



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

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 neonato con asfixia severa

AUTOR

Nesvary Devaky Grizutti Avilés

TUTOR

Dra. Janeth Hurtado

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	¡E
rror! Marcador no definido.	
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
TÍTULO DEL CASO CLINICO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	IV
INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
I. MARCO TEÓRICO	1
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	¡Error! Marcador no definido.
1.3 DATOS GENERALES	¡Error! Marcador no definido.
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	¡Error! Marcador no definido.
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE.	¡Error! Marcador no definido.
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).	¡Error! Marcador no definido.
2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)	¡Error! Marcador no definido.
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	¡Error! Marcador no definido.
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR	¡Error! Marcador no definido.
.....	¡Error! Marcador no definido.
.....	¡Error! Marcador no definido.
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	¡Error! Marcador no definido.
2.8 SEGUIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

TITULO DE CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN NEONATO CON
ASFIXIA SEVERA**

RESUMEN

A continuación, se muestra un estudio de caso clínico basado en la aplicación del proceso de atención de enfermería en un RN con asfixia neonatal severa en el Hospital Universitario de Guayaquil, el mismo que nació bajo condiciones clínicas desfavorables producto de un parto prolongado (RN atrapado durante 45 minutos aproximadamente) del cual se obtuvo producto masculino deprimido, hipotónico, hipoactivo, con Apgar de 1 al minuto de vida, la asfixia neonatal es un perjuicio que se produce en el recién nacido debido a una interrupción fisiopatológica en el intercambio gaseoso fetal, el abordaje consiste en las intervenciones a través de ventilación positiva para mejorar las condiciones cardiopulmonares, durante esta etapa crítica que comprometió el estado de vida del RN fue indispensable emplear el proceso enfermero el cual brindó diagnósticos de enfermería como patrón respiratorio ineficaz, deterioro del intercambio gaseoso con orden cronológico, sistemático e intervenciones priorizadas, como emplear oxígeno por cánula nasal, nutrición parenteral de aminoácidos, antibiótico terapia e infusión de electrolitos, como objetivo general del estudio se planteó ; realizar el proceso de atención de enfermería en neonato con asfixia severa, y como objetivos específicos se plantearon los siguientes criterios: valoración del estado general del RN, planificación de intervenciones priorizadas de enfermería, medición de resultados de enfermería con seguimiento al tratamiento médico, todos estos cuidados aplicados desde el día de 1 de su internación hasta su epicrisis permitieron la pronta recuperación progresiva del RN durante su estancia hospitalaria.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, asfixia severa, diagnósticos, intervenciones, oxígeno.

ABSTRACT

Below is a clinical case study based on the application of the nursing care process in an RN with severe neonatal asphyxia at the University Hospital of Guayaquil, the same one that was born under unfavorable clinical conditions as a result of a prolonged labor (RN trapped for approximately 45 minutes) from which depressed male product was obtained, hypotonic, hypoactive, with Apgar of 1 minute of life, neonatal asphyxia is a damage that occurs in the newborn due to a pathophysiological interruption in the fetal gas exchange, the approach consists of interventions through positive ventilation to improve cardiopulmonary conditions, during this critical stage that compromised the state of life of the RN it was essential to use the nursing process which provided nursing diagnoses as a pattern ineffective respiratory, deterioration of gas exchange in chronological, systematic order and prioritized interventions, such as using oxygen by nasal cannula, parenteral amino acid nutrition, antibiotic therapy and electrolyte infusion, As a general objective of the study was raised; perform the process of nursing care in neonate with severe asphyxia, and as specific objectives the following criteria were raised: assessment of the general state of the RN, planning of prioritized nursing interventions, measurement of nursing results with follow-up to medical treatment, all these care applied from day 1 of his hospitalization until his epicrisis allowed the prompt progressive recovery of the RN during his hospital instance.

Keywords: Nursing care process, severe asphyxia, diagnoses, interventions, oxygen.

INTRODUCCION

La asfixia peri y post natal, son una de las causas más importantes de mortalidad neonatal y morbilidad del estado neurológico del RN, su daño no solo se evidencia a nivel pulmonar sino que también puede afectar otros órganos como riñones y corazón, la asfixia sucede por un estado fisiopatológico del intercambio gaseoso placentario como compresión del cordón, hipoxia materna, insuficiencia placentaria, insuficiencia respiratoria, trauma al nacer, todas estas etiologías producen un estado hipoxémico, isquémico, hipercapnico, lo cual deriva en el gasto cardíaco del RN, en gran parte de las hipoxias perinatales se producen en de forma intrauterinas y el 20 por ciento antes de la labor del parto, el 70 por ciento durante el labor de parto y tan solo el 10 por ciento durante la fase expulsiva, los factores de riesgos se hacen presentes en madres con preeclampsia, enfermedades pulmonares, antecedentes de hemorragias agudas, diabetes el uso de sustancia psicotrópicas, por otra parte los factores de riesgo placentario se encuentran placenta previa, insuficiencia placentaria, desprendimiento placentario, vasculitis, ruptura uterina, accidentes del cordón, anemias e infecciones. Las manifestaciones clínicas van desde bradicardia, hipotensión, alteraciones neurológicas (condiciones severas), cianosis e ictericia; (Borja & Zambrano, 2016).

Se revela un caso de RN producto de quinta gesta, con asfixia severa, producida por atrapamiento de 45 minutos en el canal del parto (parto prolongado), al cual se brindan cuidados de enfermería como valorar el estado general del RN al nacimiento (Apgar), para detectar complicaciones de forma precoz, como la acidosis respiratoria y los estados hipoxémicos.

El PAE es una herramienta fundamental en la vida cotidiana de los profesionales de enfermería porque permite ejecutar actividades con un orden lógico, como la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y evaluación, esto se da para cumplir con el desarrollo de los objetivos trazados a lo largo del estudio.

I. MARCO TEÓRICO

El PAE se lo conoce como al conjunto de elementos y artes más deseados de la enfermería moderna, es la aplicación del proceso científico durante la toma de decisiones que garantizaran resoluciones de problemas; (Doenges & Moorhouse, 2016).

El proceso enfermero está compuesto de cinco fases que son:

Valoración

Comprende en la recolección de todos los signos y síntomas presentes en el paciente; (Doenges & Moorhouse, 2016).

Fases de la valoración

- Recolección de información tales como antecedentes de la familia y personales.
- Anamnesis.
- Examen físico: cefalópodal, por aparatos o sistemas; (MSP, 2016).

Diagnostico

Se da un dictamen u juicio clinico en base los datos que se obtuvieron en la valoración para identificar las necesidades del paciente; (Doenges & Moorhouse, 2016).

Para elaborar diagnósticos de enfermeria existen varios tipos tales como diagnostico real, posible, riesgo, de bienestar y sindrómico, aquí se utiliza la taxonomía NANDA. (MSP, 2016)

Planificación

Se elaboran intervenciones de enfermeria, cuidados enfocados en las necesidades y problemas reales del paciente; (Orellana, Alvarenga, & Alabi, 2019).

Ejecución

Su origen es a partir de la culminación de la planificación y en ella se aplican las intervenciones elaboradas como un plan de cuidados, direccionados a la corrección del problema principal; (Orellana, Alvarenga, & Alabi, 2019).

Evaluación

La evaluación es la comparación enlazada entre los resultados esperados y el estado de salud actual del paciente, se emite un juicio final sobre la

situación de la persona para comprobar la efectividad y eficacia de las intervenciones aplicadas.

ASFIXIA SEVERA

Se puede definir como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato asociada a grados variables de hipercapnia y acidosis metabólica, siendo secundaria a patología materna, fetal o neonatal; (Nazer, 2017).

Según (Hidalgo, 2017) “la define como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato asociado a grados variables de hipercapnia y acidosis metabólica, siendo secundaria a patología materna, fetal o neonatal”.

ETIOLOGIA

Tabla 1	
<i>Etiologías de la Asfixia Neonatal.</i>	
<i>Factores Pre parto</i>	<i>Factores Intraparto</i>
Preeclampsia	Distocia de presentación
Anemia	Actividad fetal disminuida
Hemorragia aguda Infección materna	Frecuencia cardíaca fetal anormal Meconio líquido amniótico
Diabetes Ruptura prematura de membranas	Hipertonía uterina
<i>Nota. Fuente: Salud Infantil, Asfixia Neonatal.</i>	

CLASIFICACION

Se clasifica en tres grupos principales que son: leve, moderada y severa.

Leve: con puntuación de Apgar igual o inferior a 3 al minuto y superior a 5 a los 5 minutos

Moderada: con puntuación de Apgar igual o inferior a 3 al minuto e inferior, igual a 5 a los 5 minutos, pH del cordón inferior 7.1

Severa: con puntuación de Apgar igual o inferior a 3 al minuto e igual, inferior 5 a los 5 minutos con signos de asfixia y deterioro de uno o más órganos

FIOSIOPATOLOGIA

La lesión aguda se hace presente cuando la severidad de la asfixia supera a la capacidad del sistema para contener el metabolismo celular dentro de las regiones de vulnerabilidad, como lo es el daño tisular que resulta de los requerimientos inadecuado de sustrato y de oxígeno, estos determinan el grado de la hipoxia y la isquemia, las lesiones se describen como isquémicas e hipóxicas, si se logra reestablecer de forma rápida la oxigenación y la hemodinamia, la lesión puede ser reversible y el tiempo de recuperación completo; (Nazer, 2017).

MANIFESTACIONES CLINICAS

El cuadro clínico de un RN expuesto a varios minutos de asfixia son los siguientes:

- Dificultad para iniciar y mantener la respiración
- Hipotonía muscular u reflejos
- Convulsiones
- Intolerancia a la alimentación oral
- Alteración del estado de alerta
- Hemorragia de las vías digestivas
- Hemorragia de las vías respiratorias
- Hipotensión
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca
- Oligoanuria, anuria, poliuria; (Dowes, 2016).

DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de asfixia en el RN se debe establecer los siguientes parámetros:

- **Cuantificar los niveles de pH al nacer**, se aconseja que la muestra sea extraída del cordón umbilical al nacimiento y 30 minutos después, a través de una gasometría que en valores alterados se hará evidencia una acidosis metabólica que generalmente ocurre 30 minutos después de la asfixia con pH igual o menor a 7 y exceso de base por debajo de 10, el lactato sérico es un indicador para la asfixia neonatal y predecir hipoxia tisular.

- **Medir puntuación de Apgar** a los 0, a los 3 y 5 minutos del nacimiento del neonato.
- **Valorar estado general** del RN y verificar alteraciones en base al sistema nervioso, gastrointestinal, cardiopulmonar, hematológico, renal y hepático, en caso de haber fallas en dos o más de los órganos mencionados se denomina falla orgánica múltiple.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE

Se hace presente cuando 2 o más órganos del RN se ven afectado producto de la asfixia se produce una reacción inflamatoria desencadenante sistémica su cuadro es agudo, ocurre generalmente dentro de los primero 5 días del nacimiento, los sistemas más afectados suelen ser:

Neurológico

El daño produce una encefalopatía isquémica – hipóxica el cuadro clínico inicia con dificultad para iniciar la respiración, estado hipotónico y disminución u ausencia de reflejos, alteración en el estado / alerta y convulsiones, estos signos pueden presentarse dependiendo de la gravedad de la hipoxia que estuvo expuesto el RN.

Digestivo

Se produce una tolerancia digestiva de forma transitoria, hemorragia de las vías digestivas y en peores casos enterocolitis necrosante.

Hepático

Alteraciones de la función hepática con aumento de las enzimas hepáticas TGO, TGP y deshidrogenasa láctica con un 50 por ciento superior a lo normal.

Respiratorio

Se produce taquipnea de forma transitoria, síndrome de aspiración de meconio, síndrome de escape del aire.

Cardiaco

Alteraciones del ritmo cardiaco, hipotensión, insuficiencia miocárdica, insuficiencia tricúspidea, shock hipovolémico, shock cardiogénico.

Hematológico

Trombocitopenia, aumento de eritropoyetina, anemia en caso de hemorragias y leucocitosis en presencia de infecciones.

Riñón

Anuria, poliuria, oligoanuria y hematuria de forma persistente, proteinuria y finalmente la insuficiencia renal.

TRATAMIENTO

Un promedio del 10 por ciento de los neonatos requiere intervenciones para poder respirar al nacimiento, de este 10 por ciento solo el 1 por ciento requiere reanimación, el objetivo del tratamiento no es solo evitar las muertes neonatales, sino que también evitar secuelas neurológicas posteriores a la asfixia.

Intervenciones claves en la reanimación del RN:

- **Evaluación cardiorrespiratoria:** Es necesario emplear el oxímetro en los RN que requieren reanimación de forma continua el mismo que debe ser colocado en la muñeca o mano derecha, esta no debería sustituir por ningún motivo una evaluación clínica de la FC, además de brindar ventilación asistida.
- **Ventilación de la vía aérea:** no es recomendado la aspiración nasofaríngea ni orofaríngea durante la reanimación cuando existe la presencia de líquido amniótico manchado de meconio o claro, los RN nacidos a término requieren oxígeno concentración ambiente al 21 por ciento
- **Masaje cardiaco:** se debe realizar entre 3 – 5 compresiones por cada ventilación.
- **Epinefrina:** se administra a RN con frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos por minuto, a pesar de los masajes cardiacos y ventilación asistida, la dosis es de 0,01 – 0,03 mg/kg/dosis si se cuenta con una vía intravenosa, casi contrario administrar epinefrina por vía endotraqueal a dosis de 0.05 mg/kg/dosis a 0,1 mg/kg/dosis no exceder las dosis mencionadas para evitar complicaciones.
- **Asistencia ventilatoria asistida en el RN con asfixia:** en la ventilación asistida se debe mantener una oxemia al 95 por ciento y una PACO₂ de 35 a 45 mmhg.
- **Nutrición:** iniciar por vía enteral con técnicas y formas apropiadas según condiciones del RN vigilando continuamente el grado de tolerancia y

condiciones del sistema digestivo, se debe tomar en cuenta en apoyo de la nutrición parenteral según los requerimientos del RN.

- **Neuro protectores:** se refiere a la profilaxis en relación al daño neuronal en casos agudos de encefalopatía de tipo hipóxica – isquémicas los neuro protectores son: magnesio, xenón, alopurinol, estatinas, melatonina.
- **Regulación metabólica:** la glucosa se debe administrar durante y después de episodios hipoxémicos, niveles de glucosa bajo puede agravar el estado de las lesiones cerebrales, se recomienda vigilar los niveles de glucosa en sangre; (MSP, 2017).

1.1. JUSTIFICACION

La asfixia neonatal en los últimos años ha venido en aumento a nivel mundial, se estima que alrededor del 15 al 20 por ciento mueren el periodo del nacimiento y 4 de cada 1000 nacidos a causa de asfixia neonatal, la organización mundial de la salud en sus cifras epidemiológicas calcula una tasa de mortalidad neonatal y perinatal alrededor de 32 muertes por cada 1000 nacidos, 6 por cada 1000 en países desarrollados, 31 por cada 1000 en países subdesarrollados, la situación es alarmante a pesar de las normas, protocolos implementados en las áreas de neonatología, se hace evidente las fallas de las mismas, por este motivo el presente estudio de caso es de suma importancia porque contribuye como una fuente bibliográfica para futuros colegas y profesionales de enfermería en la instrucción del manejo de RN con asfixia neonatal aplicando el proceso de atención de enfermería como herramienta clave el cual permite realizar una correcta valoración, brindar diagnósticos acertados e intervenciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos trazados, cabe recalcar que la presente investigación no suplanta las guías de prácticas clínicas u bibliografías vigentes en cada país, por el contrario se busca afirmar la información de las mismas para contribuir a la reducción de morbilidad y mortalidad neonatal.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en neonato con asfixia severa.

1.2.2. Objetivos específicos

- Valorar el estado de salud del RN mediante el examen físico y examen físico
- Emplear el test Apgar a los 0, 3 y 5 minutos de vida del neonato
- Determinar diagnósticos de enfermería a RN con asfixia severa
- Ejecutar las intervenciones de enfermería planteadas durante el proceso
- Medir los resultados al finalizar las intervenciones planteadas y verificar el logro de los objetivos planteados.

1.3. Datos generales

Nombre y apellidos: N/N

Fecha de nacimiento: 09/12/2020

Hora del nacimiento: 23:19:08

Lugar de nacimiento: Guayaquil – Ecuador – Hospital Universitario

Nacionalidad: ecuatoriano

Grupo Étnico: Mestizo

Edad: 0 años

Sexo: Masculino

Talla: 48 cm

Peso: 3340 gramos

Semanas de gestación: 40 semanas

Tipo de parto: Parto fisiológico

Estado civil: Soltero

I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Se obtiene producto masculino por parto fisiológico nace deprimido, hipotónico, hipoactivo y bradicárdico, con Apgar de 1 al minuto, 4 a los 5 minutos y 6 a los 10 minutos, por lo que requirió ventilación positiva, no llora, debuta con quejido, RN recibe pase a UCIN.

Antecedentes prenatales

Madre de 29 años de edad con antecedentes obstétricos de G5 embarazo, ecografías 3, controles 5, con antecedentes de ivu y leucorrea, tratadas no curadas en el segundo y tercer trimestre del embarazo con diagnóstico ginecológico embarazado de 40 semanas más trabajo de parto fase expulsiva, parto prolongado permaneciendo producto por más de 45 minutos en el canal del parto.

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

Recién sexo masculino de 41 semanas de gestación cursa primeros 30 minutos de vida. En lo neurológico activo, reactivo, deprimido, hipotónico, hipoactivo y bradicárdico, se realiza eco transfontanelar, cursa por dificultad respiratoria, se realiza aspiración de las vías aéreas y se mantiene con soporte de oxígeno a bajo flujo y se canalizan vías umbilicales.

2.3. Examen físico

Cabeza: normo cefálico, fontanela anterior normotensa.

Orejas: pabellón auricular normo implantado, retracción lenta, bordes incurvados

Tórax: simétrico, campos pulmonares con quejidos respiratorios y disminución en el flujo de aire, retracciones costales bajas

Corazón: Rscs taquicárdicos fisiológicos, no soplos, pulso débil, bradicárdico.

Abdomen: blando, depresible, no evidencia visceromegalia

Cordón umbilical: 2 arterias, 1 vena nacarado, con vía umbilical permeable

General: Órgano masculino, no cicatriz, no signos clínicos de infección, ano permeable.

Extremidades: simétricas frías, llenado capilar 3 segundos.

Piel: con lanugo, llenado capilar 2 inferior a segundos.

Neurológico: moro deprimido, hipotónico, hipoactivo.

Respiratorio: con soporte de oxígeno suplementario a bajo flujo.

Medidas antropométricas: Peso 3340, Talla: 48 cm.

Semanas de gestación: 40 semanas de gestación.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES - MARJORY GORDON

1. Patrón de percepción-manejo de la salud

Recién nacido a término, con 5 controles prenatales, madre reconoce signos de alarma durante el embarazo.

Vacunas: Recibe esquema de vacunación en las primeras 24 hrs BGC y HB pediátricas

Alergias: No registra

hábitos tóxicos: no refiere

2. Patrón nutricional-metabólico.

Con régimen nutricional en nada por vía oral, prevención de afección gastrointestinal presenta vía periférica y vía umbilical permeables

Talla: 48 cm

Peso: 3340 gramos

Temperatura: 36,2 °C

Glicemia: 66 mg/dl

3. Patrón de Eliminación:

Con ventilación positiva, cánula nasal pasando oxígeno suplementario a bajo flujo, facie cianótica, fría al tacto.

4. Presenta soporte Patrón de actividad y ejercicio:

Deprimido, hipotónico, hipoactivo, nace producto con moro: hiperreactivo, temblor de extremidades.

PA: 62/48 mmHg

SAT: 82%

FC: 128 Lpm

5. Patrón sueño - reposo.

No refiere

6. Patrón Cognitivo Perceptivo:

Llanto deprimido, reflejos de moro hipoactivos, con Apgar de 1/4/5 al primer, quinto y decimo minuto respectivamente.

7. Patrón autopercepción-auto concepto

No valorable

8. Patrón rol y relaciones

Vínculo afectivo con su madre.

9. Patrón sexualidad

Presencia de órgano masculino, ausencia de lesiones.

10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés

No valorable

11. Patrón valores y creencias:

No Valorable

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Tabla 5.		
<i>Hemograma completo</i>		
Criterios	Resultados	Valores referenciales
Leucocitos	21.20	4 – 12
Neutrófilos	10.80	2-8
linfocitos	43.6	20-40
Hemoglobina	16.5	12-18
Hematocrito	58.1	40 – 48
Plaquetas	172	100 – 300
Monocitos	3.9	3 – 10
Basófilos	0.3	0 – 1
Hematíes	4.75	3.5 – 5.2
Eosinófilo	1.4	0.5 – 5
Grupo sanguíneo	ORH positivo	
Nota. Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del paciente.		

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivos: asfixia del nacimiento, otras dificultades respiratorias del recién nacido.

Diagnostico diferencial: síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Diagnóstico definitivo: asfixia severa del RN.

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

Biológicos: RN afectado por infección de las vías urinarias materna.

Física: RN presenta asfixia al nacimiento, por falta de colaboración de la madre y complicaciones en el parto.

Ambientales: Se coloca RN en termo cuna a temperatura de 36.5 a 37 grados para mantener eutermia.

Sociales: Madre no colaboradora.

NANDA: 00031
NOC: 0403
NIC: 3160

00031 limpieza ineficaz de las vías aéreas

M
E
T
A
S

R/C: presencia de cuerpos extraños

Dominio II: (2) salud fisiológica

Clase: E- Cardiopulmonar

Etiqueta: 0403 Estado respiratorio / Ventilación

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

Campo: (2) fisiológico complejo

Clase: K-control respiratorio

Etiqueta: 3160 Aspiración de las vías aéreas

E/P: disminución de los sonidos respiratorios, ortopnea.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria en rango esperado			x		x
Ritmo respiratorio		x		x	
Profundidad de la respiración			x		x

ACTIVIDADES

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y / o traqueal
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración
- Disponer medidas de bioseguridad: guantes, gafas y mascarilla
- Disponer de mínima cantidad de aspiración para extraer las secreciones
- Oxigenar al 100% mediante ventilador o bolsa de resucitación normal
- Observar los niveles de Sat, frecuencia cardíaca mediante oxímetro inmediatamente después de la aspiración.

NANDA: 00031
NOC: 0403
NIC: 3160

00030 deterioro del intercambio gaseoso

M
E
T
A
S

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

R/C: desequilibrio en la ventilación – perfusión, cambios en la membrana alveolo capilar

Dominio II: (2) salud fisiológica

Clase: E- Cardiopulmonar

Etiqueta: 0402 Estado respiratorio / intercambio gaseoso

Campo: (2) fisiológico complejo

Clase: K-control respiratorio

Etiqueta: 3320 Oxigenoterapia

E/P: Hipoxemia, ritmo y respiraciones profundas.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Saturación de oxígeno		x		x	
PO2		x		x	
PCO2		x		x	
Disnea en reposo			x		x
pH arterial			x		x

- ACTIVIDADES**
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante un sistema calefactado y humidificado
 - Vigilar el flujo de oxígeno
 - Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno
 - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (a través de gasometría arterial), si procede.
 - Observar si hay signos de hiperventilación inducida por oxígeno
 - Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiera con los intentos de respirar por parte del RN.

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

Necesidad de respirar

Necesidad alterada debido al grado de dificultad respiratoria, la cual se interviene con oxígeno suplementario por cánula a bajo flujo.

Necesidad de alimentación e hidratación

Necesidad alterada, paciente en NPO, presenta vía umbilical para administración de medicación.

Necesidad de eliminación

Necesidad alterada paciente en manejo de balance hídrico.

Necesidad de termorregulación

Cuantificación de la temperatura corporal y plan para mantener la eutermia

Necesidad de higiene de piel

Estado dependiente a cuidados del personal de enfermería.

Necesidad de seguridad

Dependiente, por el deterioro en su estado de salud

2.8. Seguimiento

10/12/2020 – UCIN

Se obtiene producto masculino nace deprimido, hipotónico, hipoactivo, con Apgar de 1, 4 y 5 al minuto, a los 5 minutos y a los 10 minutos, respectivamente, requirió ventilación positiva, no llora, debuta con quejido, se realiza aspiración de la vía aérea y colocación de flujo de oxígeno con lo que se obtuvieron oxemias por encima del 98%, tolera soporte de oxígeno a bajo flujo y mejora perfusión, presión arterial y frecuencia cardiaca se mantiene por debajo del percentil esperado acorde a la edad, se proceden a canalizar 2 vías umbilicales con el objetivo de administrar aminas, se tomó medidas antropométricas peso 3340, talla de 48 cm, perímetro cefálico 35 cm.

En lo neurológico activo, reactivo, en lo respiratorio se mantiene con soporte de oxígeno por cánula nasal a bajo flujo, en lo hemodinámico pasando líquidos a 70 ml, se instaura nutrición parenteral parcial, en lo digestivo se establece un plan para reposo intestinal por datos de asfixia de 24 horas, después se brinda

estimulación trófica, en lo infeccioso se brinda plan antibiótico de primer esquema con dosis de neuro protección.

Exámenes de laboratorio

Leucocitos 21.200, hematocrito 58.1, hemoglobina 16.5, plaquetas 172000, neutrófilos 50.8%, linfocitos 43.4%, calcio 10.3.

Paciente queda bajo vigilancia se mantiene con aminas por datos de evidencian estado hipoxémico, se vigila patrón respiratorio en busca de cambios respiratorios.

Medicación

- Dextrosa al 10% 100 ml pasar intravenoso cada 7 horas
- Dopamina 4.7 ml más dextrosa al 5% pasar 0.3 ml
- Dobutamina 4 ml más dextrosa al 5% 46 cc pasar 0.3cc
- Solución salina 60 ml pasar en 1 hora.
- Aminoácidos 2 kg/día pasar 2.7 cc/hr
- Ampicilina 660 mg intravenoso cada 12 horas
- Gentamicina 13.2 mg cada 24 horas
- Gluconato de calcio al 10% 3.3ml más 3.3ml de agua destilada pasar intravenoso cada 8 horas
- Complejo b 1 ml intravenoso cada 24 horas
- Acido ascórbico 1 ml intravenoso cada 24 horas
- Vitamina k 1 mg cada 8 horas
- Oligoelementos 1 ml intravenoso cada 24 horas
- Furosemida 2,7 mg intravenoso cada 12 horas

11/12/2020

paciente que cursa día 2 de vida en condiciones clínicas de vigilancia con soporte de oxígeno por casco cefálico con peso de 3220 gramos, en lo neurológico por momentos hiperreactivo reflejos superficiales y profundos presentes, pupilas isocóricas, tono muscular conservado, fontanela anterior normotensa, en lo respiratorio se mantiene con soporte de oxígeno suplementario por casco cefálico, con respiraciones espontaneas superficiales, entrada aceptable de aire bilateral, mantiene saturación de oxígeno al 100%, en lo hemodinámico líquidos pautados en 80 ml, se instaura nutrición parenteral parcial, en lo digestivo se inicia estimulación

trófica hace 24 horas y el día de hoy se progresa a volúmenes de 7 ml cada 3 horas por succión, en lo infeccioso se mantiene esquema con dosis de neuro infección, con ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulsos periféricos normales aunque aún requiere drogas vasoactivas, a dosis de 6mg/kg/mn.

Mediades generales

- Mantener eutermia entre 36.5 a 37 grados
- Control de signos vitales
- Balance ingreso/egreso estricto cada hora
- Vigilar planos ictericos de Kramer
- Cambios posturales cada 4 hrs

Medicación

- Oxihood FiO2 30%
- Dextrosa 10% 100 ml pasar intravenoso cada 7 horas
- Dopamina 4.7 ml más dextrosa al 5% pasar 0.3 ml
- Dobutamina 4 ml más dextrosa al 5% 46 cc pasar 0.3cc
- Aminoácidos 2 kg/día pasar 2.7 cc/hr
- Ampicilina 660 mg intravenoso cada 12 horas
- Gentamicina 13.2 mg cada 24 horas
- Gluconato de calcio al 10% 3.3ml más 3.3ml de agua destilada pasar intravenoso cada 8 horas
- Complejo b 1 ml intravenoso cada 24 horas
- Acido ascórbico 1 ml intravenoso cada 24 horas
- Vitamina k 1 mg cada 8 horas
- Oligoelementos 1 ml intravenoso cada 24 horas

Plan

- Se canaliza vía periférica para exámenes de laboratorio de control
- Se lleva al paciente para radiografía de tórax
- Se informa de los procedimientos al familiar

12/12/2020

Rn cursa en su tercer día de vida y de hospitalización en UCIN permanece bajo cuidado por apoyo de oxígeno por casco con buena tolerancia desde el día de

ayer disminuye el apoyo con vasoactivos hasta el día de hoy la suspensión de dobutamina, presenta una mejora en la tolerancia digestiva y se evidencia ictericia en plano 3, no hay incompatibilidad materna ORH+, tórax, simétrico buena entrada y salida de aire bilateral, corazón con ruidos rítmicos, abdomen blando depresible no doloroso, ligeramente distendido, se inicia fototerapia, se incrementa la nutrición enteral y parenteral, se continua con descenso de aminas.

Medicación

- Mismo plan nutrición exceptuando aminoácidos 2.5kg/día/pasar 3.4cc/h
- Lípidos 1kg/día/ pasar 0.8cc/hr

13/12/2020

Neonato a término cursa por su cuarto día de hospitalización en condiciones clínicas bajo vigilancia por motivo de ingreso asfixia neonatal, con condiciones clínicas mejoradas, activo, reactivo, sin soporte de oxígeno, aumenta demanda enteral a 40 cc cada 3 horas y se estimula pecho materno con reflejo de succión adecuado, con exámenes de laboratorio normales, se brinda fototerapia más protección ocular.

Medicación

- Se mantiene plan del 12/12/2020
- Dopamina y dobutamina suspendidas
- Aumenta demanda de leche materna a 40 cc

Medidas

Debido a la favorable evolución, mejora en el estado hemodinámico, neurológico, respiratorio y cardíaco RN recibe pase a sala, con lactancia materna a 48 ml por succión.

2.9. Observaciones

Producto único sexo masculino nace con dificultad respiratoria al nacer producto de parto prolongado, como antecedentes maternos consta de infección de vías todos estos factores condicionaron el estado de salud del RN evidenciado por la depleción respiratoria que se corrige con la administración de oxígeno suplementario a bajo flujo, aspiración de las vías aéreas, permitiendo el aumento de la oximetría, se brindaron vasoactivos por debilitamiento de su sistema cardiovascular (RN bradicardico), además de brindarse tratamiento antibiótico para neuro protección, durante cada intervención brindada se informaba, educaba y pedía el consentimiento informado para cada procedimiento a realizar.

El area UCIN encargada de la vigilancia constante de su condición clínica se enfocó en suplir las necesidades del neonato principalmente los cuidados de enfermería brindados de forma oportuna y afectiva.

CONCLUSIONES

A la culminación del estudio de caso aplicando el proceso de atención de enfermería en neonato con asfixia en el área de neonatología del hospital universitario de Guayaquil, se concluye que, a través de la ejecución del PAE se pudo elaborar acciones de forma ordenada como fue la valoración del estado de salud del paciente el cual se evidenció con depleción respiratoria al nacimiento producto de un parto prologado, bradicardia, deterioro agudo del estado neurológico y gemido débil, todos estos signos clínicos se obtuvieron a través de la aplicación del examen físico y Apgar al nacer, una vez obtenido el cuadro clínico se brindó diagnósticos de enfermería los cuales fueron fundamentales para el origen de intervenciones priorizadas de enfermería como fueron la aspiración de las vías aéreas, oxigenoterapia, administración de medicación prescrita, fototerapia, manejo de temperatura corporal, toma constante de signos vitales, aplicación de balance hídrico, entre otros, además se lograron identificar las necesidades presentes en el RN mediante la aplicación del modelo de enfermería según Virginia Henderson el mismo que no solo contribuyó con el manejo desde el punto de vista asistencial sino que evidenció factores de riesgos y permitió evitar complicaciones a lo largo de los días de su evolución, el personal de enfermería de UCIN brindó apoyo asistencial, afectivo y educativo a la madre durante toda la etapa de hospitalización, gracias a la colaboración y trabajo en equipo del personal de salud se logró alcanzar la recuperación del estado hemodinámico, cardiovascular, respiratorio, digestivo y neurológico el cual concluye con el pase a sala al cuarto día de hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Borja, P., & Zambrano, A. (2016). ASFIXIA PERINATAL SEVERA. Hospital Regional less Teodoro Maldonado Carbo, 3.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. (2016). *Proceso y diagnostico de enfermeria*. El manual moderno.
- Dowes, G. (22 de 04 de 2016). *salud infantil* . Obtenido de http://www.saludinfantil.org/Guia_Alegria/guia/5.-Asfixia_Neonatal.htm
- Hidalgo, I. (2017). Un reto para los intensivistas . *Revista Cubana Pediatrica* , 14.
- MSP. (2016). Proceso de atencion de enfermeria. *Salud publica paraguay*, 8.
- MSP. (2017). Diagnostico y tratamiento de la asfixia Neonatal. En MSP. instituto mexicano de seguridad social.
- Nazer, J. (2017). *Neonatologia* . Universitaria.
- Orellana, A., Alvarenga, C., & Alabi, F. (2019). *Lineamientos técnicos del PAE*.
- Helka, M., & Escalera, C. (2018 de 12 de 03). *Revistas Bolivianas*. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2074-46092008002900010&script=sci_arttext&tIng=es
- Hernandez, R. (02 de 06 de 2020). *spaoyex*. Obtenido de https://spaoyex.es/sites/default/files/servicio_pediatria.hospital_materno-infantil._badajoz._sindrome_de_abstinencia_neonatal.pdf
- Hidalgo, I. (2017). Un reto para los intensivistas . *Revista Cubana Pediatrica* , 14.
- IMSS. (2017). *Diagnostico y tratamiento de la asfixia neonatal*. IMSS.

ANEXOS

DIAGNOSTICOS		C.I.E.10
OTRAS DIFICULTADES RESPIRATORIA		P22.8
ASFIXIA DEL NACIMIENTO, SEVERA		P21

<p>PESO ACTUAL 33</p> <p>AC</p> <p>SEÑALES VITALES INGRESO</p> <p>Temperatura 45</p> <p>Frecuencia cardiaca 143</p> <p>Frecuencia respiratoria 26</p> <p>SaO2 99</p> <p>Arteriocheck</p> <p>RESPIRATORIO</p> <p>ACIDE DOWNS 2 /10</p> <p>Presión Respiratoria /12</p> <p>Oxigeno 5</p> <p>CIANOSIS 10</p> <p>OXIGENO</p> <p>Modo</p> <p>Frecuencia</p> <p>Peso</p> <p>Temp</p> <p>PPVT</p> <p>CONTROL INGRESO Y EGRESO</p> <p>Ingreso</p> <p>Orina</p> <p>Heces</p> <p>Vomito</p> <p>Drenaje</p> <p>Perdida intestinal de 24 HORAS</p> <p>Saludabilidad</p> <p>Interoctario</p> <p>Interoctual</p> <p>Episodio</p>	<p>Presiones ARTERIAL</p> <p>Minimo 20.4mmHg</p> <p>Medio 48.8mmHg</p> <p>Max 68.2mmHg</p> <p>[Referencia: Stork EK, Carlo WA, Kliegman RM, et al: Hipertensión redefinidofocritica y lileonates. Pediatr Res 1984; 18:321-4.</p> <p>NOTA DE INGRESO A UCIN 2</p> <p>ANTECEDENTES MATERNOS</p> <p>MADRE 29 AÑOS, QUINTA GESTA, CONTROLES 5 ECOGRAFIAS 3 NORMALES, CON ANTECEDENTES DE IVU Y LEUCORREAS TRATADAS NO CURADAS EN SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO CON DIAGNOSTICO DE GINECOLOGIA COMO EMBARAZO DE 40 SEMANAS MAS TRABAJO DE PARTO FASE EXPULSIVA, PARTO DIFICIL ELMISMO QUE ES PROLONGADO PERMANECIENDO PRODUCTO MAS DE 45 MINUTOS EN CANAL DE PARTO.</p> <p>SE OBTIENE PRODUCTO MASCULINO NACE DEPRIMIDO, HIPOTONICO HIPOACTIVO CON APGAR DE 1 AL MINUTO, 4 A LOS CINCO MINUTOS Y 6 A LOS 10 MINUTOS POR LO QUE REQUIRIO VENTILACION POSITIVA, NO LLORA, DEBUTA CON QUEJIDO, SE REALIZA ASPIRACION DE VIA AEREA Y COLOCAMOS FLUJO DE OXIGENO CON LO QUE SE TIENEN OXEMIAS POR ENCIMA DE 98%, TOLERA EL SOPORTE DE OXIGENO A BAJO FLUJO Y MEJORA PERFUSION Y OXIGENACION PERO PRESIONES Y FRECUENCIAS CARDIACAS SE MANTIENE POR DEBAJO DEL PERCENTIL ESPERADO PARA LA EDAD, POR LO QUE SE CANALIZAN VIAS UMBILICALES CON EL FIN DE INICAR INFUSIONES DE AMINAS EN CUANTO A MEDIDAS ANTROPOMETRICAS PESO 3340 TALLA 48 PERIMETRO CEFALICO 35 CM.</p> <p>EN LO NEUROLOGICO ACTIVO REACTIVO, PENDIENTE REALIZAR ECO TRANSFONTANELAR POR INJURIA NEUROLOGICA.</p> <p>EN LO RESPIRATORIO SE MANTIENE CON SOPORTE DE OXIGENO POR CANULA NASAL, NO HAY DATOS DE MAYOR REQUERIMIENTO DE OXIGENO, NO DISPONEMOS DE RADIOGRAFIA NI GASOMETRIAS.</p> <p>EN LO HEMODINAMICOS LIQUIDOS PAUTADOS EN 70 ML INSTAURAMOS NUTRICION PARENTERAL PARCIAL</p> <p>EN LO DIGESTIVO ESTABLECEMOS REPOSO INTESTINAL POR DATOS DE ASFIXIA MAXIMO 24 HORAS PARA INICIAR CON ESTIMULACION TROFICA.</p> <p>EN LO INFECCIOSO MANTENEMOS PRIMER ESQUEMA CON DOSIS DE NEUROINFECCION BIOMETRIA AL INGRESO LEUCOCITOS 21.200 HTO 58.1 HB 16.5 PLAQUETAS 172000 NEUTROFILOS 50.8% LINFOCITOS 43.4% CALCIO 10.3</p> <p>PACIENTE EN CONDICIONES CLINICAS DE VIGILANCIA SE MANTIENE CON AMINAS POR DATOS DE HIPOXIA, POR COMPORTAMIENTO PARECE SER DEPRESION NEONATAL POR LO VIGILAREMOS PATRON RESPIRATORIO Y CAMBIOS NEUROLOGICOS QUE SE TRADUZCAN EN ENCEFALOPATIA HIPOXICA</p> <p>SE DA INFORMACION FAMILIAR</p>
--	--

<p>- Vigilar planos ictericos de Katerger</p> <p>- Cambios de posición cada 4 horas</p> <p>NEUROLOGICO</p> <p>RESPIRATORIO/VENTILACION</p> <p>CANULA NASAL</p> <p>DIGESTIVO</p> <p>NPO+ SOG</p> <p>CONTROL DE PERIMETRO ABDOMINAL</p> <p>HEMODINAMICO</p> <p>LIQUIDOS TOTALES a pasar: 70 ml/Kg/dia</p> <p>DEXTROSA 10% 100cc Pasar intravenoso 7 por horas</p> <p>INFUSION DE GLUCOSA: 4.04 mg/kg/minuto</p> <p>DOPAMINA 4.7 ML + DEXTROSA 3% 45.3 PASAR 0.3 CC</p> <p>BOBUTAMINA 4 ML + DEXTROSA 5% 46 CC PASAR 0.3 CC</p> <p>SOLUCION SALINA 60 ML PASAR EN 1 HORA</p> <p>NUTRICION PARENTERAL</p> <p>AMINOACIDOS 20GK DIA PASAR 2.7 CC/H</p> <p>ANTIBIOTICOS</p> <p>- Ampicilina 660 mg intravenoso cada 12 horas (Día 0)</p> <p>- Gentamicina 13.2 mg cada 24 horas (Día 1)</p> <p>MEDICACION</p> <p>- Gluconato de Calcio 10% 3.3ml + 3.3ml de agua destilada pasar intravenoso cada 8 horas</p> <p>- Complejo B 1ml intravenoso cada 24 horas</p> <p>- Acido Ascórbico 1ml intravenoso cada 24 horas</p> <p>- Vitamina K 1mg intravenoso cada 24 horas</p> <p>- Oligoelementos 1ml intravenoso cada 24 horas</p> <p>- Furosemida 2.7mg intravenoso c/12 horas (2/2)</p> <p>EXAMENES</p> <p>IMAGENES</p> <p>- RADIOGRAFIA PORTATIL DE TORSAX Y ABDOMEN PRN</p> <p>- ECOTRANSFONTANELAR Y ECO-ABDOMEN</p> <p>- GASOMETRIA ARTERIAL</p> <p>PLAN</p> <p>- HEMOCULTIVOS (P)</p> <p>- ECOTRANSFONTANELAR (P)</p> <p>- ECOCARDIOGRAMA (P)</p> <p>- GASOMETRIA ARTERIAL</p> <p><i>Lucia Alvarez</i></p> <p><i>5m c/3h</i></p> <p><i>Bentel</i></p>
