA	PADRE N.N	OCUPACIÓN CARPINTERO
SALARIO 450 DÓLARES	MADRE N.N	OCUPACIÓN AMA DE CASA

Antecedentes maternos

Madre de 32 años

Dx Embarazo 27 semanas + trabajo de parto + cesárea previa (3)

Refiere IVU y Leucorreas durante todo el embarazo tratada no curad

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Neonato pretermino de sexo femenino, obtenido por cesárea el 09/01/2020 a las 23h11, con Apgar 7-8, al nacimiento se observa cianosis con saturaciones de 80 a 85% por lo que se coloca en oxígeno a flujo libre y se mantiene en vigilancia clínica, a las 3 horas por descompensación respiratoria (taquipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea y quejido respiratorio) por lo que se decide secuencia de intubación rápida y se coloca en ventilación mecánica.

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

Se recibe a neonato pretermino de sexo femenino procedente de AIRN, cursando 17 horas de vida, neonato se encuentra en ventilación mecánica modo SIMV, saturando 98% con FiO2 80%, activo, reactiva a estímulos, piel con mala perfusión distal, campos pulmonares ventilados, buena entrada de aire bilateral, latidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes pero disminuidos, cordón umbilical anacarado en proceso de momificación, se observan 2 arterias y una vena, extremidades frías con mala perfusión.

2.3 Examen Físico (exploración clínica)

Valoración Cefalocaudal

Cabeza: Perímetro cefálico 33cm, fontanela anterior y posterior normotensa, se descarta presencia de craneotabes, ojos con implantación adecuada, nariz poco prominente, implantación de orejas correcta, conducto auditivo externo sin obstrucción, labios simétricos, labios semihidratados.

Cuello: Cuello simétrico

Extremidades superiores e inferiores: Simétricas

Abdomen: Abdomen blando no doloroso a ala palpación, presencia de cordón umbilical.

Región Glútea: Ano perforado, permeable y Vulva de aspecto normal

Genitales: Vulva de aspecto normal.

Valoración de enfermería por patrones funcionales (Teoría de Marjory Gordon)

Patrón 1: Promoción de la salud: Neonato de 2 días de nacido, con ventilación mecánica, con signos vitales T/A: 58/25mmHg, FR: 45X, FC: 170X, T:36,5 °C, SAT: 98%, con buen aseo personal por parte del personal de enfermería.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico: Neonato se encuentra con Sonda Nasogástrica, recibiendo nutrición enteral con leche materna a libre demanda, aun no se evidencia total succión y deglución. Al examen físico se encuentra mucosas semihidratadas. Peso de nacimiento 1440 gr y actualmente 2220 gr.

Patrón 3: Eliminación e Intercambio: Neonato valorado con densidad urinaria de 1015 y con una diuresis de 1,1ml/kg/h eliminaciones.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio: Neonato se encuentra en termocuna con ventilación mecánica, se evidencia movimientos de miembros a la manipulación.

Patrón 5: Sueño – Descanso: Neonato en termocuna.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo: Al examen físico, se observan ojos con rima palpebral adecuada, correcta implantación de cejas y pestañas.

Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto: Neonato activo, reactivo a la manipulación.

Patrón 8: Rol – Relaciones: Neonato se encuentra en UCIN bajo el cuidado del personal de enfermería y de su madre, en la cual se realiza el método canguro.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción: Neonato de sexo femenino, con areola íntegra con forma circular, bordes íntegros y sin fisuras; no presenta malformación a nivel de vulva.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés: Neonato presenta mejoría en su estado de salud

Patrón 11: Valores y Creencias: Padres del Neonato, de religión católica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Gasometría arterial

PH	1. 7.40	7.30 – 7.35
PaCO2	31mmHg	35 – 45mmHg
PaO2	50mmHg	60 – 80mmHg
HCO2	24mmHg	22- 25mmHg

Electrolitos

Na +	137.0mmol/L	133 – 144mmol/L
K +	3.25mmol/L	3.9 – 5.9mmol/L
Ca +	7.5mg/dl	6 – 10mg/dl

Química Sanguínea

Glucosa	60mg/dl	20 – 65 mg/dl
Urea	5.9mg/dl	3 – 12mg/dl
Creatinina	0.25mg/dl	0.3– 1mg/dl

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico Presuntivo: Se basó en una hipótesis inmediata, es emitido el criterio médico, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas presentes en el Neonato. Se describe como diagnóstico presuntivo: Síndrome de dificultad respiratoria

Diagnóstico Diferencial: Una vez realizada la exploración física y la anamnesis, con la obtención de pruebas diagnósticas complementarias, se describe como Diagnóstico Diferencial: Saturación de Oxígeno por debajo de lo normal.

Diagnóstico Definitivo: Obteniendo pruebas y exámenes complementarios, se describe el Diagnóstico Definitivo como: Patrón Respiratorio Ineficaz.

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

Conducta materna:

Madre inicia su control prenatal en el cuarto mes de gestación, con ingesta de ácido fólico, cursa con infección de vías urinarias (IVU) y leucorreas durante todo el embarazo, tratadas, pero no curadas, parto por cesáreas.

Literatura Científica:

MSP (MSP, Recien nacido con dificultad para respirar, 2016) considera, que el primer control sea realizado en el primer trimestre de 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.

MSP (MSP, Infeccion de vias urinarias en el embarazo, 2012) menciona que “La bacteriuria asintomática, puede determinar relación con problemas obstétricos que lleven a problemas perinatales de alto impacto para la salud pública.

Análisis del autor:

El síndrome de dificultad respiratoria, es la patología más frecuente en neonatos pretérmino, ya que no existe el suficiente desarrollo de surfactante y con ello impide el buen funcionamiento de la mecánica respiratoria, su antecedente se basa a la deficiencia del tratamiento oportuna 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 (MSP).

Conducta patológica:

Se recibe a neonato pretérmino de sexo femenino procedente de AIRN, cursando 17 horas de vida, neonato se encuentra en ventilación mecánica modo SIMV, saturando 98% con FiO2 80%, activo, reactiva a estímulos, piel con mala perfusión distal, campos pulmonares ventilados, buena entrada de aire bilateral, latidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes pero disminuidos, cordón umbilical anacarado en proceso de momificación, se observan 2 arterias y una vena, extremidades frías con mala perfusión.

Literatura científica:

MSP (MSP, Recien nacido con dificultad para respirar, 2016) menciona, que el RN prematuro tardío (34 a 36 semanas) no es tan saludable como se pensaba; su mortalidad es más alta en comparación a los RN a término.

MSP (MSP, Recien nacido con dificultad para respirar, 2016) señala que el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), es un cuadro que comienza después del nacimiento o en las primeras horas de vida, que se caracteriza por taquipnea, cianosis, quejido, retracción intercostal.

Análisis del autor:

Basándose en estudios científicos y analizando el cuadro clínico presente, es de gran importancia la identificación, evaluación y la correcta aplicación de guías clínicas y proceso de atención de enfermería, para así poder brindar una atención de calidad, la cual darán como resultado, una clínica favorable del paciente.

Terapéutica aplicada en paciente con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria

Terapéutica aplicada en el caso clínico

El personal médico que labora en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General Guasmo Sur, cumple con la normativa que se deben aplicar, basándose en las guías clínicas estandarizadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Neurológico

- Infusión de morfina IV a 1cc/hora (Dw 5% 49cc más 1cc de morfina)
- Fenobarbital 6,5mg IV cada 12 horas
- Fentanyl 5mcg IV PRN

Respiratorio

- Ventilación mecánica TI 0,33 P/P 18/8 FV 45 FiO2 60% Pmva 7 (manejo dinámico)
- Aspiración de secreciones por TET por circuito cerrado

Digestivo

- Leche materna 10ml cada 3 horas pro SOG

Hemodinámico

- DW al 10% sin electrolitos IV a 7,9cc/hora

Soporte

- Calcio 2,6 más 2,6 de agua destilada IV cada 12 horas
- Complejo B 1ml IV cada día
- Ácido ascórbico 1ml IV cada día
- Oligoelementos 1ml IV cada día

Infecioso

- Ampicilina 520mg IV cada 12 hora (Día 0)
- Gentamicina 11mg IV cada día (Día 1)

El personal de Enfermería como parte del personal de Salud, la cual realiza los procesos de atención de enfermería, para el mejoramiento de los patrones que se ven afectados por la patología presente, mediante protocolos establecidos, se describe lo siguiente:

- Valoración de la ventilación mecánica
- Valoración de constantes vitales cada hora
- Valoración de exámenes de laboratorio
- Oxigenoterapia
- Alimentación por sonda nasogástrica
- Cuidados de la piel
- Registro de notas de enfermería
- Manipulación mínima
- Nido de contención
- Cambios de posición cada 2 horas
- Balance hídrico cada turno
- Glicemias capilares cada turno

NANDA: Pág. 138
NOC: Pag.380
NIC: Pág. 632



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Patrón Respiratorio Ineficaz (00194)



R/C: Síndrome de Dificultad Respiratoria

E/P: Saturación de Oxígeno por debajo de lo normal.

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040202 Facilidad de la respiración		x			
040211 Saturación de Oxígeno			x		
040206 Cianosis			x		
040203 Disnea en reposo		x			

ACTIVIDADES

1. Observar la presencia y calidad de pulso.
2. Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardiaca.
3. Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
4. Observar si hay cianosis central y periférica.
5. Observar si hay relleno capilar normal.
6. Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
7. Pesar a diario.

M
E
T
A
S

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

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



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Termorregulación Ineficaz (00008)



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: 3900 Regulación de la temperatura

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
011807 Termorregulación	x				
011704 Saturación de Oxígeno > 85%		x			
011701 Frecuencia cardiaca			x		
011703 Frecuencia Respiratoria				x	

ACTIVIDADES

- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se establezca
- Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso
- Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede
- Cubrir al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor
- Colocar un gorro para evitar pérdida de calor
- Colocar al Rn en incubadora o Calentador, si es necesario

M
E
T
A
S

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

NANDA: Pag.303
NOC: Pág. 218
NIC: Pág. 253



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Riesgo de Infección (00004)



R/C: Procedimientos Invasivos

E/P: Sonda Nasogástrica (SOG)

M
E
T
A
S

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase: (S) Conocimientos sobre Salud

Etiqueta: 1807 Control de la Infección

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

Campo: 4 Seguridad.

Clase: (V) Control de Riesgos

Etiqueta: 6540 Control de Infecciones

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

ACTIVIDADES

- Limitar el número de las visitas, si procede
- Enseñar a los familiares el lavado de manos apropiado
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidado de los pacientes
- Poner en práctica precauciones universales
- Usar guantes, según normas de protocolo
- Llevar ropas o bata de protección durante la manipulación de material infeccioso
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva
- Administrar terapia de antibióticos

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

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería, conocido como patrones funcionales, la cual se basa en una lista de actividades y comportamiento que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. Permite una valoración enfermera sistemática, con la que se logra una gran cantidad de recolección de datos relevantes del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, la cual cumple todos los requisitos adecuados a una valoración correcta.

El presente caso clínico, se apoya en la teoría de Marjory Gordon, ya que como personal de enfermería debemos llevar a cabo para el mejoramiento de la clínica del paciente. Es de suma importancia el reconocimiento del mejoramiento de la salud, ya que con esto enfatizamos la importancia de aplicar modelos y teorías, para llevar a cabo una buena práctica de atención de enfermería basada en literatura científica. En la cual, de los 11 patrones funcionales, 3 de ellos se encuentra afectados:

Patrón 1: Promoción de la salud (Patrón Afectado) (Patrón respiratorio ineficaz 00032)

Patrón 2: Nutricional – Metabólico (Patrón Afectado) (Riesgo de infección 00004)

Patrón 3: Eliminación e Intercambio

Patrón 4: Actividad – Ejercicio (Patrón Afectado) (Termorregulación Ineficaz 00008)

Patrón 5: Sueño – Descanso

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo.

Patrón 7: Autopercepción – Auto concepto

Patrón 8: Rol – Relaciones

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés

Patrón 11: Valores y Creencias

2.8 Seguimiento

Se recibe Neonato pretermino de sexo femenino de 31,7 semanas de edad, obtenido por producto de la tercera gestación, con líquido amniótico turbio, clampeo de cordón umbilical a los 3 minutos de vida del cese, al momento se encuentra con un peso de 2,220 gr, talla 41 cm, Apgar de 7 al minuto, 8 a los 5 minutos y 9 a los 10 minutos con apoyo de ventilación mecánica, presenta constantes vitales, T/A: 60/35mmHg, FC: 170X, FR: 57X, con una SPO2 de 98%, T: 36,5 C, mucosas orales semihidratadas, disminución considerada de retracción xifoidea, no signo de taquipnea, alimentándose por sonda nasogástrica con leche materna 10ml cada 3 horas, abdomen blando depresible, sin edemas en miembros superiores e inferiores, deposiciones y diuresis presentes con una densidad de 1,005 d/. Se síguelos protocolos establecidos, brindando los cuidados de enfermería, alcanzando una recuperación satisfactoria en el neonato.

2.9 Observaciones.

El presente caso clínico redactado, presenta como DX: Síndrome de Dificultad Respiratoria, la cual ha mejorado mediante prescripciones médicas, procesos y cuidados por parte del personal de enfermería, lo que permitieron el mejoramiento de la clínica del neonato. Hasta el final del seguimiento se evidencio mejoramiento de la mecánica respiratoria del neonato con un porcentaje de saturación del 98%, disminución del tiraje intercostal y cianosis.

CONCLUSIONES

Se evidencio que el trabajo en equipo, facilita el proceso dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital General Guasmo Sur, la correcta aplicación de normas y protocolos, así mismo el 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 estableció planes de cuidados a la necesidad del neonato con síndrome de dificultad respiratoria, en la cual se aplicó de manera correcta la trilogía: NANDA, NIC, NOC, para la mejora de patrones alterados.

Referencias bibliográficas

- A, S. (1996). INTENSIVE CARE OF THE FETUS AND NEONATE.
- Casañas, E. D. (2016). Particularidades del síndrome de dificultad respiratoria aguda en edades pediátricas. *Rev Cubana Pediatr.*
- García, D. D. (2015). Insuficiencia respiratoria neonatal. *neonatalogia.*
- Goya, J. L. (2008). Síndrome de dificultad respiratoria. *Síndrome de dificultad respiratoria.*
- Morales-Barquet, D. (2016). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria.
- Moya, D. V. (2015). Incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda. *Rev. Arch Med Camagüey Vol19.*
- MSP. (2012). *Infección de vías urinarias en el embarazo.*
- MSP. (2016). Recién nacido con dificultad para respirar.
- MSP. (2016). *Recién nacido con dificultad para respirar.*
- PRADO. (2012).
- Quiroga, L. A. (2012). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Enfermería neonatal.*
- Rizzardini, D. M. (2002). Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. *Chilena Pediatría, Vol. 44.*

Linkografía

<https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637f78646e04001011f014e64.pdf>

<https://www.redalyc.org/pdf/487/48708306.pdf>

http://anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_edited.pdf

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>

<https://www.uv.es/joquigo/materiales-dominio-profesional/l libre.pdf>

ANEXOS



NOMBRE: *7216622* SEXO: *mas* EDAD: *40* PESO: *1120* OH: *4* Fecha: *10/10/2020*
 Dpto: *1306/1004 - SP2 - Sala de Emergencias - no afectado por RR. (su) - CUC*
 Diagnostico: *200000000 + reventon de bido*

NEUROLOGICO FNI ✓ DPH ✓ MORFINA <i>0.5 10.3</i> PERTAN ✓ LET + PO () LAP ✓ EX: <i>10/10/2020</i> IMAGENES: <i>10/10/2020</i>	RESPIRATORIO ARM ✓ MICO S+V ✓ IV M ✓ TI 0.35 ✓ PIP 8/5 ✓ PUFF 30 ✓ MANU 7 ✓ 200000000 10/10/2020 10/10/2020	DIGESTIVO UN <i>100 3 h 18</i> <i>0m 431 x 35</i> <i>1.2 x 1.1 0.2 0.2 1/2</i> <i>1.5 x 1.1 0.2 0.2</i> <i>1.2 x 1.1 0.2 0.2</i> <i>1.2 x 1.1 0.2 0.2</i>	HEMODINAMICO IT <i>140</i> DW <i>180 + E</i> GOTED <i>3.2</i> IG <i>7</i> <i>200000000</i> DW ✓ GOTED: <i>0.7</i> IG: <i>mg/ml</i>	CARDIOVASCULAR DOPA <i>0.3</i> KAL ✓ DOBUTA: ✓ KAL ✓ FURIO: ✓ KAL ✓	ATS 7.35 mg IV CADA 12 h 0.24 mg IV CADA 3.6 (DAS) 100 mg IV 20 mg IV
AMINOACIDOS COMPLEJO <i>3</i> M.V. IV OD VIT. C <i>1.7</i> M.V. IV OD TOTAL <i>42</i> CC/D	RESPIRATORIO AMINOACIDOS: <i>3</i> M.V. IV OD VIT. C <i>1.7</i> M.V. IV OD TOTAL <i>42</i> CC/D	RESPIRATORIO COMPLEJO <i>3</i> M.V. IV OD VIT. C <i>1.7</i> M.V. IV OD TOTAL <i>42</i> CC/D	HEMODINAMICO IT <i>140</i> DW <i>180 + E</i> GOTED <i>3.2</i> IG <i>7</i>	HEMODINAMICO IT <i>140</i> DW <i>180 + E</i> GOTED <i>3.2</i> IG <i>7</i>	HEMODINAMICO IT <i>140</i> DW <i>180 + E</i> GOTED <i>3.2</i> IG <i>7</i>

HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
 NOMBRE: *Alfaro* Dr. *Alfonso Delgado*
 Dpto: *1306/1004* UCI: *23293*

FECHA	INDICACION	TIPO	RESPONSABLE	ESTADO		
10-01-2020	1000	B	204	A	Carmona	Carmona
10-01-2020	1000	B	204	A	Carmona	Carmona
10-01-2020	1000	B	216	A	Carmona	Carmona
10-01-2020	1000	B	216	A	Carmona	Carmona
10-01-2020	1000	B	287	A	Carmona	Carmona
10-01-2020	1000	B	357	A	Carmona	Carmona

HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
 NOMBRE: *Alfaro* Dr. *Alfonso Delgado*
 Dpto: *1306/1004* UCI: *23293*

10 DE 2020
 RECIBIDO
 No. *11-13*
 Dr. *Alfonso Delgado*
 MASP: *1306/1004/23293*

