



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

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

TEMA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREMATURO DE 4 DIAS
CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.**

AUTOR

MOREIRA VERA JENNIFER JULISSA

TUTOR

CAMINO BRAVO IVONNE ARACELY

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
1. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	7
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICOS	8
1.3 DATOS GENERALES	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE)	10
2.2 PRINCIPALES DATOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS)	11
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	11
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.	14
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	15
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR16	
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE LA SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	19
2.8 SEGUIMIENTO	20
2.9 OBSERVACIONES	24
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26
ANEXOS	28

DEDICATORIA

En primer lugar dedico este trabajo a Dios, porque ha sido mí fortaleza y ayuda en todo el trayecto de mi vida y mi carrera profesional.

A mis padres y hermanos quienes siempre han estado ahí para aconsejarme cuando necesitaba aclarar mis ideas y que supieron guiarme por el buen camino a pesar de las dificultades que se presentaron más de una vez en mi vida. Y sobre todo, por ser los pilares fundamentales en toda la trayectoria de mi preparación académica.

MOREIRA VERA JENNIFER JULISSA

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a la Universidad Técnica de Babahoyo. A la Facultad de Ciencias de la Salud y a la escuela de Salud y Bienestar por haberme formado en un profesional de Salud en todos estos años de estudios y por velar por el compromiso de enseñarnos, educarnos y formarnos como futuros licenciados de nuestra querida patria.

Agradezco también al Hospital donde realicé mis practicas pre profesionales por brindarme aquellas enseñanzas en el ámbito laboral con la ayuda de todos los profesionales de salud. Quienes me hicieron afianzar mis conocimientos teóricos con la práctica. Y sobre todo, permitirme realizar mi caso clínico basado en un paciente real para poder sustentarlo y graduarme.

Por último, un agradecimiento muy especial para mi tutor Camino Bravo Ivonne Aracely por guiarme mediante sus conocimientos a la elaboración de mi presente investigación.

MOREIRA VERA JENNIFER JULISSA

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PREMATURO DE 4
DIAS CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.**

RESUMEN

El presente caso clínico fue elaborado a través de un prematuro de 4 días de nacido que se encuentra internado en el área de unidad de cuidados intensivos neonatal con diagnóstico médico definitivo de síndrome de dificultad respiratoria. Sin embargo, es de vital importancia mencionar que el síndrome de dificultad respiratoria es una condición pulmonar que va a producir en una persona insuficiencia respiratoria que será ocasionada por una deficiencia en el surfactante alveolar, y que se encuentra asociado con una inmadurez de la estructura pulmonar. En la mayor parte de los miles de casos tiene más incidencia en recién nacidos prematuros menores de 34 semanas de gestación (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016). Para el diagnóstico se procederá a realizarse un estudio radiológico del tórax en relación con los antecedentes y la exploración clínica de la historia clínica del paciente. Aunque debemos mencionar que el cuadro más significativo de una dificultad respiratoria es la enfermedad denominada con el nombre de membrana hialina (EMH) o distress respiratorio por déficit de surfactante (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018). Se procedió a la elaboración del proceso de atención de enfermería con la única finalidad de poder contribuir con el restablecimiento de la salud y bienestar del paciente. Por aquello, la metodología ejecutada estuvo encaminada a una breve investigación acerca de los factores de riesgos que influyen a que un recién nacido nazca con estas complicaciones. Cuáles son las causas que desencadenan esta patología y las manifestaciones clínicas. Así como también el tratamiento idóneo e indispensable para tratar esta enfermedad (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018). Una vez que se analizó toda la HC del paciente y se determinaron los patrones disfuncionales a tratar. Se procedió a la ejecución del plan de cuidados acorde a las taxonomías Nanda, nic y noc que me sirvieron de instrumento. Logrando llevar al paciente a una satisfactoria y exitosa recuperación durante toda su estancia hospitalaria.

Palabras claves: Déficit de surfactante, Síndrome de Distress Respiratorio, membrana hialina, prematuro, Proceso de Atención de Enfermería.

ABSTRACT

The present clinical case was elaborated through a 4-day-old premature man who is hospitalized in the neonatal intensive care unit area with a definitive medical diagnosis of respiratory distress syndrome. However, it is vitally important to mention that respiratory distress syndrome is a pulmonary condition that will produce respiratory failure in a person that will be caused by a deficiency in alveolar surfactant, and that it is associated with an immaturity of the lung structure . In most of the thousands of cases, it has a higher incidence in premature newborns under 34 weeks of gestation (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016). For the diagnosis, a radiological study of the thorax will be carried out in relation to the antecedents and the clinical examination of the patient's medical history. Although we must mention that the most significant picture of respiratory distress is the disease called hyaline membrane (HMS) or respiratory distress due to surfactant deficiency (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018). The nursing care process was elaborated with the sole purpose of being able to contribute to the restoration of the patient's health and well-being. Therefore, the methodology implemented was aimed at a brief investigation about the risk factors that influence a newborn being born with these complications. What are the causes that trigger this pathology and the clinical manifestations. As well as the ideal and essential treatment to treat this disease (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018). Once all the patient's CH was analyzed and the dysfunctional patterns to be treated were determined. The care plan was carried out according to the taxonomies Nanda, nic and noc, which served as an instrument for me. Managing to take the patient to a satisfactory and successful recovery throughout their hospital stay.

Key words: Surfactant deficiency, Respiratory Distress Syndrome, hyaline membrane, premature, Nursing Care Process.

INTRODUCCION

Se define como síndrome de dificultad respiratoria neonatal como una afección que se caracteriza por la acumulación de líquidos en los sacos de aire de los pulmones, lo cual no permitirá que el oxígeno llegue hasta los órganos (OMS, 2019). Esta enfermedad afecta a los recién nacidos con menos de 35 semanas de edad gestacional y es provocada por el déficit de surfactante, sustancia que es producida por neumocitos tipo II que recubren los alvéolos (López & Soler, 2018).

Según datos estadísticas de la Organización Mundial de la Salud su incidencia ha aumentado estos últimos años debido a la edad de gestación. De manera que esto afecta al 60% de los menores de 28 semanas de edad gestacional y menos del 5% mayor de 34 semanas de edad gestacional. Pero según la UNICEF plantea que más de un 70 % de las muertes infantiles mueren todos los años. Por aquello, es importante saber que cuando estamos frente un caso de síndrome respiratorio debemos valorar la clínica que presenta el paciente (Armengod & Alonso, 2017).

Debido a que en el nacimiento o poco tiempo después se producirá un cuadro clínico de polipnea y dificultad respiratoria progresiva (quejido, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, tiraje inter costal y retracción supraesternal) con cianosis central donde se requerirá de oxigenoterapia o en el peor de los casos intubación con ventilación mecánica (Armengod & Alonso, 2017).

El manejo de los recién nacidos con problemas respiratorios es muy complejo y requiere un tratamiento multidisciplinar de soporte en UCIN donde se controlará los ingresos, egresos y pérdidas sensibles mediante un cuanto al balance hídrico, oxigenoterapia, alimentación parenteral y tratamiento. Aunque la administración de los corticoides prenatales para acelerar la maduración pulmonar y el tratamiento postnatal con surfactante ha disminuyendo la morbimortalidad (López & Soler, 2018).

1. MARCO TEORICO

CONCEPTO

Se define como síndrome de dificultad respiratoria a la deficiencia de agente tensioactivo en los pulmones de los recién nacidos. Afectando principalmente a los prematuros, causándole un cuadro clínico de polipnea y dificultad respiratoria progresiva y otras complicaciones que pondrán en riesgo su vida (Espinoza, Calero, & Jara, 2015)

EPIDEMIOLOGIA

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud manifiesta que a nivel mundial cada año 4 millones de recién nacidos (menos de 28 días) fallecen en las primeras cuatro semanas de vida. Sin embargo, el 25% de todas las muertes entre los niños/as ocurren entre las primeras 24 horas y un 75 % de recién nacidos fallecen antes de que cumplan séptimo día (OMS, 2019).

Según el Ministerio de Salud Pública en su Guía práctica clínica 2016, especifica que en Ecuador, los recién nacidos de muy bajo peso corporal al nacer constituyen el 1% del total de nacimientos que representa el 40% de la mortalidad infantil. Aunque la incidencia ha disminuido en prematuros tardíos; entre el 10.5 y 0.3% de recién nacidos entre las 34 y 37 semanas de edad gestacional (GPC, 2016).

Sin embargo, en un lapso de tres años en el Hospital de la ciudad de Quito recibió un total de 11.181 nacimientos. En las áreas de cuidados intermedios e intensivos ingresaron 2.360 (21,3%) neonatos con problemas distintos. No obstante, el ingreso por patología respiratoria fue de 1.169 correspondiente al 10,55% de todos los nacidos vivos y al 49,53% de los ingresos nacieron sin presentar dificultad alguna (GPC, 2016)

FISIOPATOLOGIA DEL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Es un déficit transitorio de surfactante que se produce por la disminución de la síntesis, alteraciones cualitativas o por el aumento de su inactivación. Por aquello, la pérdida de la función tensoactiva va a producir un colapso alveolar con demasiada pérdida de la capacidad residual funcional (CRF) (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018).

Lo que va a dificultar la ventilación y altera la relación ventilación perfusión y que como consecuencia de aquello se dará una atelectasias. Por otro lado, el pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende fácil y ágilmente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018).

Sin embargo, este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse. Lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso. En conclusión, en casos más graves, el diafragma y los músculos intercostales se fatigan y se produce retención de CO₂ y dará inicio a una acidosis respiratoria (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018).

CAUSAS DEL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Las causas más frecuentes para que se produzca un síndrome de dificultad respiratoria en un recién nacido son las siguientes mencionadas:

- **Causas del parénquima pulmonar:** El recién nacido presentará taquipnea transitoria, aspiración meconial, neumonía perinatal, membrana Hialina, hipertensión pulmonar persistente, hemorragia pulmonar y linfangiectasia pulmonar (Gonzalez, 2016).
- **Malformaciones:** Habrá presencia de hernia diafragmática, atresia de esófago, enfisema lobar congénito, malformación adenomatoidea quística, secuestro pulmonar, fistula traqueo esofágica e hipoplasia pulmonar (Gonzalez, 2016).
- **Anomalías de la vía aérea superior:** Habrá presencia de atresia de coanas, membrana laríngea, laringotraqueomalacia y broncomalacia.

- **Anomalías mecánicas:** Presencia de escapes aéreos y derrame pleural.
- **Causas cardiovasculares:** Presencia de cardiopatías congénita, arritmia cardíaca y miocardiopatía.
- **Causas infecciosas:** Sepsis/meningitis neonatal.
- **Causas metabólicas:** Presencia de acidosis metabólica, hipoglicemia, e hipotermia/hipertermia.
- **Causas hematológicas:** Habrá presencia de anemia e hiperviscosidad.
- **Causas neurológicas:** Presencia de asfixia, lesión difusa del Sistema Nervioso Central y síndrome de abstinencia a drogas (Gonzalez, 2016).

FACTORES DE RIESGOS

Los factores de riesgos que conllevan al recién nacido a sufrir de una enfermedad respiratoria son las siguientes mencionadas:

- Embarazo gestacional \leq 34 semanas.
- Parto prolongado.
- Diabetes Mellitus Materna.
- Asfixia perinatal.
- Hemorragias maternas.
- Prolapso del cordón.
- No uso de corticoides prenatal.
- Alteración en la frecuencia cardíaca fetal.
- Pre eclampsia – Eclampsia.
- Hipertensión materna.
- Raza blanca.
- Oligohidramnios.
- Tabaquismo.
- Segundo gemelar.
- Enfermedad cardiovascular o respiratorias crónicas (Ubertini, 2017).

CLASIFICACION DEL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria se divide en tres categorías que son las siguientes:

- Leve
- Moderado
- Grave

Es importante especificar que la categoría se determina comparando el nivel de oxígeno en la sangre con la cantidad de oxígeno que necesita para alcanzar ese nivel (Patel, 2020).

MANIFESTACIONES CLINICAS

La sintomatología en los casos de recién nacidos con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria se inicia después del nacimiento y va aumentando de intensidad hasta las 48 – 72 horas, para luego regresar con severidad en el curso de una semana o diez días (López & Soler, 2018).

Los síntomas más frecuentes en un síndrome de dificultad respiratoria son:

- Quejido expiratorio.
- Retracción esternal y subcostal.
- Polipnea (sobre 70/min.)

No obstante, si la enfermedad progresa aumentará el ritmo respiratorio, la retracción y la cianosis. También habrá presencia de edema periférico y va a disminuir el tono muscular y la temperatura.

También puede aparecer pausas de apnea la que se atribuye a la asfixia cuando son cortas y leves, pero que traducen la presencia de hemorragias masivas intracraneales cuando son severas, subintrales y finales (López & Soler, 2018).

DIAGNOSTICOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Examen físico

- Valorar la dificultad respiratoria mediante la escala de Silverman Anderson.
- Signos de dificultad respiratoria.
- Palidez periférica.
- Disminución de la entrada y salida de aire pulmonar bilateral
- Edema en extremidades (Cotallo, Sastre, & Colomer, 2018)

Exámenes de laboratorio

- Rx Tórax
- Gasometría arterial.
- Cultivos.
- Electrolitos.
- Hematocrito capilar.
- Glicemia.
- Densidad urinaria (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016).

Exámenes complementarios

- Rx de tórax.
- Electrocardiograma.
- Ecocardiograma.
- Pruebas funcionales respiratorias (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016).

TRATAMIENTO PARA EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

El tratamiento adecuado para mejorar la estabilidad de un recién nacido va encaminado a:

1. Alcanzar la estabilización inicial.

- Aportes de solución con glucosa, según el peso al nacimiento.
- Considerar el aporte de aminoácidos el primer día de vida en el menor de 1.000 g.

- Nutrición parenteral en el menor de 1.500 g, si no se puede iniciar alimentación enteral precoz (en las primeras 48 horas). (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016)

2. Medicamentos:

- Vasoconstrictor.

3. Ventilación mecánica:

- Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).
- Oxigenoterapia.
- Intubación.
- Ventilación mecánica (Barquet, Ramírez, & Ortega, 2016)

COMPLICACIONES DEL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Las complicaciones que pueden presentarse cuando un recién nacido presenta síndrome de dificultad respiratoria o de su tratamiento son los siguientes:

- Insuficiencia de múltiples sistemas de órganos.
- Neumotórax.
- Hipocalcemia, hiponatremia, hiperkalemia, hiperuricemia.
- Acidosis respiratoria y metabólica.
- Insuficiencia miocárdica y tricúspide.
- Hipertensión pulmonar crónica
- Arritmias.
- Fibrosis pulmonar.
- Neumonía asociada con el uso de un respirador.
- Enfermedades asociadas a la atención de salud (Armengod & Alonso, 2017).

1.1 JUSTIFICACION

Durante el proceso de investigación y elaboración tanto del marco teórico como del caso clínico, puedo argumentar con mis propias palabras que el síndrome de dificultad respiratoria es una de las patologías más frecuentes que existe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales donde con mayor frecuencia afecta a los prematuros.

Esta patología se hace presente con alteraciones en la mecánica respiratoria, produciendo una clínica de polipnea y dificultad respiratoria progresiva (aleteo nasal, tiraje intercostal y retracción supraesternal) más un conjunto de complicaciones para el recién nacido. Por lo que será necesario e indispensable la correcta atención inmediata, eficiente y eficaz por parte del equipo de salud.

Sin embargo, justifico que fue primordial la elaboración del siguiente estudio de caso clínico, debido a la morbilidad que existe a nivel mundial acerca del síndrome de dificultad o distress respiratorio que más afecta a los prematuros y los cuidados pertinentes que se necesitan para restablecer su salud y bienestar durante su proceso de recuperación.

El presente caso clínico tiene como objetivo la elaboración y ejecución del Proceso de Atención de Enfermería en un prematuro de 4 días de nacido que fue diagnosticado con síndrome de dificultad respiratoria. Cabe mencionar, que se utilizó la taxonomía NANDA para encontrar el diagnóstico de los patrones funcionales afectados por el síndrome de dificultad respiratoria, NIC para proceder a la clasificación de las intervenciones de enfermería y NOC para la clasificación de resultados de enfermería.

Obteniendo como resultado una correcta elección de procedimientos que se necesitaran, para cumplir con los objetivos y metas deseadas de restaurar la salud del paciente durante su estancia hospitalaria en la sala de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de Atención de enfermería en prematuro de 4 días de nacido con síndrome de dificultad respiratoria.

1.2.2 OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo y el cuadro clínico que presenta en el síndrome de dificultad respiratoria.
- Planificar las acciones de enfermería que ayuden a restablecer las condiciones de salud del paciente.
- Ejecutar el plan de cuidados de enfermería en prematuro de 4 días de nacido con síndrome de dificultad respiratoria

CASO CLINICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombres:** NN
- **Historia clínica:** 132232
- **Edad:** 4 días
- **Sexo:** masculino
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana
- **Raza:** mestiza
- **Procedencia geográfica:** Guayaquil- Prov. Guayas

Datos Familiares

- **Madre:** NN
- **Edad:** 29 años
- **Ocupación:** Ama de casa
- **Hábitos:** No refiere
- **Antecedentes patológicos:** No refiere.
- **Padre:** NN
- **Edad:** 32 años
- **Ocupación:** Agricultor y constructor.
- **Hábitos:** Ingesta leve de alcohol.
- **Antecedentes patológicos:** No refiere.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente femenino de 29 años de edad acude por el área de emergencia, por presentar un cuadro clínico de +24 horas de evolución caracterizado por cefalea intensa, emesis, náuseas, edemas en miembros inferiores y fuertes contracciones uterina. Se procedió a la toma de constantes vitales donde se obtuvieron valores de PA: 140/95, FC: 110l/m, FR: 25x/min, T°: 37.2. ST02: 95%. Después de haber sido valorada, médico quien ordena realizar hemograma, ecografía fetal y examen de orina. Paciente refiere que lleva solo 1 control durante sus 34 semanas de gestación. Queda hospitalizada para su debida observación y seguimiento en el área de Ginecología.

Antecedentes quirúrgicos: Apendicectomía a los 14 años de edad.

Antecedentes alérgicos: No refiere.

Antecedentes familiares:

- Padre con pie diabético
- Madre con hipertensión

Antecedentes ginecológicos de la madre:

- **Menarquia:** 11 años
- **Ciclos menstruales:** Regulares, duración de 4 – 6 días, todos los 17 de cada mes.
- **Inicio de vida sexual:** 20 años.
- **Parejas sexuales:** No refiere.
- **Gestas:** 34 semanas de gestación.
- **Partos:** 0
- **cesáreas:** Posible cesárea por preeclampsia y nacimiento prematuro.
- **Aborto:** 0
- **Enfermedad de transmisión sexual:** No refiere.
- **IVU:** Al inicio del embarazo, pero fue tratada a tiempo con antibióticos.
- **Controles prenatales:** Refiere que tuvo 1 solo control durante su embarazo.

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

Recibo paciente de sexo masculino de 4 días de nacido. Prematuro que fue obtenido por parto distócico con una valoración en Apgar de 9 al minuto de vida y 9 a los cinco minutos de vida. Se encuentra internado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos en incubadora neonatal con sonda nasogástrica recibiendo oxígeno por cánula a 0.5lt y sonda vesical, y por presentar taquipnea, quejidos respiratorios, retracciones supraesternal y subesternal y aleteo nasal.

A la hora de la toma de constantes vitales se evidenció la presión arterial de 91/58mmHg, frecuencia cardiaca: 148x/min, frecuencia respiratoria: 60x/min. T°: 37.0°C y saturación de oxígeno de 90%. Peso 1.400gr y talla: 49.5cm. Médico indica realizar de inmediato prueba radiografía toracoabdominal, ultrasonido, biometría hemática y glucemia continua.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CÉFALO-CAUDAL.

- **Cabeza:** Normo cefálica. Fontanelas normotensas, no presenta contusiones, ni cicatrices.
- **Ojos:** Simétricos. Hundidos. Pupilas isocóricas y normo reactivas. Cornea y cristalino sin opacidades.
- **Nariz:** Con presencia de aleteo nasal inicial, mas cánula nasal pasando oxígeno a 0.5lt litros por minuto.
- **Oído:** Simétrico. Orejas de implantación correcta con conducto auditivo externo sin obstrucción.
- **Boca:** Presencia de sonda nasogástrica Levin, sin malformaciones.
- **Cuello:** Simétrico, cilíndrico. No hay presencia de signos malformaciones, se evidencia la piel de color amarilla, clavículas sin fracturas presentes

- **Tórax:** 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
- **Genitales:** Presencia de sonda vesical más bolsa recolectora para controlar la diuresis en hoja de balance hídrico.
- **Ano:** Ano perforado, permeable con región perianal de aspecto normal. No se evidencia signos de irritación
- **Extremidades:** En su extremidad superior derecha consta con una vía periférica permeable por donde se le administra la medicación. Extremidades inferiores simétricas sin presencia de malformaciones.

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 1.400gr
- **Talla:** 49.5cm

SIGNOS VITALES

- **Presión arterial:** 91/58mmHg
- **Frecuencia cardiaca:** 148xmin
- **Frecuencia respiratoria:** 60rxm.Tº
- **Temperatura axilar:** 37.0ºC
- **Saturación de Oxígeno:** 90%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA DE MARJORY GORDON).

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Paciente se encuentra hospitalizado en el área de Unidad de Cuidados Intensivos en incubadora neonatal. Se registran constante vitales de presión arterial de 91/58mmHg, frecuencia cardiaca: 148xmin, frecuencia respiratoria:

60rxm.Tº: 37.1°C y saturación de oxígeno de 90%. Peso 1.400gr y talla: 49.5cm. Madre refiere que su bebé se ve muy delicado de salud y tiene miedo que su estado empeore en el transcurso de los días. Paciente se encuentra bajo vigilancia médica y queda al cuidado de enfermería.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL / METABÓLICO

Paciente se encuentra en NPO con cánula nasal y sonda nasogástrica Levin, por donde se administra 14ml de leche exclusiva cada 3 horas previa aspiración de residuos. Por el momento se infunde Dextrosa en agua al 10% 45ml mas cloruro de sodio 1.3ml mas cloruro de potasio 1.4ml pasar 1.8ml/hora, regular según tolerancia. En cuanto al tratamiento que recibe se administra Ampicilina 70mg IV c/8h, Gentamicina 7mg IV C/24horas, Gluconato de calcio administrar 1 vez y ponerlo en STAT.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Paciente consta de sonda vesical, para control de diuresis mediante balance hídrico. Realiza de 2 – 3 deposiciones al día sin dificultad, pero por precaución a hipertermia se realiza un balance hídrico, para medir los ingresos y egresos.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD / EJERCICIO

Paciente se encuentra en termocuna neonatal con apoyo de oxígeno por cánula nasal. Se evidencia movimientos voluntarios por parte del paciente, a la hora de la manipulación.

PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO

Madre refiere que su bebé duerme entre periodos de 3 – 5 horas y que se encuentra irritado por las molestias de la sonda nasogástrica.

PATRÓN 6. COGNITIVO / PERCEPTIVO

Paciente responde a estímulos.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

No valorables por la edad del paciente y por su condición actual.

PATRÓN 8. ROL / RELACIONES

Paciente es cuidado por su madre las 24 horas del día y visitado por su padre entre semanas, por motivo de trabajo, pero le brinda mucho afectado a la hora de las visitas. Es importante mencionar que se usa ropa quirúrgica descartable y el equipo de protección, para ingresar al área de UCIN.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

No valorables por la edad de paciente.

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón funcional no presenta alteraciones.

PATRÓN 11. VALORES / CREENCIAS

Madre manifiesta que cree en Dios y que reza cada días por su hijo.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

BIOMETRIA HEMATICA

	Resultado	Valores normales
Leucocitos	35x mm ³	9.0 – 30Xmm ³
Glóbulos rojos	5.4mm ³	4.8 - 10.8mm ³
Neutrófilos	35.5%	40.0 - 65.0%
Linfocitos	14%	25 – 33%
Hemoglobina	13. 6mg/dl	14.5 – 22.5mg/dl
Hematocrito	39.4%	37.0 – 47.0%
Plaquetas	220mmx ³	150 – 400 x 10 ⁹ /L
Glucosa	51 mg/dl	55-60 mg/dl

QUIMICA

Calcio en suero	8.00	mg/dL	7.6 – 10.4
Sodio en suero	140.0	meq/L	136 – 145
Potasio en suero	4.20	meq/L	3.5 – 5.1
Cloro en suero	110	meq/L	98 – 107

(TGO) Aspartato Aminotransferasa	35.00	mlu/ml	12 – 37
(TGP) Amino Transferasa Piruvica	18.00	mlu/ml	12 – 78
Bilirrubina total	0.50	mg/dL	0.2 – 1
Bilirrubina directa	0.10	mg/dL	0.02
Bilirrubina indirecta	0.4	mg/dL	0.21 – 0.8
Urea en suero	27.82	mg/dL	10 – 38
Creatinina en suero	0.59	mg/dL	0.55 – 1.3

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Podemos apreciar en los exámenes de laboratorio se encuentran disminuidos Leucocitos: 35x mm³, Neutrófilos: 35.5%, Linfocito 14% y Hemoglobina 13.6mg/dl. Debido a un proceso infeccioso que está comprometiendo la condición del paciente. Motivo por cual, si no se trata de manera urgente con antibióticos, para contrarrestar este proceso infeccioso.

El neonato tiene una alta probabilidad de contraer KPC o también conocido como enfermedades intrahospitalarias. Debido a que su sistema inmunológico está comprometido y puede ser infectado por agentes oportunista como los virus, bacterias, entre otros.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnostico presuntivo

- Deterioro del patrón de sueño R/C Dificultades respiratorias.

Diagnóstico diferencial

- Intolerancia a la actividad R/C el suministro-demanda de oxígeno.

Diagnóstico definitivo

- Prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria

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

ANALÍTICA DE LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Luego de una investigación exhaustiva, determino que el origen del problema que causó un embarazo prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria se debe a la preeclampsia que presentó la madre durante su embarazo.

En este estudio de caso se realizó una meticulosa valoración física al paciente. Y así mismo, se procedió a la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Identificando los siguientes patrones alterados que están comprometiendo el estado de salud del paciente:

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- **PATRON 2:** NUTICIONAL METABOLICO
- **PATRON 4:** ACTIVIDAD Y REPOSO
- **PATRÓN 5.** SUEÑO / DESCANSO

Procedimientos a realizar a un prematuro de 4 dias de nacido con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria.

- Monitorización de constante vitales
- Cuidados de la piel e higiene y aseo al paciente.
- Mantener seco, limpio, ropa de algodón suave, sábanas bien estiradas y pañales acorde al peso del paciente.
- Realizar balance hídrico.
- Cuidado umbilical.
- Cuidados de accesos vasculares.
- Administración de medicamentos.

NANDA: 00032
NOC: 0403
NIC: 3300



Dominio 4: Actividad y Reposo **Clase 4:** Respuesta cardiovascular pulmonares
Etiqueta: 00032 **Dx:** Patrón respiratorio ineficaz



M
E
T
A
S

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

R/C: FATIGA DE LOS MUSCULOS RESPIRATIOS

DOMINIO II: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0403: Estado respiratorio: Ventilación



Campo 2: Fisiológico complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3350: Monitorización respiratoria.



E/P: Taquipnea, Quejidos respiratorios, Retracciones supraesternal y Subesternal y Aleteo nasal.

ESCALA DE LIKERT
Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes					Después				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
040301: Frecuencia respiratoria	X				X					
040303: Profundidad de la respiración		X								X
040329: Expansión torácica asimétrica	X									X
040310: Ruidos respiratorios		X								X

- ACTIVIDADES**
- Oxigenoterapia
 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
 - Anotar el movimiento torácico mirando la asimetría.
 - Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
 - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
 - Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren y empeoren.
 - Terapia afectiva a la madre.

NANDA: 00004
NOC: 0702
NIC: 6550

Dominio 11: Seguridad / Protección

Clase 1: Infección

Etiqueta: 00004 **Dx:** Riesgo de infección

R/C: Riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)

E/P: Leucocitos, neutrófilos y linfocito disminuidos.

DOMINIO 2: Salud fisiológica

Clase H: Respuesta inmune.

Etiqueta 0702: Estado inmune.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgo

Etiqueta 6550: Protección contra las infecciones.

ESCALA DE LIKERT

Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
070204: Estado respiratorio		X			X
070207: Temperatura corporal					X
070211: Vacunaciones actuales					X
070214: Recuento absoluto leucocitario		X			
070215: Recuento diferencial leucocitario			X		
070206: Pérdida de peso		X			X

ACTIVIDADES

- Monitorización de signos vitales
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento absoluto de leucocitos.
- Mantener la asepsia en el paciente de riesgo.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y mucosas.
- Fomentar la ingesta adecuada de líquidos.
- Administración de antibióticos, según prescripción médica.
- Educar al familiar acerca de los signos y síntomas de infecciones.

M
E
T
A
S

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

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

Como finalización del estudio de mi caso aplicado en un paciente prematuro de 4 días de edad con diagnóstico definitivo de Síndrome de Dificultad Respiratoria, relaciono la teoría del entorno/paciente de Florence Nightingale, con mis intervenciones de enfermería.

Debido a la patología que cursa mi paciente, se debe valorar el entorno que corresponde a tener una adecuada ventilación, iluminación, temperatura, dieta, higiene y ruido. De esta manera, se tendrá una adecuada estancia hospitalaria y satisfactoria recuperación. Por aquello, los cuidados de enfermería deben ser eficaces y oportunos en todos los procedimientos que se le realizaran al neonato.

Las acciones que se tomaron son las siguientes mencionadas:

- Control de los signos vitales (cada 2 horas) en especial, la saturación y frecuencia respiratoria.
- Vigilancia de oxigenación y valorar el flujo de litros, según prescripción médica.
- Realizar balance hídrico las 24 horas del día.
- Controlar la temperatura de la incubadora neonatal.
- Administración de medicamentos, según prescripción médica.
- Administración de leche materna o de banco, si médico ordena.
- Cuidar la piel y realizar aseo diariamente.
- Educar a la madre o familiar acerca de los procedimientos a realizar a la hora de alimentarlo.

2.8 SEGUIMIENTO

AL 1ER Y 2DO DIA DE HOSPITALIZACION

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN AMBOS DIAS EN CUANTO AL TRATAMIENTO, EXAMENES DE LABORATORIO Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA BRINDADOS.

Recibo paciente de sexo masculino de 4 días de nacido. Prematuro que fue obtenido por parto distócico con una valoración en Apgar de 9 al minuto de vida y 9 a los cinco minutos de vida. Es ingresado a UCIN por presentar taquipnea, quejidos respiratorios, retracciones supraesternal y subesternal y aleteo nasal.

A la hora de la toma de constantes vitales se evidenció la presión arterial de 91/58mmHg, frecuencia cardiaca: 148xmin, frecuencia respiratoria: 60rxm.Tº: 37.0°C y saturación de oxígeno de 90%. Peso 1.400gr y talla: 49.5cm.

Recién nacido permanece en incubadora neonata con estricta monitorización de constantes vitales con sonda nasogástrica recibiendo oxígeno por cánula a 0.5lt, mas sonda vesical para registrar los ingresos, egreso y perdidas sensibles para debidas precauciones.

Consta de una vía periférica permeable en su miembro superior derecho, para la administración de medicamentos. De igual manera posee una sonda nasogástrica por donde recibirá su alimentación leche materna o del banco.

Médico tratante solicita realizar prueba radiografía toracoabdominal y ultrasonido, biometría hemática. Horas más tarde se aprecian en los exámenes de laboratorio se encuentran disminuidos Leucocitos: 35x mm³, Neutrófilos: 35.5%, Linfocito 14% y Hemoglobina 13.6mg/dl. Motivo por cual se comprobó un proceso infeccioso que está comprometiendo la condición del paciente.

Inmediatamente se realizó cambio de Kardex donde médico tratante refirió administrar:

- Dextrosa en agua al 10% pasar 3.5ml/hora.

- Ampicilina 70mg IC C/8 horas
- Gentamicina 7mg IV C/24 horas.
- Tobramicina 1 gota en cada ojo.
- Vitamina K 1ml Subcutánea.
- Gluconato de calcio 70mg IV C/12horas.

El personal de enfermería explica el procedimiento a la madre de cómo darle la alimentación a su hijo una vez que salga de NPO. Tomando en cuenta la bioseguridad que debe de tener al momento de entrar en contacto con el recién nacido. También se brindó asesoría de cómo cambiarle el pañal a su bebé, debido a que es primigesta y no cuenta con la experiencia necesaria para cuidar y atender a su bebé.

Se realiza balance hídrico para verificar si no hay alteraciones en cuando al ingreso diario de líquidos es mayor a los eliminados, o si el ingreso diario de líquidos es menor a los eliminados. Recién nacido queda al cuidado de su madre y del personal de enfermería.

AL 3ER y 4TO DIA DE HOSPITALIZACION

Recién nacido prematuro con un diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria, permanece en incubadora neonatal, monitorizando sus constantes vitales cada tres horas.

Por el momento no hay presencia de señales de alteraciones en sus constantes vitales, pero aún hay presencia de tiraje intercostal y retracción torácico. Aunque el aleteo nasal es mínimo al igual que los quejidos respiratorio a la hora de las auscultación con estetoscopio.

Se administra medicación teniendo en cuenta los cambios que el medico ha realizado y se los registra en el kardex de medicación:

- Dextrosa en agua al 10% pasar 3.5ml/hora.
- Ampicilina 50mg IC C/8 horas
- Gentamicina 7mg IV C/24 horas.
- Tobramicina 1 gota en cada ojo.
- Gluconato de calcio 60mg IV C/12horas.

Se realizó balance hídrico donde salió en las primeras 24 y 48 horas donde no presentó novedad alguna. Sin embargo, médico manifiesta que continúe con sondaje vesical y control de diuresis por medio de balance hídrico, hasta nueva orden.

La madre refiere un poco aliviada por ver la evolución que ha tenido su hijo, pero a la vez un poco preocupada por lo que está pasando. Motivo por el cual se procedió a dar apoyo emocional y tratar de que se tranquilice, para que siga al cuidado de su bebé. Paciente queda al cuidado y confort por parte del personal de enfermería.

AL 4ER y 5TO DIA DE HOSPITALIZACION

Médico pasa visita en jornada matutina y realiza exploración física al neonato. Donde manifiesta que es mínimo el tiraje intercostal y retracción torácica. Pide bajar el oxígeno en Lt, retirar sonda nasogástrica y quitar el NPO al igual que descartar del kardex:

- Dextrosa en agua al 10% pasar 3.5ml/hora.
- Ampicilina 50mg IC C/8 horas
- ~~Gentamicina 7mg IV C/24 horas. STAT~~
- Gluconato de calcio 60mg IV C/12horas.

Debido a que en los exámenes de laboratorio realizados, se identificó que los leucocitos, neutrófilos, Linfocito y la hemoglobina estaban en parámetros normales. Motivo por cual la posible infección se había desimanoado gracias a los antibióticos como los cuidados de enfermería brindados.

Medico pide reporte de la hoja de signos vitales a la enfermera encargada del área para chequear si ha tenido alteraciones. En cuanto a la talla y peso se encuentra entre los valores normales. También preguntó a la madre que si su bebé no ha tenido intolerancia a la alimentación con formula artificial, y madre refirió que hasta ahora no ha habido inconveniente con la alimentación.

Al inspeccionar el cordón umbilical como en días anteriores, para buscar posibles signos de infección. Se presenció que no hay nada fuera de lo normal. Recién nacido queda al cuidado y confort por parte del personal de enfermería.

AL 6TO DIA DE HOSPITALIZACION

Recién nacido cursa su sexto día de hospitalización con signos vitales normales. Medico pasa visita y manifiesta que ha tenido una evolución favorable y que se procede por orden del médico a retirar sonda vesical y vía periférica al neonato.

Se entrega alta médica y se educa a su madre y familiares, para su correcta curación en la zona del cordón umbilical, y la alimentación que debe seguir su bebé. Al igual que la medicación prescrita por médico, la cual debe seguir en el hogar. Se le mencionó a la madre que debe acudir al centro de salud, para los controles medico de su hijo.

2.9 OBSERVACIONES

Madre y familiares del paciente se mostraron muy colaboradores al responder las inquietudes que tenía acerca del déficit de controles prenatales. Donde mencionaron que vivían alejados de la ciudad y que eran de bajos recursos económicos. Como profesional de salud, inmediatamente se procedió a educar sobre la importancia sobre la planificación familiar, los controles en el embarazo y los cuidados que el paciente requiere una vez que se obtenga la alta médica.

Sin embargo, se pudo observar que durante la hospitalización de mi paciente, presentó cuadro clínico insistente de taquipnea, quejidos respiratorios, retracciones supraesternal y subesternal y aleteo nasal. Pero con los debidos cuidados de enfermería y tratamientos aplicados, se pudo estabilizar al paciente.

Logrando así los objetivos y resultados esperados en este estudio de caso clínico.

CONCLUSIONES

Durante todo el tiempo que dediqué al estudio de mi caso clínico puedo concluir afirmando que fue necesario la elaboración del proceso de atención de enfermería en un recién nacido que fue diagnosticado con síndrome de dificultad respiratoria, por presentar a la valoración quejido expiratorio, retracción esternal y subcostal y polipnea.

Motivo por cual es transferido al área de unidad de cuidados intensivos neonatal donde se la aplicará los debidos cuidados de enfermería en base a los resultados obtenidos en las taxonomías Nanda, Noc y Nic. Teniendo en cuenta que esto se realizará una vez que se haya encontrado los patrones disfuncionales que están afectando y comprometiendo el estado de salud del recién nacido.

Después de varios días de haber sido internado en el área de cuidados intensivos neonatal por su delicado estado de salud, recién nacido muestra mejoría y evolución, gracias al tratamiento farmacológico y a los cuidados de enfermería aplicados las 24 horas del día. Paciente es dado de alta médica en compañía de su madre a quien se le explicó el tratamiento que debe seguir en casa y los controles que el niño debe tener en el centro de salud más cercano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Armengod, G., & Alonso, L. (2017). Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad. *Protocolos de Neonatología de membrana hialina, III(2)*, 160-165.
- Barquet, M., Ramírez, P., & Ortega, F. (17 de Marzo de 2016). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. (R. Silva, Ed.) *Peritonología y reproducción humana, I(2)*, 1-12.
- Cotallo, C., Sastre, L., & Colomer, F. (2018). Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, 285-301.
- Espinoza, C., Calero, M., & Jara, E. (2015). Recien nacido prematuro. (E. Soto, Ed.) *Guía de Práctica Clínica (GPC)*, 10-130.
- Gonzalez, A. (2016). SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO. *Manual de Neonatología*, 169-174.
- GPC. (11 de Mayo de 2016). Recién nacido con dificultad para respirar. *Guía de Práctica Clínica: , II(2)*, 10-77.
- López, J., & Soler, V. (2018). GPC: Síndrome de dificultad respiratoria. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de Neonatología*, 306-312.
- Mendez, L., Robles, F., & Basquez, T. (2018). *Incidencia en las enfermedades respiratorias en neonatología*. Universidad central de Ecuador, Departamento de salud. Quito - Ecuador: Editorial Universitaria de Quito. Recuperado el 21 de Julio de 2019
- MSP. (2018). *Morbimortalidad de sindromes de dificultad respiratoria en recién nacidos*. España: Editoria ElSevier S.A.

- OMS. (2019). Morbimortalidad en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria. *Organización Mundial de la Salud*, 2-9.
- Patel, B. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria. *Manual MSD*, 12-16.
- Sánchez, L., Vallejo, S., & Reyes, D. (2020). *Síndrome de dificultad respiratoria aguda neonatal*. Universidad Surcolombiana;, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Mexico. Recuperado el 25 de Marzo de 2020
- Ubertini, A. (2017). Síndrome de Dificultad Respiratoria : Revisión de causas, patogénesis y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 571-574.

ANEXOS

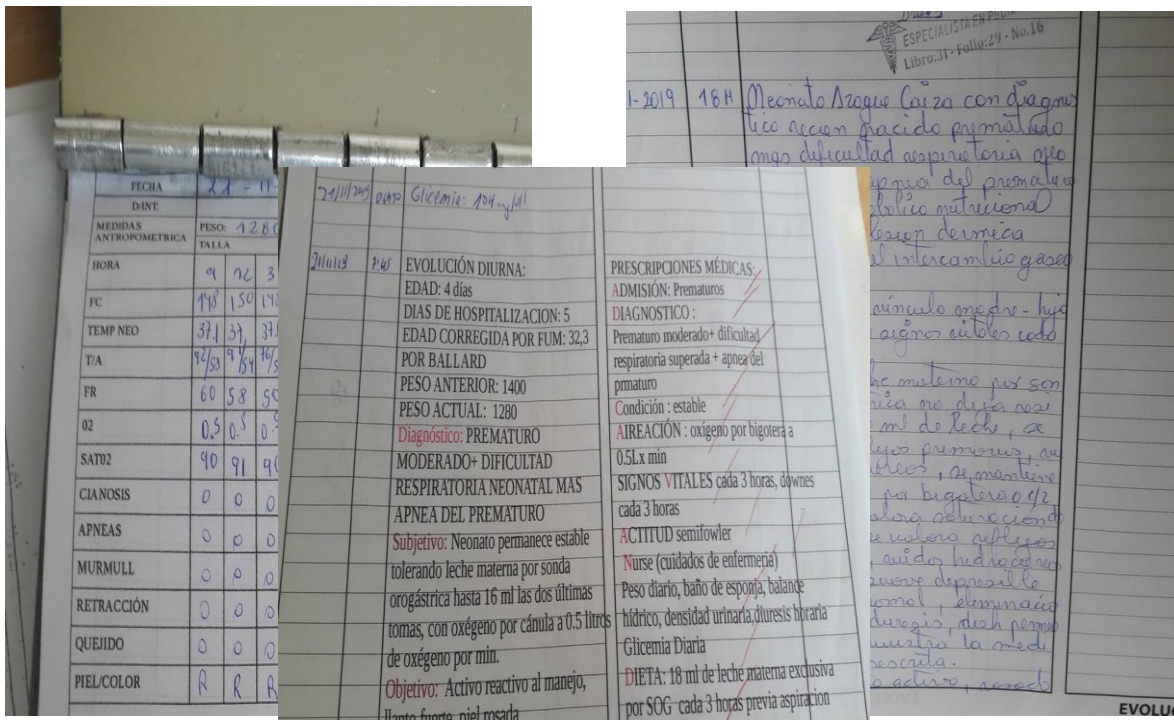


Imagen 1. Registro de signos vitales

Imagen 2. Registro de notas de enfermería

Imagen 3. Evolución diaria del paciente.

