



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Dimensión practica del examen complejo previo a la obtención del grado
académico de licenciado (a) en enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN RECIEN
NACIDO PRETERMINO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA**

AUTORA

GENESIS ANDREA ERAZO AGUIRRE

TUTOR

DR. ALEX ENRIQUE DIAZ BARZOLA

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR

2021

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----|
| ÍNDICE GENERAL..... | I |
| DEDICATORIA | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| TÍTULO DEL CASO CLÍNICO | IV |
| RESUMEN..... | V |
| ABSTRACT..... | VI |
| INTRODUCCIÓN | VII |
| I. MARCO TEÓRICO | 1 |
| 1.1 JUSTIFICACION..... | 5 |
| 1.2 OBJETIVOS..... | 6 |
| 1.2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 6 |
| 1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 6 |
| 1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE | 7 |
| II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO..... | 7 |
| 2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del Paciente | 7 |
| 2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)..... | 8 |
| 2.3 Examen físico Exploración Clínica | 9 |
| 2.4 Información de exámenes complementarios realizados..... | 13 |
| 2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo..... | 14 |
| 2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. | 14 |
| 2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando valores normales. | 18 |
| SEGUIMIENTO..... | 18 |
| OBSERVACIONES | 19 |
| CONCLUSION | 20 |
| BIBLIOGRAFÍAS..... | 21 |
| ANEXOS..... | 23 |

DEDICATORIA

El presente Estudio de caso se lo dedico en primer lugar a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno de mis propósitos como es obtener mi título de tercer nivel, a todas las personas que me estuvieron apoyando siempre, en especial a mis padres por el apoyo económico y motivacional, por sus consejos durante esta larga y hermosa carrera.

A mi hermana, a mis tíos y a mi novio quienes me enseñaron que con el trabajo y perseverancia se encuentra el éxito profesional.

A La más pequeña de la casa, mi sobrina Doris por sacarme siempre una sonrisa cuando estoy triste, por esos pequeños abrazos que llenan de felicidad mi corazón.

A mi tutor Dr. Alex Diaz por su apoyo, paciencia y colaboración para poder realizar este trabajo.

GENESIS ANDREA ERAZO AGUIRRE

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios porque cada día bendice mi vida por darme esa fortaleza en los momentos difíciles, por permitirme llegar hasta este día tan especial como lo es la culminación de mi carrera universitaria.

A mis padres por ser los principales promotores de mis propósitos gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, por enseñarme desde pequeña que todas las metas que me proponga deben ser cumplidas.

A la universidad por abrirme las puertas para formarme como profesional, A todos los docentes por sus enseñanzas, sus conocimientos impartidos a lo largo de mi carrera. A mis compañeros que se convirtieron en mi segunda familia.

Eternamente agradecida con la vida por este nuevo triunfo.

GENESIS ANDREA ERAZO AGUIRRE

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDO
PRETÉRMINO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA**

RESUMEN

En el presente estudio de caso clínico se aplica el proceso de atención de enfermería en un recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria patología la cual se caracteriza por que los pulmones de los neonatos prematuros tienen déficit de surfactante, provocando la incapacidad de mantener un intercambio gaseoso adecuado.

El caso clínico que se redacta a continuación se llevó a cabo en el Hospital gineco obstétrico pediátrico Universitario de Guayaquil, se trata de un recién nacido de sexo femenino con 35 semanas de gestación la cual ingresa a la sala de UCIN presentando un cuadro clínico de disnea, aleteo nasal, cianótico, mediante las valoraciones pertinentes y los exámenes de laboratorios realizados, se pudo corroborar que se trataba de un Diagnóstico de dificultad respiratoria. Para luego aplicar el proceso de atención de enfermería NANDA, NIC Y NOC identificando los patrones funcionales alterados, realizando el respectivo seguimiento y brindando los cuidados de enfermería pertinentes teniendo como resultados una buena evolución del recién nacido.

Palabras clave: Proceso de atención enfermería, intercambio gaseoso, patrones funcionales, surfactante.

ABSTRACT

In The present clinical case study applies the process of nursing care in a preterm newborn with respiratory distress pathology which is characterized by the lungs of premature neonates having surfactant deficit, causing the inability to maintain an adequate gas exchange.

The clinical case that is written below was carried out in the University Pediatric Obstetric Gynecology Hospital of Guayaquil, it is a female newborn with 34 weeks of gestation which enters the NICU room presenting a clinical picture of dyspnea, nasal flutter, cyanotic, through the relevant assessments and laboratory examinations performed, it was possible to corroborate that it was a diagnosis of respiratory distress.

To then apply the nursing care process NANDA, NIC AND NOC identifying the altered functional patterns, carrying out the respective follow-up and providing the pertinent nursing care, resulting in a good evolution of the newborn.

Keywords: Nursing care process, gas exchange, functional patterns, surfactant.

INTRODUCCIÓN

La dificultad respiratoria o también llamada enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio que afectan más a los recién nacidos pretérminos. Esto debido a que el pulmón del neonato no ha desarrollado o madurado lo suficiente provocando un déficit de surfactante pulmonar. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado, es decir los alveolos de los pulmones no permanecen abiertos por la producción insuficiente de la membrana que los recubre que es el surfactante (Latari, 2020).

El siguiente estudio de caso, se enfoca en la valoración compleja al paciente neonatal para determinar las intervenciones de enfermería basándose en el cuidado integral del recién nacido, en el proceso de la enfermedad, cuidados básicos y rehabilitación, empleándolas de manera oportuna e inmediata debido a la sintomatología y signos que el neonato puede presentar como cianosis, apnea o cuadros de complicación neonatal, con el propósito de impedir la obstrucción o taponamiento de las vías respiratorias.

I. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN

Es un cuadro respiratorio agudo que se debe a la inmadurez de los pulmones incapaces de secretar surfactante e incapacidad neurológica para efectuar el intercambio gaseoso eficientemente, presentándose al nacer, su incidencia es mayor en neonatos de sexo masculino pretérminos, si es en edad gestacional avanzada su causa se debe por madre con antecedentes d diabetes. La función primordial que cumple el surfactante es ayudar a los pulmones a llenarse con aire para evitar que los pulmones colapsen (Lattari, 2019).

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

La dificultad respiratoria es de etiología múltiple que forma parte de la morbimortalidad asociada a este grupo etario, se considera una patología de cuidado debido a que se produce una alteración en el intercambio gaseoso causando fallas sistémicas a nivel pulmonar en el recién nacido (Gonzales, 2017).

Se clasifican en 3 categorías: leve, moderada y grave. La clasificación del síndrome de dificultad respiratoria se establece realizando una comparación entre el nivel de oxígeno que se encuentra en la sangre con los niveles que se requiere alcanzar (Bhakti, 2020).

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de dificultad respiratoria en 5 a 10% de los recién nacidos prematuros. En el grupo de los prematuros con peso de 1.500 gramos corresponden al 50%. La incidencia del síndrome de dificultad respiratoria neonatal está directamente asociada a la edad gestacional, se presenta en un 90% en embarazos

menores a las 28 semanas. La incidencia es mayor en los varones nacidos por cesárea o gemelares. También se puede presentar una dificultad respiratoria en recién nacidos a término o posttérmino, pero esto será debido a que la madre sufra de diabetes o mal control metabólico y recién nacido con asfixia perinatal. El primer factor de riesgo son los partos prematuros, otros factores son madres con diabetes gestacional, y en personas de raza negra (Fernández, 2019).

FISIOPATOLOGÍA

La producción del agente tensioactivo (surfactante) pulmonar comienza entre la semana 24- 28 de gestación y no es completamente funcional, durante la semana 34y 36 es que lleva a cabo la síntesis y producción de surfactante que son una mezcla de fosfolípidos y lipoproteínas secretados por los neumocitos tipo II, que se da por los componentes del surfactante un 90 % por lípidos y un 10% por proteínas. La fracción lipídica se compone de un alto porcentaje de fosfolípidos de 80 a 85% y de 5 a 10% de lípido neutro de los cuales el 75% de los fosfolípidos neutros son fosfatidilcolina (Matthay, 2018).

Si existe una menor producción del agente tensioactivo, se va requerir mayor presión para dilatar los alveolos. Si no existe una presión suficiente en la vía aérea, los pulmones presentan atelectasia difusa, lo que pueden desencadenar una inflamación y . Lo que provocara un aumento del trabajo respiratorio (Suarez, 2018).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los pacientes neonatos con dificultad respiratoria presentan por lo general respiraciones rápidas, trabajosas, con quejido, que aparecen inmediatamente o a pocas horas después del parto, se presentan retracciones fuertes en el pecho, debajo y en medio de las costillas en cada respiración, aleteo nasal. A medida que progresa la dificultad respiratoria se va produciendo atelectasia e insuficiencia respiratoria, empeoran los signos y síntomas, aparece cianosis, letargo, respiración irregular y apnea, y por último puede ocurrir insuficiencia cardíaca si no se establece una expansión pulmonar, una ventilación y una oxigenación adecuada. Los recién nacidos que pesan < 1.000 gramo pueden tener pulmones tan rígidos que en la exploración el murmullo vesicular disminuye y pueden auscultarse estertores permitiendo que el recién nacido no pueda iniciar ni mantener la respiración. (Ramos, 2018).

DIAGNÓSTICO

En un neonato pre término con dificultad respiratoria, el diagnóstico se basa en los antecedentes, datos clínicos, anamnesis, exploración física cefalocaudal, niveles de oxígeno y radiografía de tórax, en algunos casos las radiografías no reflejan en que intensidad el pulmón se encuentra afectado. Otra prueba diagnóstica es la toma de gasometría arterial para ver el grado de hipoxemia e hipercapnia, así como la gravedad de la enfermedad y los exámenes de laboratorio (Molinar, 2017).

CAUSAS Y COMPLICACIONES

El síndrome de dificultad respiratoria se desarrolla en neonatos cuyos pulmones no se han desarrollado por completo. La dificultad respiratoria tiene muchas causas diferentes, por ejemplo, obstrucción de los conductos de la nariz, boca o garganta puede llevar a que se presente una dificultad respiratoria. Patologías como la cardiopatía también son causantes de disnea, puesto que, el corazón es incapaz de bombear la sangre requerida y se genera un déficit de aporte de oxígeno en el cuerpo (Campo, Ramírez, 2018).

Las complicaciones de la dificultad respiratoria son la hemorragia intraventricular, neumotórax a tensión, displasia broncopulmonar, sepsis, atelectasia y la muerte del recién nacido. Otro tipo de complicaciones son las intracraneales: hipoxemia, hipercarbia, hipotensión (Sánchez, 2020).

TRATAMIENTO

- Surfactante intratraqueal
- Oxígeno suplementario según sea necesario
- Ventilación mecánica según sea necesario

Los Neonatos prematuros o que padecen de otras afecciones que pueden desencadenar dificultad respiratoria requieren tratamiento al nacer por parte de un equipo médico especializado. A los bebés se les administra oxígeno. Durante el tratamiento es necesario vigilar sistemáticamente las reacciones adversas para evitar una sobresaturación, administrar surfactante ayuda a la dilatación de los pulmones, pero una alta dosis en el neonato se puede producir hemorragia, pero su uso como tratamiento farmacología es muy útil en casos SDRN, Sin embargo, los

recién nacidos que reciben agente tensioactivo presentan un mayor riesgo de apnea del prematuro. Por eso se requiere del uso de tensioactivo para el neonato. Se administra directamente en las vías respiratorias del bebé, por lo que existe riesgo (Ferrer, 2018)

1.1 JUSTIFICACION

En Este estudio de caso donde se aplica el proceso de atención de enfermería en un paciente recién nacido de 35 semanas de gestación ingresado a la sala de UCIN del hospital gineco obstétrico pediátrico Universitario de la ciudad de Guayaquil, su importancia surge ya que hoy en día esta patología ocupa uno de los primeros lugares en cuanto a morbilidad y mortalidad infantil a nivel nacional.

Es pertinente la realización del presente estudio de caso clínico para brindar información actualizada sobre la dificultad respiratoria, sus causas, signos, síntomas, tratamientos, los cuidados de enfermería adecuados que se deben aplicar para así poder brindar una atención oportuna al recién nacido, pues la incidencia de muertes neonatales va en aumento cada año y están directamente asociadas a las semanas de embarazo pues un parto prematuro es un factor de la enfermedad neonatal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso de atención de enfermería en recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar por medio de patrones funcionales de Marjory Gordon al neonato con dificultad respiratoria.
- Diagnosticar al neonato por medio de la metodología del NANDA.
- Realizar las intervenciones de enfermería con la metodología del NIC para el beneficio del neonato con dificultad respiratoria.
- Valorar los resultados de evolución del neonato.

1.3 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

- **NOMBRES:** N/N
- **EDAD:** 35 semanas de gestación
- **H.C:** 0924664510
- **GENERO:** Femenino
- **ETNIA:** Mestizo
- **DIRECCIÓN:** Guayaquil
- **NACIONALIDAD:** ecuatoriana
- **ÁREA:** Pediatría
- **TALLA:** 42 cm
- **PESO:** 2.100 gr

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historia Clínica del Paciente

Recién nacido de 35 semanas de gestación, obtenida por cesárea, peso al nacer 2.100 gr, talla 39 cm, Apgar 6/7, (frecuencia cardiaca de 120 lpm, temperatura 36° C, de acuerdo al esfuerzo respiratorio presenta llanto débil y lento, tono muscular y extremidades flácidas, respuesta a estímulos, muecas y su piel acrocianosis. La evaluación de Silverman dio un puntaje de 7, con los siguientes signos: quejido respiratorio audible con estetoscopio, en la respiración nasal hay dilatación, la retracción costal se encuentra marcada y en la concordancia toracoabdominal hay discordancia. Se aplica una dosis de surfactante, intuba con tubo endotraqueal 2 Fr. y se deja en fase III de ventilación por 4 días ya que cursa con apneas se alimenta por NPT , posteriormente inicia destete por lo cual el ventilador se baja a fase II, se

extuba y se coloca CPAP nasal conectado a ventilador se inicia alimentación por sonda orogástrica.

Antecedente Personales: Nace vía abdominal (Cesárea) 35 Semanas de gestación por Test de Ballard, peso al nacer 2.100 gr, talla 42 cm, Apgar 6/7, (frecuencia cardiaca de más de 100 lpm, de acuerdo al esfuerzo respiratorio presenta llanto irregular, en el tono muscular, las extremidades algo flexionadas, respuesta a estímulos, presenta llanto y coloración acrocianótica. La evaluación de Silverman dio un puntaje de 7, con los siguientes signos: quejido respiratorio se encuentra ausente, en la respiración nasal, no hay retracción costal y la concordancia toraco-abdominal es adecuada en la inspiración.

Antecedentes familiares: Padre y madre aparentemente sanos.

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

Ingresa paciente RN del sexo femenino de 35 semanas de gestación, obtenida por cesárea al área de Pediatría, recién nacida se encuentra hipoactiva, hipotónica, hipotensa, piel de aspecto marmóreo, saturando un 87%, irritabilidad a la manipulación y dificultad respiratoria severa, por lo que se procede a colocar tubo endotraqueal por donde se administra surfactante pulmonar 6 mililitros. Por vía endovenosa se administran broncodilatadores (aminofilina 13 miligramos), vasoactivos (dobutamina y dopamina en infusión), sedantes (midazolam 0.2 mililitros) y antibioticoterapia específica (gentamicina 7 miligramos y ampicilina 80 miligramos). Se coloca vía central para iniciar nutrición parenteral.

2.3 Examen físico Exploración Clínica

Al examen físico, piel rosada, fina, cianosis distal.

Cabeza: fontanela anterior de 1x1, normotensa.

Boca: Paladar íntegro. Fosas nasales permeables.

Tórax: simétrico, frecuencia respiratoria de 66 respiraciones por minuto, respiración toracoabdominal, se evidencian retracciones subcostales y subxifoideas leves.

Corazón: frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, a la auscultación rítmico, normofonético no soplos.

Pulmones: murmullo vesicular disminuido y presencia de estertores diseminados en ambos campos pulmonares.

Abdomen: suave, depresible, no visceromegalias.

Cordón umbilical: 2 arterias 1 vena.

Caderas: maniobras de Barlow y Ortolani negativas.

Región inguino – genital: genitales externos femeninos.

Extremidades: simétricas, cianosis distal.

Signos vitales

Temperatura = 36 °C

Pulso = 120 lpm

Presión arterial = 65/36 mmHg

Respiración= 66 por minuto.

SAT O2: 87%

Peso: 2.100 gr

Talla: 42 cm

Exploración céfalo-caudal

Cabeza: Normocéfalo, implantación pilosa normal, no se evidencian masas, ni deformidades.

Cabello: Implantación de acuerdo al sexo y edad.

Cara: Indiferente, con aumento de volumen, calor en región maxilar superior y malar izquierdo, doloroso a la palpación.

Ojos: Párpados simétricos, mucosas húmedas y ligeramente pálidas, se evidencia área eritematosa en área periorbitaria, que comprende párpado superior e inferior. Pupilas isocóricas, fotoreactivas, movimientos oculares conservados.

Oídos: Pabellones auriculares simétricos, conducto auditivo externo permeable.

Nariz: Pirámide nasal simétrica. Fosas nasales permeables.

Boca: Se observa labios simétricos mucosa yugal ligeramente seca y rosada. Lengua con movimientos aparentemente normales. Se evidencia aumento de volumen a nivel maxilar superior izquierdo, doloroso a la palpación, leve eritema a nivel de la mucosa periodontal.

Cuello: Simétrico, no se palpan adenomegalias.

Tórax: Simétrico, expansibilidad disminuida.

Pulmones: Murmullo vesicular disminuido, presencia de crepitantes y estertores diseminados en ambos campos pulmonares.

Corazón: Ruidos cardiacos regulares.

Abdomen: Simétrico, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Región lumbar: Normal.

Extremidades: Simétricas, Tono conservados, pulsos palpables conservados en intensidad, amplitud y en frecuencia.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORÍA MARJORY GORDON)

1. Patrón percepción-manejo de la salud

Características higiénicas de la vivienda: La casa es de material y patio de tierra, la asean cada 8 días y cuando lo amerite lo realizan antes.

Paciente RN no puede percibir su salud y siempre está al cuidado del personal de salud y su madre.

2. Patrón nutricional-metabólico

Peso: 2.100 gr Talla: 42 cm. Característica de: Piel: Palidez de tegumentos, levemente deshidratada, mucosas secas. Cabello: Escaso, opaco, color castaño claro. Uñas: Cortas, limpias. Mucosa oral: Reseca. Encías: Acrocianóticas. Lengua: Ligeramente morada, hidratada. Labios: Ligeramente morados y levemente secos. Faringe: Rosada, sin datos de hiperemia. Se alimenta por NPT Nutrición parenteral.

3. Patrón de eliminación e intercambio.

Estado físico actual

Característica de: Heces: Meconiales y semipastosas

4. Patrón actividad-ejercicio.

Paciente RN, se observa conducta irritable en relación a la falta de descanso propia de la enfermedad (dificultad respiratoria).

Fuerza muscular: No se puede valorar por sedación

5. Patrón sueño-descanso.

Ciclo del sueño: Duerme las horas que requiere un recién nacido o a veces por sedación.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

- Presencia de reflejos normales en el recién nacido.
- Fontanela anterior y posterior: Tamaño normal para su edad.
- Existencia de capacidad en los padres para la toma de decisiones.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

Existencia de preocupaciones en los padres en la recuperación del peso de su hija.

Existencia de algún temor en los padres.

Estado de ánimo de los padres: Tranquilos cuando entran a visita.

8. Patrón rol-relaciones.

- Lugar que ocupa el recién nacido en la familia: Segundo hijo.

- Número de hermanos: Uno.

- Estado civil de los padres: Unión libre.

- Existencia de dificultades en la familia: Económico principalmente.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

Clítoris agrandado No

Labios fusionados No

Sangrado transvaginal No

10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

- Existencia de estrés en padres relacionado con el cuidado del recién nacido.

- Adaptación de la familia al recién nacido: Si aceptan a la paciente con su patología.

11. Patrón valores-creencias.

Padres: católicos

Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido.

Ninguno

Ayuda que la enfermera(o) puede brindarle: Apoyo emocional y espiritual, tener fe y esperanza.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

Patrón 2 Patrón nutricional-metabólico

Patrón 4 Patrón actividad-ejercicio

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

- La sintomatología que presenta el neonato nos puede indicar requerimiento de oxígeno, por aleteos nasales y contracción diafragmáticas.
- La gasometría arterial permite ver los niveles de dióxido de carbono, oxígeno, bicarbonato, PH de la sangre y son signos puntuales para valorar el esfuerzo respiratorio.

| | RESULTADOS | VALORES NORMALES |
|---------------------------|-------------------|-------------------------|
| LEUCOCITOS. | 24.80 /MM3 | 4 - 10 |
| NEUTROFILOS. | 12.20 /MM3 | 2 - 7.5 |
| LINFOCITOS. | 2.60 /MM3 | 1 - 4 |
| MONOCITOS. | 2.10 /MM3 | 0.5 - 1.5 |
| EOSINOFILOS. | 0.50 /MM3 | 0 - 0.5 |
| BASOFILOS. | 0.10 /MM3 | 0 - 0.2 |
| NEUTROFILOS%. | 49.2 % | 55 - 70 |
| ERITROCITOS. | 3.95 /MM3 | 3.8 - 5.8 |
| HEMOGLOBINA. | 13.6 G/DL | 11.5 - 16 |
| HEMATOCRITO. | 43.8 % | 37 - 47 |
| VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO | 80 - 100 | |
| | 111.0 FL | |
| CONCENTRACION MEDIA | | 27 - 32 |
| HEMOGLOBINA (HCM). | 34.5 PG | |
| PLAQUETAS. | 370 /MM3 | 150 - 500 |

| | |
|---------------------------|----------|
| VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO | 6 - 11 |
| (VPM). 8.0 U/MM3 | |
| SIFILIS (PRUEBA RAPIDA) | |
| NEGATIVO AB | |
| GLUCOSA 100 MG./DL | 70 - 105 |
| CALCIO 9.53 MG% | 7.8-10.4 |

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo: Insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Neumonía por estreptococo grupo B.

Diagnóstico definitivo: Dificultad respiratoria.

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

- **Biológica:** La madre refiere no haberse realizado todos los controles prenatales.
- **Física:** Presenta disnea, aleteo nasal, cianosis, es evaluado a través de la escala de Silverman.
- **Ambientales:** Exposición a microorganismos.
- **Sociales:** No refiere

ACCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Control y registro de signos vitales
- Canalización de vía periférica
- Mantener permeable vía periférica
- Cuidado de vía central
- Mantener permeable vía central para nutrición parenteral
- Administración de medicamentos según prescripción medica
- Realizar balance hídrico
- Realizar nota de evolución de enfermería
- Control de ingesta y excreta del paciente
- Control de alimentación del RN
- Vigilar Oxigenoterapia

DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO

NANDA: 00030
NOC: 0415
NIC: 3120

R/C: Inmadurez neurológica, SDR

E/P: Disnea, aleteo nasal, ortopnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Cardiopulmonar (E)

Etiqueta: Estado respiratorio 0415

Campo: Fisiológico complejo (II)

Clase: Control respiratorio (K)

Etiqueta: Intubación y estabilización de la vía aérea. 3120

ESTADO RESPIRATORIO

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| Frecuencia respiratoria | | | X | | |
| Ritmo respiratorio | | X | | | |
| Aleteo nasal | | X | | | |
| Saturación de oxígeno | | X | | | |

ACTIVIDADES

- Auscultar el tórax después de la intubación.
- Observar el movimiento sistemático de la pared torácica.
- Monitorizar la saturación de oxígeno.
- Explicar al paciente y a la familia sobre la intubación.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00002
NOC: 1005
NIC: 1200

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES

M
E
T
A
S

R/C: Inmadurez fisiológica, incapacidad para ingerir alimentos.

E/P: Pérdida de peso, debilidad de los músculos de deglución.

dominio: Salud fisiológica (II)

Clase: Digestión y nutrición (K)

Etiqueta: Estado nutricional

Determinaciones bioquímicas 1005

Campo: Fisiológico complejo (II)

Clase: Control de electrolitos y acido base.

Etiqueta: Administración de nutrición parenteral. NPT. 1200

ESTADO NUTRICIONAL- DETERMINACIONES BIOQUIMICAS

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| Albumina sérica | | X | | | |
| Creatinina sérica | | X | | | |
| Glucemia | X | | | | |
| Hemoglobina | | | X | | |

ACTIVIDADES

- Insertar el catéter central de acceso intravenoso periférico,
- Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico.
- Asegurar que las soluciones de NPT infundidas por un catéter no central se limiten a una osmolaridad de menor de 900mOsm/L.

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

NANDA: 00107
NOC: 1020
NIC: 1056

PATRON DE ALIMENTACION INEFICAZ DEL LACTANTE

M
E
T
A
S

R/C: Recién nacido prematuro tardío, inmadurez neurológica.

E/P: Incapacidad para coordinar la succión la deglución y la respiración

Dominio: salud fisiológica

Clase: Digestión y nutrición (K)

Etiqueta: Estado nutricional del lactante 1020

Campo: Fisiológico básico

Clase: Apoyo nutricional

Etiqueta: Alimentación por sonda 1056

ESTADO NUTRICIONAL- DETERMINACIONES BIOQUIMICAS

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| Estado de succión y deglución | X | | | | |
| Hidratación | | X | | | |
| Ingestión de nutrientes | | X | | | |
| Ingestión calórica y proteica | | X | | | |

ACTIVIDADES

- Colocación de sonda orogástrica.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta, inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos.
- Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8

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.

El presente estudio de caso está enfocado en la teoría de Virginia Henderson, esta teoría tiene como base ayudar al individuo sano o enfermo a recuperar su salud o en algunos casos brindar una muerte digna. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es realizar todas las acciones que el paciente no pueda hacer por su propio medio, ya sea por enfermedad, edad u otros factores. Los cuidados realizados en la paciente, fueron priorizados y centrados en las principales necesidades que deben ser atendidas para una pronta recuperación

SEGUIMIENTO

La recién nacida, recibió inductores de madurez pulmonar con esquema completo, cuenta con los siguientes diagnóstico médicos RN pretérmino de 35 Semanas de gestación con peso bajo para la edad actual, dificultad respiratoria, Se inicia con tratamiento de doble esquema de antibióticos por riesgo de sepsis; ampicilina/amikacina por 8 días, luego se cambia a cefotaxima por 3 días, iniciando con hipotermia e hiperglicemia escalando a cefepime por un día. De acuerdo a la evolución del RN. Se inicia estimulación con leche materna exclusiva. cefepime 25 mg I.V cada 6 horas, vitamina k 1 miligramo cada 24 horas, omeprazol 1 miligramo Intravenoso cada 24 horas, aminofilina 12 mg Intravenoso cada 12 horas.

OBSERVACIONES

En el desarrollo del proceso de atención de enfermería se determinaron tres diagnósticos para el presente estudio de caso. El primer diagnóstico es el principal y es de tipo real, pone en riesgo la vía aérea del paciente y por lo tanto su vida, debido a que es específico al patrón respiratorio. En este diagnóstico se planearon intervenciones generales como: oxigenoterapia, intubación endotraqueal, monitorización de vías respiratorias y aspiración de las vías aéreas, dentro de las cuales se ejecutaron actividades específicas dando atención a las respuestas humanas de este diagnóstico, todo esto plasmado en el plan de cuidados individualizado. Se le indico a la madre del estado de su hija y los efectos adversos que los medicamentos podían causar y la importancia del tratamiento prescrito por el médico para su pronta recuperación.

CONCLUSION

Al finalizar este estudio de caso puedo concluir diciendo que mediante el proceso de Atención de Enfermería y las intervenciones desarrolladas a través de la taxonomía NANDA, NOC Y NIC se demuestra que se obtiene resultados favorables, donde se recabo toda la información necesaria a través de diferentes fuentes estas son la historia clínica, anamnesis, examen físico, valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con la finalidad que el neonato reciba todos los cuidados de enfermería de manera eficaz y eficiente por parte del personal de salud observando sus signos vitales y valorando mediante la escala de Silverman el grado de dificultad respiratoria que con más horas fue mejorando.

Las intervenciones de enfermería que se realizaron al RN fueron muy satisfactorias en todo el transcurso de su hospitalización, teniendo como resultado una buena evolución del neonato brindándole cuidados especializados y su respectivo seguimiento.

Finalmente se evaluó el proceso de atención de enfermería donde se alcanzan los objetivos deseados mejorando la condición de salud del RN, brindando atención especializada de manera humanista, proporcionada por el personal de salud que todo ser humano espera.

BIBLIOGRAFÍAS

Bhaki, P. (2020). Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Manual MSD.

<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/insuficiencia-respiratoria-y-s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-aguda-sdra>

Campo, J., Ramírez, A. (2018). Síndrome de dificultad respiratoria.

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

Castro, t. (2020). síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de distrés respiratorio) en recién nacidos. manual MSD. www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-pulmonares-y-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-s%C3%ADndrome-de-distr%C3%A9s-respiratorio-en-reci%C3%A9n-nacidos

Fernández, J. (2019) Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Revisa científica, <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v24n2/v24n2a04.pdf>

Lattari, R. (2019). Que es el síndrome de dificultad respiratoria.

<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/acute-respiratory-distress-syndrome-ards.pdf>

López, J., Heredia, M. (2019). Síndrome de dificultad respiratoria

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

Matthay, R. (2018). Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Revista científica. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>

Portal, P., Statements, F., & Give, W. T. (2017). Síndrome de dificultad respiratoria neonatal. <http://hhsnj.adam.com/content.aspx?productid=118&pid=5&gid=001563>

Ramos, T. (2018). Síndrome de dificultad respiratoria tipo I. Revista Científica. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48708306.pdf>

Sánchez, I. (2020). Análisis epidemiológico y sociodemográfico de las principales causas de morbimortalidad en niños menores de 5 años en el Ecuador. Tesis Universidad de las Américas. <http://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/566/3/UDLA-EC-TMC-2020-02.pdf>

Suarez, R. (2018). Déficit Respiratorio En Neonatos. Revista Científica. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062012000500010&script=sci_arttext&tlng=p

ANEXOS



Paciente: Mora Barro, Recien Nacido Femenino
 P. Orden: 07/09/2020 21:58:05
 U. Medica: HOSPITAL UNIVERSITARIO
 Medico: Administrador

Cedula: 843177
 Turno: 3200067151
 Edad: 0 años
 Genero: MUJER

Resultados

Inmunofluorescencia

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencia |
|--------------------|-----------|--------|------------------|
| IMUNOFLUORESCENCIA | NEGATIVO | | |
| SIFILIS | | | |

* Los resultados deben ser correlacionados con la clínica del paciente para la toma de decisiones.

Usuario Valida: CINDY GABRIELA HOLGUIN REYES

09/2020 23:30:54 Page 2/2 QF Carmen Nolasco Coordinadora Laboratorio Clínico

HIDROCORTIZONA

- 1 M2: RAIZ CUADRADA DE KG X TALLA/3600
- 2 M2 X 40 / 2+ GOTEO
- 3 GOTEO C/6 LUEGO DIARIO C/6-12:00

Paciente: Mora Barro, Recien Nacido Femenino
 P. Orden: 07/09/2020 21:58:05
 U. Medica: HOSPITAL UNIVERSITARIO
 Medico: Administrador

Cedula: 843177
 Turno: 3200067151
 Edad: 0 años
 Genero: MUJER

Resultados

Bioquímica Sanguinea

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencia |
|----------------------|-----------|--------|--|
| BIOQUIMICA SANGUINEA | 0.96 | mg/dL | 0 - 1 |
| PCR Cuantitativo | 195 | mg/dL | 70 - 105 |
| Glucosa | 5.53 | mg% | NEONATOS (<10 DIAS) 7.8 - 10.4 NIÑOS 0-12 MESES 8.8 - 10.4 ADULTOS 12 - 60 AÑOS 8.4 - 10.2 |
| CALCIO | | | |

* Los resultados deben ser correlacionados con la clínica del paciente para la toma de decisiones.

Usuario Valida: CINDY GABRIELA HOLGUIN REYES

07/09/2020 23:30:54 Page 1/3 QF Carmen Nolasco Coordinadora Laboratorio Clínico

Paciente: Mora Barro, Recien Nacido Femenino
 P. Orden: 07/09/2020 21:58:05
 U. Medica: HOSPITAL UNIVERSITARIO
 Medico: Administrador

Cedula: 843177
 Turno: 3200067151
 Edad: 0 años
 Genero: MUJER

Resultados

Hematología

| Examen | Resultado | Unidad | Rango Referencia |
|-----------------|-----------|--------------------|------------------|
| HEMATOCRAMA | | | |
| Leucocitos | 12.480 | 10 ⁹ /L | 7 - 15 |
| Hemateos | 3.96 | 10 ⁹ /L | 3.6 - 6.2 |
| Hemoglobina | 0.59 | g/dL | 38.0 - 45.0 g/L |
| Hematocrito | 13.6 | g/dL | 12 - 16 |
| HGB | 111.2 | g | 101 - 140 |
| HCT | 36.4 | % | 33 - 50 |
| MCHC | 31.1 | g/dL | 31 - 37 |
| RDW | 15.0 | % | 11.5 - 14 |
| VPM | 8.0 | fL | 70 - 100 |
| RDW-CV | 18.2 | % | 11.5 - 14 |
| Leucocitos | 12.48 | 10 ⁹ /L | 7 - 15 |
| Monocitos% | 39.8 | % | 20 - 40 |
| Eosinofos% | 0.0 | % | 2 - 10 |
| Basofos% | 2.2 | % | 0.5 - 1.5 |
| Neutrofilos% | 0.0 | % | 0 - 1 |
| Linfocitos% | 51.0 | % | 37 - 54 |
| Plaquitas | 110.000 | 10 ⁹ /L | 39 - 71 |
| Plaquetas | 110.000 | 10 ⁹ /L | 150 - 400 |
| Eosinofos# | 0.50 | 10 ⁹ /L | 0.0 - 0.8 |
| Basofos# | 0.10 | 10 ⁹ /L | 0 - 0.1 |
| GRUPO SANGUINEO | | | |
| GRUPO SANGUINEO | | | |
| FACTOR RH | | | |

* Los resultados deben ser correlacionados con la clínica del paciente para la toma de decisiones.

07/09/2020 23:30:54 Page 1/3 QF Carmen Nolasco Coordinadora Laboratorio Clínico