



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

CARRERA DE ENFERMERIA

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

TEMA DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO EN NEONATO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

AUTOR

MUÑOZ DÍAZ JOSELYN VIVIANA

TUTOR

LCDA. LIGIA VARGAS

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2022

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
Título del caso clínico	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
I. Marco teórico.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETVOS.....	7
1.2.1 Objetivo General.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
II. Metodología de diagnóstico.....	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	9
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	9
2.3Examen físico (exploración física).....	9
2.3.1. Valoración de enfermería por patrones funcionales (teoría de Marjory Gordon).....	10
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	12
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	13
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.....	13
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	16
2.8 SEGUIMIENTO	17
2.9 OBSERVACIONES.....	18
CONCLUSIÓN.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20

DEDICATORIA

El presente caso clínico lo dedico en primer lugar y sobre todo a Dios, por ser el quien puso en mí las ideas y la capacidad para realizar todo lo que me he propuesto además de darme fuerza y entusiasmo para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres y hermano por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi esposo, por su amor, ayuda y comprensión en estos años de estudio, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en alguien mejor.

A todas las personas que directa o indirectamente me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

JOSELYN VIVIANA MUÑOZ DIAZ.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mis padres, por toda su paciencia y confianza diaria prestada hacia mí, por ser mi pilar fundamental en mi vida para afrontar todas las adversidades en este largo camino, impulsándome a ser mejor en todo cada día, ellos son los que me han impulsado para que pueda cumplir cada uno de mis logros, y uno de los más importantes en mi vida es poder culminar mis estudios universitarios.

A mis compañeras por los gratos momentos y experiencias adquiridas que pasamos juntas durante estos años de aprendizaje.

Este proceso no ha sido sencillo, pero gracias a mi esfuerzo y dedicación he podido hacer posible este logro, gracias a cada uno de mis docentes que, durante todos estos años de carrera, dedicaron conocimientos, valores, y tiempo de enseñanza para cada proceso, agradezco y hago presente el gran afecto hacia ustedes.

JOSELYN VIVIANA MUÑOZ DIAZ.

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADA EN NEONATO CON SÍNDROME DE
DIFICULTAD RESPIRATORIA.

RESUMEN

El síndrome de dificultad respiratoria también llamado enfermedad de membrana hialina, es la patología más común en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, se presenta en recién nacidos pretérmino y es la principal causa de morbilidad de origen respiratorio. Su incidencia se reporta en 5 a 10% de los recién nacidos y este aumenta significativamente a menor edad gestacional, con incidencia mayor en pacientes con peso menor de 1,200 g y 30 semanas de gestación, esta enfermedad es producida por falta de surfactante pulmonar, sustancia que tiene como función principal reducir las fuerzas de tensión superficial de los alvéolos y mantener la estabilidad y el volumen de los pulmones en la espiración. Debido a la deficiencia de surfactante existe tendencia al colapso alveolar; ello produce atelectasia progresiva, cortocircuito circulatorio intrapulmonar e hipoxemia.

Clínicamente se caracteriza por presentar dificultad respiratoria progresiva de aparición precoz, desde el nacimiento o en las primeras 6 horas de vida. Esta dificultad respiratoria se manifiesta por quejido generalmente audible, aleteo nasal, retracción xifoidea, polipnea y requerimientos de la FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno) que van en rápido aumento. El murmullo vesicular suele auscultarse disminuido, así como el diámetro anteroposterior del tórax; en casos graves, existe disociación toracoabdominal. Con frecuencia hay edema y la diuresis se encuentra disminuida. Existen factores que aumentan el riesgo para presentar esta enfermedad, la prematurez (mayor frecuencia a menor edad gestacional), cesárea sin trabajo de parto, antecedente de síndrome de dificultad respiratoria en hijos previos, hemorragia materna previa al parto, asfixia perinatal, hijo de madre diabética, eritroblastosis fetal.

Entre los tratamientos apropiados que se utilizan para el síndrome de dificultad respiratoria están la presión positiva continua, la ventilación mecánica y el empleo de surfactante exógeno, los cuales estos varían el curso de la enfermedad e inciden significativamente en la morbilidad.

La presencia de surfactante en líquido amniótico se relaciona con el grado de madurez pulmonar del feto. La radiografía de tórax es esencial en el diagnóstico; la imagen radiológica característica muestra aumento de la densidad pulmonar homogénea. La determinación de gases en sangre muestra requerimientos de oxígeno que rápidamente necesitan fracción inspirada de oxígeno sobre 30-40%. Dependiendo de la gravedad del caso, puede existir acidosis respiratoria y/o metabólica. El cuadro clínico y radiológico puede ser idéntico: ayuda a diferenciar los antecedentes perinatales y la evolución rápidamente progresiva y con mayor tendencia al compromiso cardiovascular en el caso de la neumonía. En las primeras horas del nacimiento, también debe diferenciarse la taquipnea neonatal transitoria, en la cual el curso es más favorable y el paciente presenta adecuado volumen pulmonar.

La terapéutica actual se centra en las principales medidas preventivas como un buen control prenatal. En caso de amenaza de parto prematuro se deben tomar medidas que prolonguen el embarazo, el uso adecuado de medicamentos que inhiben el trabajo de parto, empleo de esteroides en la madre gestante para producir maduración pulmonar. Todas estas medidas ayudan a disminuir la incidencia de SDR. Durante su hospitalización los cuidados que se apliquen en la embarazada van encaminadas a mejorar la supervivencia, así como disminuir riesgo de parto prematuro y su morbilidad.

Palabras Claves: síndrome respiratorio, neonato, prematuro, saturación, surfactante

ABSTRACT

Respiratory distress syndrome, also called hyaline membrane disease, is the most common pathology in the Neonatal Intensive Care Unit, it occurs in preterm newborns and is the main cause of morbidity and mortality of respiratory origin. Its incidence is reported in 5 to 10% of newborns and this increases significantly at a lower gestational age, with a higher incidence in patients weighing less than 1,200 g and 30 weeks of gestation, this disease is caused by a lack of pulmonary surfactant, a substance that its main function is to reduce the surface tension forces of the alveoli and maintain the stability and volume of the lungs during expiration. Due to the deficiency of surfactant there is a tendency to alveolar collapse; this produces progressive atelectasis, intrapulmonary circulatory shunt, and hypoxemia.

Clinically, it is characterized by progressive early-onset respiratory distress, from birth or in the first 6 hours of life. This respiratory distress is manifested by generally audible grunting, nasal flaring, xiphoid retraction, polypnea, and rapidly increasing FiO₂ (fraction of inspired oxygen) requirements. The vesicular murmur is usually diminished, as well as the anteroposterior diameter of the thorax; in severe cases, there is thoracoabdominal dissociation. Edema is often present, and diuresis is decreased. There are factors that increase the risk of presenting this disease: prematurity (more frequently at a lower gestational age), cesarean section without labor, history of respiratory distress syndrome in previous children, maternal hemorrhage prior to delivery, perinatal asphyxia, child of a mother diabetic, erythroblastosis fetalis.

Among the appropriate treatments used for respiratory distress syndrome are continuous positive pressure, mechanical ventilation and the use of exogenous surfactant, which vary the course of the disease and have a significant impact on morbidity and mortality.

The presence of surfactant in amniotic fluid is related to the degree of fetal lung maturity. Chest radiography is essential in the diagnosis; the characteristic radiological image shows increased homogeneous lung density. Blood gas determination shows oxygen requirements that rapidly necessitate inspired fraction of oxygen above 30-40%. Depending on the severity of the case, there may be respiratory and/or metabolic acidosis. The clinical and radiological picture can be identical: it helps to differentiate the perinatal history and the rapidly progressive evolution and with a greater tendency to cardiovascular compromise in the case of pneumonia. In the first hours after birth, transient neonatal tachypnea must also be differentiated, in which the course is more favorable and the patient has adequate lung volume.

Current therapy focuses on the main preventive measures such as good prenatal control. In case of threat of premature birth, measures should be taken to prolong the pregnancy, the appropriate use of medications that inhibit labor, the use of steroids in the pregnant mother to produce lung maturation. All of these measures help decrease the incidence of RDS. During her hospitalization, the care applied to pregnant women is aimed at improving survival, as well as reducing the risk of premature birth and its morbidity.

Keywords: Respiratory syndrome, neonate, premature, saturation, surfactant

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dificultad Respiratorio (SDR), es la patología que más afecta a los neonatos prematuros, y es la causa principal de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales debido a y alto riesgo de mortalidad en este grupo etario. El antecedente haber tenido un parto prematuro o muerte perinatal aumenta el riesgo.

Una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales indicadores de morbilidad y mortalidad. Con el objetivo de caracterizar las causas más frecuentes de dificultad respiratoria de origen pulmonar en los neonatos. (Castro López & Rentería, 2007)

La causa principal del Síndrome de dificultad respiratorio se debe a la ausencia o déficit de surfactante, la inmadurez en la anatomía del pulmón y la incapacidad neurológica de efectuar de respiración efectiva en forma y tiempo. Su incidencia se incrementa de acuerdo a la edad gestacional y con él bajo peso al nacer su riesgo de mortalidad es de 70% de los menores de 28 semanas de edad gestacional.

En el presente caso clínico se presenta a un neonato nacido de 34 semanas con cuadro clínico inicial de cianosis, con saturaciones entre 80-85 % que evoluciona con Taquipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea y quejido respiratorio con un puntaje de 6 en la escala de silverman. Los cuidados de enfermería estarán centrados en la reparación del patrón respiratorio.

I. MARCO TEÓRICO

Definición

El Síndrome de dificultad respiratoria engloba un conjunto de patologías que se manifiestan principalmente con clínica respiratoria (tiraje sub e intercostal, aleteo nasal, retracción xifoidea, etc.) Las causas suelen ser de origen extrapulmonar o pulmonar, en donde influyen los cambios fisiológicos y morfológicos. (Rosero Villagómez, 2016)

Etiología

La causa principal del síndrome respiratorio en neonatos es la ausencia de una sustancia conocida como surfactante, esta sustancia se encarga de abrir los pulmones al momento de exhalar y cerrarlos al inhalar, tiene también como función mantener abierto los alveolos

En neonatos prematuros existe deficiencia del surfactante lo que causa el síndrome de dificultad respiratoria. Algunos estudios sugieren la existencia de un vínculo genético que favorece su aparición. Dentro de los factores de riesgo tenemos:

- Embarazo gemelar
- Dificultad en el flujo sanguíneo del neonato al momento del parto.
- Diabetes Gestacional.
- Ruptura prematura de membrana. (Delgado Cidranes, 2019)

Causas de dificultad respiratoria:

- Causas del parénquima pulmonar: Aspiración meconial, Neumonía perinatal, Taquipnea transitoria, Hipertensión pulmonar persistente, Membrana Hialina, Hemorragia pulmonar.
- Malformaciones: Enfisema lobar congénito, Atresia de esófago, Malformación adenomatoidea quística, Hernia diafragmática, hipoplasia pulmonar, fistula traqueo esofágico.
- Anomalías de la vía aérea superior: Atresia de coanas, membrana laríngea, broncomalacia, laringotraqueomalacia.
- Anomalías mecánicas: Derrame pleural, Escapes aéreos, Quilotorax.
- Causas cardiovasculares: Cardiopatías congénita, Miocardiopatía, Arritmia cardíaca.
- Causas infecciosas: meningitis neonatal
- Causas metabólicas: Hipoglicemia, Acidosis metabólica, Hipotermia/hipertermia
- Causas hematológicas: Hiperviscosidad, Anemia.
- Causas neurológicas: Asfixia, Síndrome de abstinencia a drogas, Lesión difusa del SNC. (Gonzalez , 169)

Sintomatología

El Síndrome de dificultad respiratorio en neonatos es un cuadro clínico que afecta casi exclusivamente a recién nacidos prematuros y a hijos de madre diabética. La sintomatología se inicia inmediatamente después del nacimiento y va aumentando de intensidad hasta las 48-72 horas para luego regresar en el curso de una semana o diez días.

Los síntomas más constantes son: quejido espiratorio, retracción esternal y subcostal, polipnea y cianosis. La auscultación pulmonar revela menor entrada de aire a los pulmones, disminución del murmullo vesicular y a veces crepitos. Si la enfermedad progresa aumenta el ritmo respiratorio, la retracción y la cianosis. Aparece edema periférico y disminuye el tono muscular y la temperatura. Pueden aparecer pausas de apnea la que se atribuye a la asfixia cuando son cortas y leves

pero que traducen la presencia de hemorragias masivas intracraneales cuando son severas, subintrales y finales. (MAFALDA, 2006)

Fisiopatología

La inmadurez pulmonar del recién nacido prematuro se describe tanto desde un punto de vista bioquímico, por el déficit o ausencia de surfactante, como desde una perspectiva morfológica y funcional por el desarrollo incompleto del pulmón. El pulmón en este estado no puede realizar el intercambio gaseoso correctamente.

El surfactante está constituido por fosfolípidos y proteínas, elaborado y almacenado por los neumocitos tipo II, su función es reducir la tensión superficial en los alvéolos, y debido a su ausencia se favorece el colapso alveolar, lo que conlleva a una atelectasia progresiva, hipoxemia y cortocircuito pulmonar. Otra inferencia del déficit del surfactante es la lesión del epitelio respiratorio e inflamación pulmonar, que conlleva a un edema pulmonar, incremento de la resistencia de la vía aérea contribuyendo al daño pulmonar y pérdida progresiva de la función pulmonar.

Dentro del embarazo el surfactante se produce en cantidades suficiente a partir de la semana 35 a 36. La maduración en el sistema del surfactante concluye al final del tercer trimestre de gestación, existen varias condiciones que proceden a acelerar o retardar este proceso: retardo del crecimiento uterino, la ruptura prematura de membranas, hipertensión materna. (Ministerio de Salud Pública, S/F)

Clínica

El cuadro clínico del síndrome de dificultad respiratoria inicialmente presenta: taquipnea y quijo respiratorio que aparecen simultáneamente al parto, con retracción subesternal y supraesternal conjunto con aleteo nasal. A medida que avanza la insuficiencia respiratoria y la telectasia empeoran los síntomas y aparece letargo, cianosis, respiración irregular y apnea, y finalmente puede proceder con insuficiencia cardíaca si no se instaura una expansión pulmonar, ventilación y

oxigenación adecuadas. A la auscultación el murmullo vesicular se encuentra disminuido y puede haber presencia de estertores. (Lattari Balest , 2019)

Diagnostico

El diagnóstico inicial se base en la clínica. En la rx de tórax se puede observar desde una discreta opacidad hasta la presencia de retículo nodular uniforme, acompañado con imagen de vidrio esmerilado, disminución del volumen pulmonar y broncograma aéreo. En laboratorio se observa alteración en los gases arteriales. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Prevención

Se recomienda la administrar corticoides prenatal en caso de amenaza de parto prematuro entre la semana 26 y 34. El uso de betametasona es más recomendable que la dexametasona, pero se considera a ambas opciones viables. La betametasona IM debe ser administrada en dos dosis de 12 mg cada 24 horas por 2 días y la dexametasona debe administrarse en 4 dosis de 6 mg IM con intervalo de 12 horas entre dosis por 2 días (Ministerio de Salud Pública, S/F)

Tratamiento

Surfactante. Su función se basa en la disminución de la tensión superficial y ayudar en los movimientos respiratorios por consiguiente evita el colapso alveolar

Se debe iniciar dosis de surfactante antes de las 2 primeras horas de vida, en caso de prematuros con peso menor a 1000 gr que se haya procedido con intubación en el proceso de reanimación y sin antecedente de corticoides prenatales se aconseja aplicar primera dosis de surfactante dentro de los 15 primeros minutos de vida. (Ministerio de Salud Pública, S/F)

Imagen I: Dosis de surfactantes

Poractant	2,5 mL/kg por dosis intratraqueal seguido de dos dosis subsecuentes de 1,25 mL/Kg por dosis a las 12 horas
Calfactant	Dosis inicial de 3 mL/Kg por dosis intratraqueal seguido de 3 dosis subsecuentes de 3 mL/Kg por dosis con un intervalo de 12 horas.
Beractant	4 mL/Kg por dosis intratraqueal. Se pueden repetir hasta 3 dosis con intervalo de 6 a 8 horas.
Permitir el calentamiento de la sustancia al aire ambiente. No utilizar medios artificiales para calentar el frasco. No agitar. Se recomienda el uso de circuitos cerrados para su colocación y tomar todas las medidas de higiene necesarias.	

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, S/F)

Ventilación. Su finalidad es corregir en mayor medida la hipoxemia e hipercapnia, también evita el colapso alveolar, ayudando en el proceso de hematosis. Los parámetros programar en neonatos son a través del modo sincrónico intermitente.

- Volumen corriente 3-5 ml/Kg
- PEEP 5cmH₂O
- Tiempo inspiratorio 0.4-0.5 segundos
- P. Pico 10-15cmH₂O
- Frecuencia respiratoria 25-55 rpm. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

JUSTIFICACIÓN

Debido al impacto en cuanto a la mortalidad que tiene el síndrome de dificultad respiratoria en neonatos prematuros y su alto índice de incidencia a nivel mundial colocándolo dentro de las primeras causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos se plantea este estudio de caso.

Al efectuar planes de cuidados individualizados en pacientes neonatos con síndrome de dificultad respiratoria en donde los procedimientos son múltiples y existe riesgo a infecciones debido a su respuesta inmunología debilitada, se deben

plantear intervenciones precisas que eviten la manipulación incorrecta e innecesaria y ayuden a la recuperación óptima del paciente.

Los cuidados que brinda enfermería en estos pacientes van encaminados a la disminución de las comorbilidades, mejorar la supervivencia, y reducir secuelas que a futuro afecten su desarrollo psicomotriz.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con síndrome de dificultad respiratoria en base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC

1.2.2 Objetivos Específicos

- Establecer los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los datos obtenidos de la valoración.
- Aplicar las intervenciones planteadas en el proceso de atención de enfermería
- Evaluar los resultados obtenidos dentro del proceso de atención de enfermería

1.3 DATOS GENERALES.

Tabla 1. Datos

APELLIDOS NN	NOMBRES NN	EDAD 2 días
SEXO Femenino	FECHA Y HORA DE NACIMIENTO 01-07-2021 / 23h00	NACIONALIDAD Ecuatoriana
LUGAR DE NACIMIENTO Quevedo	RAZA Mestiza	HISTORIA CLINICA RN
FECHA DE INGRESO 01/07/2021	SIGNOS VITALES TA:56/26mmHg, FC: 178 por minuto, FR: 83 por minuto, T: 36.3 C, SAT: 80%	Medias Antropométricas PESO : 1500 gr TALLA : 41 CM PERIMETRO CEFALICO 30 CM PERIMETRO TORACICO : 30 CM
APGAR 7-8	NIVEL SOCIOECONOMICO Bajo	LUGAR DE RESIDENCIA Quevedo
GRUPO SANGUINEO O Rh+	GRUPO SANGUINEO DE MADRE O Rh+	GRUPO SANGUINEO DE PADRE O Rh+
CARACTERISTICAS DEL HOGAR Vivienda compartida con familiares	PADRE N.N	OCUPACION Agricultor
SALARIO 400 dólares	MADRE N.N	OCUPACION Ama de casa

II. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Neonato pretérmino de 34 semanas de sexo femenino, obtenido por cesárea el día 01-07-2021 a las 23 horas, con Apgar 7-8 al nacimiento, se observa cianosis central con saturaciones de 80% por lo que se coloca en oxígeno a flujo libre y se mantiene en vigilancia clínica.

Antecedentes: Madre primeriza de 17 años, cursa Infecciones de vías urinarias y Leucorreas durante todo el embarazo tratada pero no curada, evoluciona en ruptura prematura de membrana. Recibe primera dosis de betametasona 12 mg I.M para iniciar maduración pulmonar 4 horas antes del parto.

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

Neonato de 3 horas de nacido presenta descompensación respiratoria inicialmente tratado con oxígeno a flujo libre por presentar saturaciones de 80%. Cuadro Clínico evoluciona con Taquipnea, tiraje intercostal, retracción xifoidea y quejido respiratorio con un puntaje de 6 en la escala de silverman. Por lo que se decide secuencia de intubación rápida y se coloca en ventilación mecánica.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Valoración Céfalocaudal.

Cabeza: Perímetro cefálico 30 cm, fontanela anterior y posterior normo tensa, ojos con implantación adecuada, nariz poco prominente, implantación de orejas correcta, conducto auditivo externo sin obstrucción, labios simétricos, mucosas orales hidratados.

Cuello: Cuello simétrico, no signos de malformaciones.

Tórax: Perímetro de 30 cm, se evidencia tiraje intercostal y utilización de músculos accesorios, no se palpan masas tumorales.

Abdomen: blando no doloroso a la palpación, presencia de cordón umbilical pinzado de aspecto y coloración normal

Región glútea: ano perforado y permeable.

Genitales: vulva de aspecto normal

Extremidades superiores e inferiores: simétricos, móviles

Medidas Antropométricas

Peso	1600 gr
Talla	41 cm
P. Cefálico	30 cm
P. Torácico	30 cm

Signos vitales

Temperatura	36.8°C
Frecuencia Cardíaca	171 lpm
Frecuencia respiratoria	74 lpm
Tensión Arterial	80/60
Spo2	96%

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

Patrón 1: Promoción de la salud: Madre adolescente de escasos recursos económicos. Cursa Infecciones de vías urinarias y Leucorreas durante todo el embarazo que evoluciona en ruptura prematura de membrana.

Patrón 2: Nutricional metabólico: Neonato se encuentra con sonda nasogástrica, recibiendo nutrición enteral. Al Examen físico presencia de ictericia en zona 1, 4 y 5 valorada a través de la escala Kramer, se inicia fototerapia.

Peso de nacimiento 1500 g y actualmente 1600 g

Patrón 3: Eliminación e Intercambio: Neonato valorado con densidad urinaria de 1015 y con una diuresis de 1.1 ml/kg/h eliminaciones

Patrón 4: Actividad - Ejercicio: Neonatos se encuentra en termo cuna con ventilación mecánica, se evidencia movimientos de miembros a la manipulación.

Patrón 5: Sueño - Descanso: Neonato en termo cuna.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo: Activo, reactivo al manejo

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto: No valorable

Patrón 8: Rol - Relaciones: Neonato se encuentra en sala de neonatología al cuidado del personal de enfermería y de su madre, en la cual se realiza el método canguro.

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

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

Patrón 11: Valores y Creencias: Padres del neonato de religión católica

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- Patrón 1: Promoción de la salud
- Patrón 2. Nutricional Metabólico
- Patrón 4: Actividad/Ejercicio

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Biometría hemática

Parámetros	Media
Leucocitos %	7-4 %
Neutrófilos %	73.1 %
Linfocitos %	82,7 %
Monocitos %	4.4%
Eosinófilos %	2%
Hemoglobina	11.8 g/dl
Hematocrito	36.1%
Plaquetas	233.000
Grupo Sanguíneo	O+
VDLR	No reactivo
VIH	Negativo

Gasometría arterial

PH	7.41	7.38- 7.42
PaCO2	32 mmHg	35-45mmHg
PaO2	51mmHg	60-80 mmHg
HCO3	23.2 mmHg	24-26 mmHg

Química Sanguínea

Glucosa	59 mg/dl	20-65 mg/dl
Urea	5.6 mg/dl	3-12 mg/dl
Creatinina	0.29 mg/dl	0.3-1 mg/dl

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnóstico presuntivo: Dificultad Respiratoria Neonatal.

Diagnóstico diferencial: Apnea del prematuro, hipertensión pulmonar.

Diagnóstico definitivo: Síndrome de distres respiratorio.

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

Biológica: Madre adolescente, recurrentes infecciones de vías urinarias en el embarazo.

Ambiental: Padre de la menor manifiesta que viven en una casa de caña y no cuentan con servicios básicos.

Social: Escasos recursos económico. Solo el padre del menor trabaja ocasionalmente

NANDA: 00032
 NOC: 0415
 NIC: 3350

Patrón respiratorio ineficaz (00032)

R/C: Síndrome de distres respiratorio

E/P Taquipnea, cianosis, aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea.

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0415: Estado respiratorio

Etiqueta 0402: Estado Respiratorio:
Intercambio de gases



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cianosis			x		
Frecuencia respiratoria			X	✓	
Saturación de oxígeno		X		✓	
Aleteo nasal		X		✓	
Retracción torácica		x		✓	
Presión parcial de oxígeno			X	✓	
Presión parcial de dióxido de carbono			x	✓	

Antes X Después ✓

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

Campo 2: Fisiológico Complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3350: Monitorización respiratoria



ACTIVIDADES

1. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiraciones.
2. Evaluar el movimiento torácico, observando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares
3. Monitorizar los patrones de respiración
4. Monitoriza los niveles de saturación de oxígeno continuamente
5. Vigilar valores de gasometría frecuentemente

NANDA: 00004
 NOC: 1924
 NIC: 6540

Riesgo de Infección (00004)

R/C: Procedimiento invasivo

M
E
T
A
S

Dominio IV: Conocimientos y conducta de salud

Clase T: Control de riesgo y seguridad

Etiqueta 1924: Control del riesgo: Proceso infeccioso

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

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgo

Etiqueta 6540: Control de infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Identificar Factores de riesgo de infección					✓
Identificar signos y síntomas de infección					✓
Mantener entorno limpio					✓
Identificar estrategias para protección de infección					✓
Utilización de precauciones universales					✓

- ACTIVIDADES**
- Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
 - Limitar el número de las visitas, si procede.
 - Enseñar al personal de cuidados y familiares sobre el lavado de manos apropiado.
 - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
 - Poner en práctica precauciones universales.
 - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
 - Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.
 - Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
 - Garantizar una manipulación aséptica.

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

Este estudio de caso toma como base la teórica de adaptación de Sor Callista Roy. Al realizar la valoración se enfatiza la necesidad de evaluar al paciente como un todo; la valoración a nivel fisiológico y psicosocial da oportunidad de conocer tanto su estado de salud, y la percepción que tiene sobre la situación que está viviendo, cómo afronta y cuáles son sus expectativas y respuesta frente al cuidado de enfermería brindado, para promover su adaptación. Esto permite plantear las estrategias más propicias para lograr en forma conjunta la meta planteada por el personal de enfermería, que, de acuerdo con lo planteado al modelo, es promover el proceso de adaptación, entendida como un estado completo de bienestar del ser humano.

2.8 SEGUIMIENTO

Primer día

Neonato de 20 horas de nacido con apoyo ventilatorio, sin alteración en la hemodinámica, saturación que oscila entre 93-97%, se evidencia disminución de la retracción xifoidea, aleteo nasal, tiraje intercostal y taquipnea. Alimentación por sonda nasogástrica con leche materna a libre caída 25 cc cada 3 horas. Se evidencia signos de ictericia reducidos

Segundo día

Neonato de 48 horas de nacido con apoyo ventilatorio en descenso, sin alteración hemodinámica. Signos vitales: TA:75/50mmHg, FC: 140 por minuto, FR: 83 por minuto, T: 37.0 C, SAT: 95%. retracción xifoidea, aleteo nasal, tiraje intercostal disminuida. Alimentación por sonda nasogástrica con leche materna a libre caída 25 cc cada 3 horas, se evidencia aumento de peso 1800 g. Eliminaciones conjuntas presentes en pañal densidad urinaria 1015 d/l. se evidencia signos de ictericia reducida se encuentra recibiendo fototerapia con cuidados de enfermería.

Tercer día

Neonato de 72 horas de nacido continúa con ventilatorio en descenso, sin alteración hemodinámica. Signos vitales: TA:76/50mmHg, FC: 136 por minuto, FR: 85 por minuto, T: 37.0 C, SAT: 95%. retracción xifoidea, aleteo nasal, tiraje intercostal disminuida. Alimentación por sonda nasogástrica con leche materna a libre caída 25 cc cada 3 horas, se evidencia aumento de peso 1800 g. Recibiendo fototerapia con cuidados de enfermería.

Cuarto día

Neonato continúa hospitalizado, para monitoreo continuo de signos vitales, se encuentra en absoluto reposo, se brindan los respectivos cuidados de enfermería. No refiere ninguna novedad.

2.9 OBSERVACIONES

- Neonato a las 48 horas de nacido fue evolucionando de manera favorable, dado que a los cuidados de enfermería están centrados en la recuperación de la autonomía respiratoria y la reducción del riesgo de infección debido a este procedimiento invasivo como la ventilación mecánica, se le brindo todos los cuidados de enfermería correspondiente, y se les explico a sus familiares sobre los riesgos de la enfermedad y los cuidados que debe tener el neonato cuando sea dado de alta.

CONCLUSIONES

El proceso de atención enfermería, se realizó en base a la taxonomía Nanda, NOC, NIC. Se establece Diagnósticos en base a la valoración realiza, cuyo patrón alterado es el respiratorio y el riesgo de infección debido a la ventilación mecánica.

Obtenidos los diagnósticos se planteó metas, tomando como referencia el NOC enfocados al mejoramiento de la sintomatología (Cianosis, Frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, aleteo nasal, retracción xifoidea, etc.)

Las intervenciones se plantaron en base de la NIC considerando las metas propuestas, obteniendo resultados Favorables que se evidencia en el seguimiento del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Castro López, L. C., & Rentería, G. H. (2007). Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *SciELO*, 15.
- Delgado Cidranes, E. (21 de Mayo de 2019). Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: causas, síntomas, tratamiento, pronóstico, diagnóstico. *Dolor-Dr Delgado Cidrane*. Obtenido de <https://dolor-drdelgadocidranes.com/sindrome-de-dificultad-respiratoria-neonatal/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20s%C3%ADndrome%20de%20dificultad%20respiratoria%20neonatal%3F,los%20pulmones%20del%20beb%C3%A9%20no%20est%C3%A1n%20completamente%20desarrol>
- G.*, N. C. (2010). EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. *Redalyc*, 7.
- Gonzalez , A. (169). SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO. *Manual de Neonatología*. Obtenido de http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_30.pdf
- J. López de Heredia Goya, A. V. (2008). Síndrome de dificultad respiratoria. *Hospital de Cruces. Barakaldo*, 6.
- Lattari Balest , A. (Octubre de 2019). Síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos. *MANUAL MSD*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-respiratorios-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADndrome-de-dificultad-respiratoria-en-reci%C3%A9n-nacidos>
- MAFALDA, R. P. (2006). Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. *Scielo*, 9.
- Ministerio de Salud Pública. (2006). Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. *MINSAL*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/9546b659a591b229e04001011e013745.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Recién nacido con dificultad para respirar. *Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (S/F). Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. *Guía de Práctica Clínica - Problema de Salud AUGE N°40*. Obtenido de <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/sindrome-de-dificultad-respiratoria-en-el-recien-nacido/descripcion-y-epidemiologia/#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20distr%C3%>
- Morales-Barquet, E. R.-R.-G.-R.-O.-C.-C.-S. (2015). Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. *Instituto Nacional de Perinatología*, 168.
- Rodríguez Moya, V., Díaz Casañas, E., López González, L., Acevedo Castro, B., López-Herce Cid, J., & Ruza Tarrío, F. (2016). Particularidades del síndrome de dificultad respiratoria aguda en edades pediátricas. *Revista Cubana de Pediatría* , 319.

Rodríguez, M. V., Rodríguez, T. S., Mola, B. Y., & Díaz, C. E. (2015). Incidencia y mortalidad del síndrome de dificultad respiratoria aguda. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10.

Rosero Villagómez, J. A. (5 de 2016). "SINDROME DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NEONATOS A TÉRMINO, DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES. ESTUDIO A REALIZAR EN ÀREA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN PERIODO 2013- 2014. *UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18909/1/CD%20969-%20ROSERO%20VILLAGOMEZ%20JULIA%20ALEJANDRA.pdf>

ANEXOS

