



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA TERAPIA RESPIRATORIA

COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA EN TERAPIA
RESPIRATORIA

TEMA PROPUESTO DEL CASO:

PACIENTE NEONATO A TERMINO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA
HIALINA

AUTOR:

SIULEE STEFANY LEON MAYORGA

TUTOR:

LIC. GLENDA SANDOYA VITE MSC.

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
TITULO DEL CASO CLINICO	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
I. MARCO TEORICO	9
Fisiopatología.....	10
Tratamiento.....	11
- Ventilación mecánica	11
- Oxígeno.....	11
- Surfactante exógeno	12
- Esteroides postnatales	12
- Vitamina A (retinol).....	13
Uso de corticoides	13
1.1. JUSTIFICACION	15
1.2. OBJETIVOS.....	16
1.2.1. Objetivo General.....	16
1.2.2. Objetivos Específicos	16
1.3. DATOS GENERALES.....	17
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.....	18
2.2. Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	18
2.3. Examen físico (exploración clínica).....	18
2.4. <i>Información de exámenes complementarios realizados</i>	19
2.5. <i>Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo</i>	19
2.6. <i>Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar</i>	20
2.8. <i>Seguimiento</i>	20
2.9. <i>Observaciones</i>	21
CONCLUSIONES.....	22
Referencias.....	23

DEDICATORIA

Este presente proyecto va dedicado en primer lugar a Dios quien me ha permitido seguir con vida día a día luchando por mi tan anhelado título y sobre todo poder realizar lo que amo. Agradecer a mis padres que han estado presentes en los mejores momentos de mi vida y, sobre todo, por estar apoyándome en los peores momentos pues han sido ellos quienes me han apoyado y me han levantado con dulzura, amor y disciplina.

Dedicado también para mis pequeños hijos, Siuming e Ian. Han sido mis pilares y principal motivación para nunca rendirme. Para lograr que ellos se sientan orgullosos de que su mamá ha sabido sobre llevar su vida de mamá y estudiante muy bien, sin necesidad de quitarles prioridad a mis estudios como a ellos.

Por último, pero no menos importante, va dedicado para mis hermanos Nathaly, Ingeborth y Siuyon pues han sido mis principales fuentes de inspiración, que han luchado y han sido aguerridos en cada momento de sus vidas, ya sea personal, estudiantil y laboral. Que han sabido aconsejarme para ser una persona de bien, y no llegar a cometer los mismos errores que en su momento también los pudieron cometer ellos.

Siulee Stefany León Mayorga

AGRADECIMIENTO

Agradecida con Dios y la vida, que me ha obsequiado este preciado momento en el que mi sueño se convierte en realidad, por haberme hecho amar esta profesión desde el instante en que nací, por haberla elegido y culminarla con gran esfuerzo.

A mis padres, quienes con su apoyo incondicional supieron acertada y adecuadamente guiarme por el camino a este gran final, a mis hermanos, mis sobrinos y mis hijos por ser la luz de motivación cada día.

Agradezco también a mis profesores que cada semestre, supieron de manera adecuada impartir sus conocimientos y hacer sus clases de maneras tan exactas y sencillas. A mi tutora del caso, la máster Glenda Sandoya Vite que desde que me dio clases por primera vez me inspiró confianza y que con su sabiduría me animó a querer aprender más de lo que veía en clases, también ha contribuido de manera significativa para la realización de este trabajo, gracias a ellos he alcanzado una meta más en mi vida.

Siulee Stefany León Mayorga

TITULO DEL CASO CLINICO

PACIENTE NEONATO A TERMINO CON ENFERMEDAD DE MEMBRANA
HIALINA

RESUMEN

Este trabajo ofrece información actual sobre que es este padecimiento por el que pasan los neonatos, como abordar a este paciente tanto el medico pediátrico, como el personal de salud. La metodología que se utilizara para ayudar al neonato a mejorar su situación.

Tener en claro que la enfermedad de la membrana hialina es a causa por un déficit en la producción de surfactante, lo que no le permite el reclutamiento de la unidad alveolar y el intercambio gaseoso con normalidad. El principal factor de riesgo es la prematurez, sin embargo, también influyen en su presentación la asfixia perinatal, diabetes materna, ausencia de corticoides antenatales, entre otros.

Palabras claves: neonato, déficit de surfactante, prematuro, enfermedad de la membrana hialina.

ABSTRACT

This work offers current information on what is this condition that neonates go through, how to approach this patient, both the pediatric physician and the health personnel. The methodology to be used to help the neonate to improve his situation.

To be clear that hyaline membrane disease is caused by a deficit in the production of surfactant, which does not allow the recruitment of the alveolar unit and normal gas exchange. The main risk factor is prematurity; however, perinatal asphyxia, maternal diabetes, absence of antenatal corticosteroids, among others, also influence its presentation.

Key words: neonate, surfactant deficiency, prematurity, hyaline membrane disease.

INTRODUCCION

La denominada enfermedad de membrana hialina es un cuadro de dificultad respiratoria grave y progresiva que se produce fundamentalmente en recién nacidos prematuros y en poco porcentaje en neonatos a término. Se presenta aproximadamente en el 5 a 10 % de los niños nacidos antes del término del embarazo, siendo más frecuente a mayor prematuridad. Debido a que esta enfermedad se presenta principalmente en niños prematuros, la medida que optan por tomar los especialistas es la prevención del parto antes de término.

La inmadurez del pulmón del paciente pretérmino no es solamente por su bioquímica, o por presentar déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños.

Este estudio de caso se realizó con el fin de salvar vidas con el uso de la oxigenoterapia para aquellos pacientes con patología de membrana hialina, con el uso adecuado de este soporte vital, optimizando así sus indicaciones y aplicaciones prácticas.

I. MARCO TEORICO

El síndrome de dificultad respiratoria o enfermedad de la membrana hialina (EMH) es la enfermedad más frecuente que padecen los recién nacidos prematuros (RNP); es causada por déficit de surfactante pulmonar – que es una sustancia tenso activa producida por los neumocitos tipo II que recubre los alveolos -, este es el responsable de la estabilización distal del alveolo cuando están latentes volúmenes pulmonares bajos, o sea, el volumen de gas que entra y sale a través de la vía aérea en un ciclo respiratorio, como sucede al final de la espiración, lo que resulta en el desarrollo de una atelectasia progresiva. (Martínez, 2017)

Se plantea que entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar la EMH se encuentran los RN con menor edad gestacional, los nacidos por cesárea sin trabajo de parto, el antecedente en hijos anteriores, hemorragia materna previa al parto, asfixia perinatal, hijo de madre diabética, eritroblastosis fetal, sexo masculino y el segundo gemelar. Otros factores de riesgo encontrados en niños con enfermedad de la membrana hialina destacan la preclamsia-eclampsia, la enfermedad materna durante el primero y segundo trimestres del embarazo y un valor de Apgar menor de 7 al minuto de vida. (Martínez, 2017)

La gravedad clínica de la enfermedad de membrana hialina tiene una muy buena correspondencia con el grado de afectación y atelectasia a nivel pulmonar, que es visible en la radiografía de tórax. Dentro de la clasificación de enfermedad de membrana hialina, se encuentran 4 tipos radiológicamente hablando:

- a) Tipo I: patrón reticulogranular fino y homogéneo como vidrio esmerilado
- b) Tipo II: Similar al tipo I, con mayor densidad y broncograma aéreo
- c) Tipo III: opacificación alveolar difusa confluyente, con menor cantidad de volumen pulmonar

- d) Tipo IV: “Pulmón Blanco”, que hace referencia a la ausencia prácticamente total de aire en el parénquima pulmonar, evidenciándose densidad pulmonar que impide la visualización de la silueta cardiaca. (García, 2018)

Fisiopatología

El surfactante pulmonar, que es producido en los neumocitos tipo 2, se dispone en la interfaz aire-liquido en la superficie interior del alvéolo, reduciendo la tensión superficial, lo que evita el colapso alveolar al final de la espiración. Este está compuesto de fosfolípidos en un 80% (fosfatidilcolina y fosfatidilglicerol principalmente), proteínas en un 10%, SPs – apoproteínas-, conocidas como SP-A, SP-B, SP-C, SP-D (rol en metabolismo, dispersión y absorción del surfactante y defensa inmune) y lípidos en otro 10% (fundamentalmente colesterol). De sus componentes, la fosfatidilcolina es la principal sustancia tensoactiva. En los últimos años, se ha descubierto que la ausencia o deficiencia de alguna de las SPs lleva asociado cuadros de SDR de gran severidad, tanto en pretérmino como en neonatos a término. La maduración del sistema del surfactante pulmonar generalmente no es completa hasta el final del III trimestre de la gestación. (Ávila)

Sin embargo, prenatalmente, hay situaciones que aceleran o retrasan este proceso. Así, la rotura prematura de membranas, la hipertensión materna, el retardo de crecimiento intrauterino, los corticoides y los tocolíticos aceleran la maduración pulmonar mientras que la diabetes materna, la hidropesía fetal y la eritroblastosis fetal, la retrasan. El alveolo con insuficiente cantidad de surfactante, es inestable y tiende a sufrir colapso. Estos pacientes desarrollan atelectasias generalizadas, disminución de la distensibilidad pulmonar, shunt intrapulmonar, alteración ventilación –perfusión, hipertensión pulmonar, lo que lleva a hipoxemia y acidosis. Durante la respiración (espontánea o asistida) se produce daño de los alveolos y bronquiolos terminales por reapertura repetida de alveolos colapsados y sobredistensión de alveolos abiertos. (Ávila)

Esto va a provocar el aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de detritos proteicos y fibrina dentro de la vía aérea (membranas hialinas) lo que altera más aun la función de la pequeña cantidad de surfactante presente desencadenando falla respiratoria y eventualmente la

muerte. La fase de reparación que comienza durante el segundo día de vida, se caracteriza por la aparición de macrófagos y polimorfo nucleares quienes se encargan de fagocitar las membranas hialinas y reparar el epitelio dañado. El edema intersticial, generado inicialmente, es movilizado dentro de los vasos linfáticos (fase diurética de SDR) produciendo un aumento del flujo urinario. En los SDR no complicados los pacientes mejoran después de los 3 días de vida, sin embargo, en los RNPT que han requerido altas concentraciones de O₂ y ventilación mecánica, pueden desarrollar inflamación e inapropiada reparación del pulmón en desarrollo, lo que produce enfisema y fibrosis (DBP). (Ávila)

Tratamiento

- Ventilación mecánica

La ventilación mecánica se ha modificado de manera considerable, por mejoría de la tecnología, que va a permitir apoyar, más que suplir los esfuerzos de los niños para su ventilación, disminuyendo el trabajo respiratorio y permitiéndole mayor adaptación. (García D. D., 2016)

Se utilizará tempranamente presión positiva continua de vías aéreas (CPAP; por sus siglas en inglés), que permitirá una mejor salida del líquido pulmonar, más rápida formación de la CFR y con esto siempre y cuando el niño tenga una respiración espontánea, se puede mantener con este método no invasivo de apoyo a la ventilación que cada vez conocemos mejor sus beneficios aún en muy poca edad gestacional. Asociado al CPAP se usa xantinas, principalmente cafeína, de la cual se tiene una gran evidencia de que disminuye la frecuencia de apneas y es posible obtener mejores resultados neurológicos de estos niños a mediano plazo. (García D. D., 2016)

- Oxígeno

En cuanto al oxígeno suplementario, se debe considerar que los prematuros con EMH lo que requieren de primera intención es una presión suficiente para la correcta apertura de su vía respiratoria, mejorar la CFR y con esto disminuir el esfuerzo respiratorio y mejorar la oxigenación, por lo que el oxígeno solo se aportará en la necesidad de cada paciente ya que se cubrió la presión

necesaria. La cantidad de oxígeno necesaria ha sido una de las mejores variables para considerar la necesidad de apoyo con surfactante alveolar, ya que un paciente pretérmino que desde el nacimiento se maneja con CPAP, sólo si requiere de mayores concentraciones de 40% se debe aplicar el surfactante exógeno, para lo cual se intubará y se aplicará este fármaco. Así mismo cuando se decida aplicar, se considera lo más prudente estabilizar por algunos minutos y extubar para manejo con CPAP nuevamente o de continuación lo que se conoce como técnica *INSURE* (**IN**tubar - **SUR**factante - **Extubar**), la cantidad de oxígeno a usar puede ser muy baja incluso manejarse con FiO₂ de 0.21% ya que los niños con EMH lo que requieren es de la presión que permite aumentar su CFR. El oxígeno se debe considerar como una de las drogas más usadas en las salas de UCIN; sin embargo, como tal debe tener indicaciones, dosis y momento de retiro, las complicaciones ampliamente conocidas son: la retinopatía del prematuro (ROP), DBP, daño pulmonar agudo. (García D. D., 2016)

- **Surfactante exógeno**

La distensibilidad se basa en la recuperación elástica de los tejidos y del surfactante exógeno. Por eso al hablar de mecánica de la ventilación en recién nacidos es indispensable tomar en cuenta al surfactante. (García D. D., 2016)

Son varios los surfactantes comerciales existentes, siendo los más usados el Poractant alfa (Curosurf®) y el beractant (Survanta®), y otros menos usados en nuestro país como el bovactant (Alveofact®) estos productos con fosfolípidos en adecuada cantidad y con proteínas, han demostrado utilidad y los estudios no muestran diferencias sustanciales entre los resultados de ambos. (García D. D., 2016)

El uso temprano de surfactante en prematuros ha demostrado disminución de mortalidad, barotrauma, displasia broncopulmonar. La administración puede ser profiláctica en los 30 minutos de vida, o de rescate temprano cuando se usa en las dos primeras horas de vida. (García D. D., 2016)

- **Esteroides postnatales**

El uso de esteroide postnatales está indicado en forma temprana (menos de 96 horas de vida) y se considera que tardíamente (más de tres semanales) no disminuye el riesgo de displasia broncopulmonar y, en cambio, aumenta los efectos secundarios como la hemorragia de vías digestivas altas, la hipertensión arterial, la hiperglucemia y la supresión del eje hipotálamo – hipófisis - suprarrenal. Esta medida es recomendable en pacientes ventilados entre el séptimo y el decimocuarto día de vida postnatal y se hace con dexametasona a dosis de 0,2 a 0,5mg/kg/día, al comienzo, para disminuir luego un tercio de la dosis cada tercer día, hasta suspender por completo. (Perna)

- **Vitamina A (retinol)**

La vitamina A juega un papel importante en la regeneración del epitelio pulmonar. El esquema indicado para la aplicación de vitamina A es por vía IM, 14 veces en días alternos a dosis de 2.000 UI/kg/dosis o por vía enteral (4.000 UI/kg/ día), a partir del décimo día postnatal. (Perna)

Uso de corticoides

La terapia prenatal con corticoides pretende simular la exposición endógena que ocurre in útero y que contribuye a la maduración de diversos órganos y sistemas entre ellos el pulmón y el cerebro. Los corticoides endógenos permanecen estables hasta las 30 semanas de gestación (14-28nmI/l). En el tercer trimestre se produce un aumento de hasta siete veces los niveles anteriores, alcanzando llegar a términos valores cercanos a los 125nmI/l. Durante el trabajo de parto estos niveles se triplican (500-600nmI/l). (Gutiérrez, 2016)

Los corticoides aceleran la maduración pulmonar, regulando una gran variedad de sistemas bioquímicos dentro de los neumocitos tipo II. La administración de corticoides antenatales cruzan la placenta de forma clínicamente importante actuando sobre los receptores de los glucocorticoides; una vez formado el complejo receptor-glucocorticoide en el citoplasma, penetra en el núcleo donde ha de regular la expresión de los genes que responden específicamente a los corticoides. Para ello, el complejo interactúa con

secuencias específicas de ADN; estas secuencias se denominan elementos de respuesta a glucocorticoides (GRE) y son las que dotan de especificidad a la inducción de la transcripción genética, de esta manera, el glucocorticoide modula la transcripción. En cualquier caso, el proceso requiere tiempo y ésta es la razón de que muchas de las poderosas acciones de los glucocorticoides, tanto fisiológicas como farmacológicas, aparezcan tras un período de 1 hora con un efecto máximo a las 48 horas. (Gutiérrez, 2016)

1.1. JUSTIFICACION

El presente trabajo se basa en que en la actualidad es necesario entender las diferentes variables que se asocian a los diferentes trastornos respiratorios que presentan los recién nacidos, para conocer cuál es su situación actual y de ésta manera proponer con certeza planes que permitan al personal responsable en salud, prevenir y asumir esta problemática de manera efectiva.

Cabe recalcar que la presente investigación es un pequeño aporte para el conocimiento diario, destacando que este forma parte del diario vivir de hospitales, tomando en cuenta que la misma constituye uno de los puntos de la misión que como carrera terapia respiratoria, promueve la construcción permanente al conocimiento de la realidad.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Identificar los factores perinatales que influyen en el desarrollo de enfermedad de membrana hialina en los niños de la sala de cuidados intensivos neonatales.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar el correcto abordamiento y tratamiento para el paciente neonato.
- Establecer la relación entre la patología del recién nacido y los factores asociados a este.
- Precisar la prevalencia de trastornos respiratorios observados en los recién nacidos en el servicio de UCIN.

1.3. DATOS GENERALES

Identificación del paciente: Iam Nicolás Santos León

Fecha de nacimiento: 01/08/2017

Edad: 1 día

Sexo: Masculino

Lugar de nacimiento: Guayaquil – Guayas.

Nacionalidad: Ecuatoriano

Etnia: Mestizo

historia clínica: 3544543

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Madre secundigesta de 19 años de edad tiene un producto de sexo masculino a término por parto eutócico, pesa 1848 g, talla 44 cm, Apgar de 7 puntos como resultado. A las 24 horas de nacido presenta descompensación entre sus signos destaca aleteo nasal, FR baja de 30 rpm, con piel marmórea, taquipnea, hipoactivo, retracción intercostal baja, quejido respiratorio continuo. Se valora puntaje respiratorio ACoRN en 6 (dificultad respiratoria moderada).

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

Paciente a término comenzó a manifestar varios problemas en su sistema respiratorio, se presenta dificultad respiratoria moderada, taquipnea, aleteo nasal, presenta retracción intercostal baja, FR baja, por lo que se inicia apoyo de oxígeno con dispositivo en T (neopuff), modo CPAP.

2.3. Examen físico (exploración clínica)

1. Signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 100 lpm

Frecuencia respiratoria: 30 rpm

Temperatura corporal: 35.5°C

Saturación de O₂: 89%

2. Cabeza:

Perímetro cefálico: 32 cm

Fontanela: 22 mm

Responde a estímulos dolorosos.

3. Tórax:

Perímetro Torácico: 26 cm

Perímetro Abdominal: 23.5 cm

Tipo de respiración: diafragmático, expansión anormal.

4. Pulmones:

Auscultación: disminución de la ventilación, presencia de estertores.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Imagenología:

Presencia de broncograma aéreo

Hemograma completo:

Tipo de sangre: A+

Hemoglobina (hb): 13.9 g/l

Hematocrito (hto): 42.6%

Plaquetas: 286.000 U

Leucocitos: 9.570

Química sanguínea:

Glucosa: 86 mg/dL

Urea: 29 mg/dL

Creatinina: 0.83 mg/dL

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Paciente neonato de 1 día de nacido, presenta taquipnea, aleteo nasal, retracción intercostal baja. Se realizó exámenes de laboratorios, radiología y valoración por especialidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Paciente agudo, con dificultad respiratoria moderada, al momento se coloca dispositivo en T en modo CPAP. Pasado los 3 días, se coloca cánula nasal neonatal con FiO2 de 40% con PEEP de 5.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Enfermedad de membrana hialina. Paciente masculino de 1 día de nacido, se usa tratamiento de Aminofilina 250mg/10ml de 9 mg cada 12 horas, dextrosa de 10% de 6 cc en infusión continua por 24 horas, calcio gluconato al 10% para 10 ml: 1.8 ml por 12 horas. Brindar soporte ventilatorio en modo CPAP con dispositivo en T por 3 días.

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

Paciente neonato a término presento problemas pocas horas después de nacer, el inicio de esta enfermedad es la falta de maduración de sus pulmones por carencia de surfactante en ellos. A partir de este el paciente presenta dificultad respiratoria moderada por el cual vamos a brindarle soporte vital con dispositivo en T en modo CPAP (neopuff).

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

Una vez observado, analizado y desarrollado cada uno de los valores encontrados en los respectivos análisis de laboratorio y las pruebas realizadas para determinar el diagnóstico definitivo; se concluyó que el tratamiento seleccionado es el de mejor pronóstico para el paciente y así evitar el alargamiento de estancia en la casa de salud, procurando eludir una infección intra hospitalaria o neumonía nosocomial.

2.8. Seguimiento.

Administración de dosis recomendada de fármacos obteniendo una evolución satisfactoria. Buscando mejorar la vida del paciente se empleó un programa de administración de fluidoterapia con aminofilina, dextrosa y calcio gluconato.

- Día 1: Paciente neonato de 1 día de edad ingresa a UCIN por presentar dificultad para respirar, aleteo nasal, taquipnea y desaturación de oxígeno, se recomienda usar un dispositivo en T en modo CPAP por 3 días para ver cómo responde al soporte que se le brinda.

- Día 3: Paciente neonato de 3 días de edad, se encuentra ingresado cursando su tercer día de hospitalización se encuentra con dispositivo en T modo CPAP y presenta mejora, se le cambiara el dispositivo en T por una cánula nasal neonatal con una FiO2 del 40% con un PEEP de 5.
- Día 7: Paciente neonato con una semana de nacido (7 días), se encuentra con soporte de oxígeno con cánula nasal con una FIO2 en 40%, presenta mejora en su padecimiento y se procede a retirar la cánula nasal.
- Día 9: Paciente neonato con 9 días de vida presenta una mejoría total sin ninguna novedad y es dado de alta.

2.9. Observaciones

La madre del paciente se mostró muy colaboradora al responder las inquietudes que tenía acerca del déficit de controles prenatales. Se sugirió mantener activo al neonato, y tener sumo cuidado al momento de alimentar al bebé. Si es por biberón mantener limpio y estéril el recipiente y si es seno a libre demanda la mama debe mantener limpia y seca su areola para una succión protegida al RN.

El tratamiento evoluciono de manera satisfactoria, no hubo presencia de complicaciones durante el proceso por lo que se pudo tratar exitosamente la patología, sin ningún tipo de contratiempo.

CONCLUSIONES

Concluyo este estudio de caso mencionando la importancia y el desafío que es el nacimiento de un recién nacido sano o con alguna patología o afección, por lo cual es muy necesario tener un enfoque holístico para poder satisfacer todas las necesidades y cuidados que requiera. En la aplicación de cuidados se planteó teorías, conceptos básicos y se reconoció que dispositivos eran los más acertados para este síndrome de dificultad respiratoria en recién nacido.

Puedo mencionar y recalcar el rol que juega el terapeuta respiratorio como especialista en la atención de pacientes con alguna patología o afección respiratoria, como es un prematuro con patología de membrana hialina o SDR (síndrome de dificultad respiratoria), que requiere atención específica y oportuna para disminuir los riesgos inmediatos de mortalidad que presenta este.

Luego de varios días ingresado el RN mostro mejoría y pudo dársele de alta, se le explicó a la madre sobre el tratamiento que debe seguir en casa y los controles que el niño debe tener en el centro de salud más cercano.

Referencias

- I. Ávila, D. C. (s.f.). *Manual de neonatología*. Obtenido de http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_34.pdf
- II. García, D. D. (2016). *Libro 2 / insuficiencia respiratoria neonatal. Edición revisada y actualizada*. Obtenido de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L2_editado.pdf
- III. García, J. A. (2018). *Repositorio Universidad Ricardo Palma*. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1229/135%20Risco%20Garc%c3%ada%20hecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- IV. Gutiérrez, D. H. (2016). *Repositorio UNAN*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/2965/1/1165.pdf>
- V. Martínez, Y. P. (2017). *Medicentro Electronica*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000300009
- VI. Perna, M. J. (s.f.). *Repertorio de Medicina y Cirugia. Vol. II*. Obtenido de file:///C:/Users/Mechita/Downloads/admin,+Gestor_a+de+la+revista,+1.+Articulo+de+revisión+EVALUACI%C3%93N+DE+LA+ENFERMEDAD+DE+MEMBRANA+HIALINA+EN+RECI%C3%89N+NACIDOS.PDF.pdf

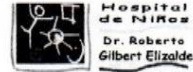
ANEXOS



1. Radiografía de tórax neonato a termino con 1 día de nacido.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.



H. Junta de Beneficencia de Guayaquil

ESTABLECIMIENTO	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO(M-F)	No. Hoja	No. HISTORIA CLINICA
HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZA	IAM	SANTOS LEON	M	1	3544543

1 RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

ENFERMEDAD ACTUAL: Se recibe recién nacido de sexo femenino, obtenida por vía vaginal de madre secundigesta de 19 años, AGO: G:1 C:1 con diagnóstico previo: embarazo de 34 semanas + trabajo de parto + CUP (1) + membranas íntegras (sin controles prenatales, madre refiere haberse enterado ayer de que estaba embarazada) Se recibe paciente hipotónico, con débil esfuerzo respiratorio, piel marmórea. Se inicia apoyo de oxígeno con dispositivo en T (Neopuff) con lo cual revierte perfusión inadecuada, presentando piel rosada, se auscultan latidos cardíacos por encima de 100 lpm, se continúa con el apoyo de oxígeno por neopuff pero solo con mascarilla colocada sobre nariz y boca, y se realiza somatometría PC: 32cms, PT: 26cms, PA: 23.5cms, Talla: 44cms Peso: 1.848 gramos. Se valora edad gestacional aproximada por escala de madurez física de Ballard en 33 semanas, y se evalúa puntaje APGAR en 7, 8 y 8 al minuto, 5 y 10 minutos respectivamente. Se valora puntaje respiratorio ACoRN en 6 (dificultad respiratoria moderada) por lo que se decide uso de Cpap Nasal. Se canaliza vía periférica y se inicia infusión de Dextrosa al 10% a 80 ml/kg/día. Se solicita Cupo a CIN (Cuidados Intermedios Neonatales).

2 RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES

FECHA DE NACIMIENTO: 01/08/2017 **FECHA DE INGRESO:** 01/08/2017 **HASTA EL MOMENTO CONTINUA HOSPITALIZADO****** **FECHA DE EGRESO:** **DIAGNOSTICOS:** 1. Recién nacido pretérmino (33 SG)/Adecuado para la edad. CIE10:P073 2. Síndrome de dificultad respiratoria del RN CIE10:P22 3. Sepsis bacteriana del RN, Temprana CIE10:P369 4. Enterocolitis necrotizante 1B CIE10:P77 5. Ictericia neonatal por Incompatibilidad ABO CIE10:P598 **NEONATO NACE POR VIA VAGINAL ,APGAR DE 7 AL MINUTO, 8 A LOS 5' SE DIO NEOPUFF EVOLUCIONA CON QUEJIDO ESPIRATORIO Y TAQUIPNEA QUEDA CON SOPORTE DE CPAP NASAL FIO2 40% PEEP 5 ,HIPOACTIVO,REACTIVO ,TAQUIPNEICO FR 70X' RETRACCIONES INTERCOSTALES BAJAS ,SATURACION DE O2 95% POR LO QUE PASA A CIN PARA SU MANEJO.** En cuanto a su evolución podemos detallar: - Neurológico reporte de ECO TFN, del 02-058 con edema cerebral leve, control del 09-08 normal - Respiratorio: al nacer permanece en CPAP nasal durante 3 días luego en cánula nasal durante 3 días. Al momento, sin soporte de oxígeno adicional, suficiencia cardiopulmonar, manteniendo oxemias adecuadas. - Digestivo Al nacer permaneció en NPO durante 3 días luego se inició estimulación trófica con adecuada aceptación hasta su día 10 de vida que presentó vómitos y se indicó NPO + SOG. Al momento se alimenta adecuadamente con leche materna, hoy se plantea 32 cc cada 3 horas con MCT 10 gotas. Ha realizado deposiciones el día de ayer, sin mayor novedad. Posee Rx de abdomen de control el día de ayer en el se observa aire hasta ampolla rectal, con buena distribución de asas pero con leve distensión a nivel de colon. - Hemodinámico recibió dopamina a dosis de protección esplácnica desde su día 6 de vida hasta el día 14 de vida, ha permanecido sin requerimiento de aminas. Requirió administración de plasma por 3 días 12, 13 y 14 de agosto el día 14 de agosto se transfundió GRC - Infeccioso: recibió ampicilina 4 días y gentamicina 5 días hasta su día 4to de vida que por deterioro clínico y previo toma de policultivos se rotó a cefotaxima 10DÍAS y metronidazol 7Días. Luego por deterioro digestivo se agregó amikacina 7días , y cefepime Día 8, al tener evolución tórpida se intercnsulta a infectología quienes rotan antimbioticoterapia a meropenem - amikacina. cumplió 14 días meropenem, en seguimiento por servicio de Infectología. BHC y reactantes de fase aguda del 6 sept. dentro de parámetros normales- Llama la atención Hcto 27.3 % - Hb 9.4 mg/dl a pesar de estar con Eritropoyetina. Se realizó TAC de cráneo como estudio de CMV IgM elevado, con reporte de pobre diferenciación entre sustancia gris y blanca por inmadurez cerebral, por lo que se solicita valoración por Neurología.

2. Cuadro Clínico del neonato.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E.



H. Junta de Beneficencia de Guayaquil

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	HC: 3544543
<p>MG/2ML 30.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 OLIGOELEMENTOS 2ML (AMPOLLA) 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 AMIKACINA SOLUCION INYECTABLE 100 MG/2ML.30.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCION INYECTABLE 100 MG/ML 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 DW 5%:14.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 5% 1000.00,CLORURO DE SODIO 12.00,SOLETROL K 10.0024 HORAS -- 2017-08-30 ERITROPOYETINA SOLUCION INYECTABLE 2.000 UI.380.00 UI, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) SOLUCION INYECTABLE 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 NUTRICION PARENTERAL 2.70, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 66.0024 HORAS -- 2017-08-30 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 3.20, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-30 CALCIO GLUCONATO SOLUCION INYECTABLE 10% PARA 10 ML 1.80, MILILITROS, Intravenosa, 12 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) SOLUCION INYECTABLE 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 NUTRICION PARENTERAL 2.70, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 66.0024 HORAS -- 2017-08-31 ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCION INYECTABLE 100 MG/ML 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 DW 5%:14.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 5% 1000.00,CLORURO DE SODIO 12.00,SOLETROL K 10.0024 HORAS -- 2017-08-31 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 3.20, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 OLIGOELEMENTOS 2ML (AMPOLLA) 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-08-31 CALCIO GLUCONATO SOLUCION INYECTABLE 10% PARA 10 ML 1.80, MILILITROS, Intravenosa, 12 HORAS24 HORAS -- 2017-09-01 OLIGOELEMENTOS 2ML (AMPOLLA) 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS3 DIAS -- 2017-09-01 LIPIDOS 20% 1.70, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA LIPIDOS 20% ACEITE/OLIVA 500ML (SOLUCION) 33.0024 HORAS -- 2017-09-01 NUTRICION PARENTERAL 2.80, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 66.003 DIAS -- 2017-09-01 DW 7%:10.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 5% 60.00,CLORURO DE SODIO 1.00,DW 10% 40.00,SOLETROL K 1.003 DIAS -- 2017-09-01 ERITROPOYETINA SOLUCION INYECTABLE 2.000 UI.380.00 UI, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-01 CALCIO GLUCONATO SOLUCION INYECTABLE 10% PARA 10 ML 1.80, MILILITROS, Intravenosa, 12 HORAS3 DIAS -- 2017-09-01 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS3 DIAS -- 2017-09-01 ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCION INYECTABLE 100 MG/ML 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS3 DIAS -- 2017-09-01 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 3.20, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS3 DIAS -- 2017-09-01 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) SOLUCION INYECTABLE 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS3 DIAS -- 2017-09-02 DW 7%:10.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 5% 60.00,CLORURO DE SODIO 1.00,DW 10% 40.00,SOLETROL K 1.0024 HORAS -- 2017-09-02 LIPIDOS 20% 1.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA LIPIDOS 20% ACEITE/OLIVA 500ML (SOLUCION) 20.0024 HORAS -- 2017-09-02 NUTRICION PARENTERAL 2.80, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 67.0024 HORAS -- 2017-09-03 DW 7%:9.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 5% 60.00,CLORURO DE SODIO 1.00,DW 10% 40.00,SOLETROL K 1.0024 HORAS -- 2017-09-03 NUTRICION PARENTERAL 2.80, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 62.4024 HORAS -- 2017-09-03 LIPIDOS 20% 1.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA LIPIDOS 20% ACEITE/OLIVA 500ML (SOLUCION) 20.0024 HORAS -- 2017-09-04 LIPIDOS 20% 1.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA LIPIDOS 20% ACEITE/OLIVA 500ML (SOLUCION) 20.0024 HORAS -- 2017-09-04 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOLUCION INYECTABLE 100 MG/ML 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 3.20, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 ERITROPOYETINA SOLUCION INYECTABLE 2.000 UI.380.00 UI, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 DW 10%:7.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA,CLORURO DE SODIO 12.00,DW 10% 1000.00,SOLETROL K 10.0024 HORAS -- 2017-09-04 NUTRICION PARENTERAL 2.80, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA AMINOACIDOS 250 ML 62.4024 HORAS -- 2017-09-04 OLIGOELEMENTOS 2ML (AMPOLLA) 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 CALCIO GLUCONATO SOLUCION INYECTABLE 10% PARA 10 ML 1.80, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-04 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) SOLUCION INYECTABLE 1.00, MILILITROS, Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) JARABE 1.00, MILILITROS, ORAL, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 4.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 ACETILCISTEINA SOBRE 100 MG 1.00, UNIDAD, ORAL, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 CAFEINA 12.00, MILIGRAMOS (MG), ORAL, 24 HORAS30 DIAS -- 2017-09-05 DW 6%:10.80, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 10% 20.00 DW 5% 80.00,SOLETROL K 1.00,CLORURO DE SODIO 1.0024 HORAS -- 2017-09-05 VITAMINAS A, C, D GOTAS 4.00, GOTAS, ORAL, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-05 DW 10%:5.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 10% 1000.00,SOLETROL K 10.00,CLORURO DE SODIO 12.0024 HORAS -- 2017-09-06 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-09-06 AMINOFILINA SOLUCION INYECTABLE 250 MG/10ML 4.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-06 HIERRO + ACIDO FOLICO GOTAS 4.00, GOTAS, ORAL, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-06 ERITROPOYETINA SOLUCION INYECTABLE 2.000 UI.380.00 UI, Subcutanea, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-06 COMPLEJO B (VITAMINAS B1, B6, B12) JARABE 1.00, MILILITROS, ORAL, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-06 VITAMINAS A, C, D GOTAS 4.00, GOTAS, ORAL, 24 HORAS24 HORAS -- 2017-09-07 ACEITE MTC FRASCO DE 60ML (TRANSFORMADO) 8.00, GOTAS, ORAL, 4 HORAS24 HORAS -- 2017-09-07 MEROPENEM POLVO PARA INYECCION 1000 MG 100.00, MILIGRAMOS (MG), Intravenosa, 8 HORAS24 HORAS -- 2017-09-07 DW 10%:6.00, CENTIMETROS CUBICOS, Intravenosa, EN INFUSION CONTINUA DW 10% 1000.00,CLORURO DE SODIO 12.00,SOLETROL K 10.0024 HORAS --</p>	

Procedimientos

8 MÉDICOS TRATANTES				
NOMBRE	ESPECIALIDAD	CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD	
1				
2				
3				
4				

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO				6 DIAGNÓSTICOS EGRESO			
	DEF = DEFINITIVO	PRE-PRESUNTIVO			DEF = DEFINITIVO	PRE-PRESUNTIVO	
		CE	PRE			CE	PRE
1	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	P22	X				
2	OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	P073	X				
3							
4							
5							
6							

3. Resumen de tratamiento y procedimientos terapéuticos aplicados al paciente.

Fecha y Hora de Solicitud: 10/09/2017 15:00

Consecutivo: OR-2173762

Pag 1/1



DATOS DEL PACIENTE

Paciente: SANTOS LEON, IAM NICOLAS
Historia Clínica: 3544543-1 **Tipo de Identificación:** CC **Identificación:**
Edad: **Sexo:** Masculino **Tipo Paciente:** GZ81 GENERAL
COORD. ZONAL 8
Habitación: IN88
Servicio: CUIDADOS CRITICOS
Ubicación: U. CUIDADOS INTERMEDIOS NEO.
Responsable: COORDINACION ZONAL 8 - SALUD
Estructura Administrativa: HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE

Diagnóstico: P22 DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO

SALIDAS		
Fecha Inicio	Descripción	Datos Clínicos / Justificación
15:00	ALTA MEDICA	1.- Alta Hospitalaria + indicaciones 2.- Pecho Materno a libre demanda y/o 40 cc cada 3 horas por succión 3.- Cafeína vía oral cada noche 4.- Complejo B vía oral cada día 5.- Vitaminas ACD vía oral cada día 6.- Hierro + Acido Fólico 4 gotas vía oral cada día 6.- Control por Consulta externa de Neonatología, Gastroenterología, Emisiones Otoacústicas, Oftalmología 13-09-17

4. Certificado de alta al recién nacido