



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO

Neonato con Insuficiencia Respiratoria Aguda

AUTOR

Edison Alexander Gavilánez Méndez

TUTOR

Lcda. Rosa Mercedes Bedoya Vásquez, MSc.

Babahoyo - Los Ríos - Ecuador

2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LIC. BETTY MAZACÓN ROCA. MSC
DELEGADO (A) DECANA

x

DRA. JANETH HURTADO ASTUDILLO. MSC
DELEGADO (A) POR LA COORDINADORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA

DR. MARCELO VARGAS VELASCO. MSC
DELEGADO (A) POR EL CIDE

ABG. CARLOS FREIRE NIVELÁ
SECRETARIO GENERAL
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Lcda. Rosa Mercedes Bedoya Vásquez, MSc.**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante **Sr. Edison Alexander Gavilánez Méndez** el mismo que está matriculado en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**Neonato con Insuficiencia Respiratoria Aguda**", de la Carrera de **Enfermería** de la Escuela de **Enfermería** en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los **18** días del mes de **09** del año **2018**

Nombres y Apellidos:

CI:1203158769

20.09/18
Revisado.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente dejo constancia de ser el autor del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

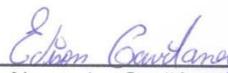
NEONATO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 19-09-2018

Autor


Edison Alexander Gaviláñez Méndez
CI. 1207097252

19-9-18
Recibido


kund Analysis Result

Analysed Document: CC_EDISON_ALEXANDER_GAVILANEZ_MENDEZ.docx (D41533731)
Submitted: 9/18/2018 12:08:00 AM
Submitted By: rbedoya@utb.edu.ec
Significance: 8 %

Sources included in the report:

eficiencia ventilatoria Aguda secundaria a patologias respiratorias en UCIP del HPV (CB.docx (D160701)

IS PROTOCOLO DE DESTETE DE WEANING.docx (D11295807)

<https://revistas.asoneumocito.org/index.php/rcneumologia/article/download/212/199>

<https://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>

<https://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30398/1/TESIS-110%20ARIAS%20MU%C3%91OZ%20MENA%20CAROLINA%253B%20QUIMIS%20MOREIRA%20KATHERINE%20ELIZABETH.pdf>



Firma del Docente- tutor

Rosa Mercedes Bedoya Vásquez, MSc.

CI: 1203158769



Firma del Egresado

Edison Alexander Gavilanez Mendez

CI: 1207097252

INDICE GENERAL

TITULO DEL CASO CLINICO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	II
SUMMARY	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Justificación	7
1.2 Objetivos.....	8
1.2.1 Objetivo general.....	8
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 Datos generales	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	9
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	9
2.2 Principios datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	9
2.3 Examen físico (exploración clínica).	10
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	12
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	13
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	13
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	17
2.8 Seguimiento.	18
2.9 Observaciones.	20
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXOS.....	24

Título del Caso Clínico
NEONATO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

RESUMEN

La Insuficiencia Respiratoria Aguda es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad a nivel internacional y con alto índice de entrada hospitalaria, debido a la menor disposición del sistema respiratorio para cumplir sus funciones básicas del organismo. Donde produce el mal funcionamiento del intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono en el organismo. ésta debe ejecutarse en forma eficaz y adecuada a las exigencias metabólicas del organismo.

El presente caso clínico procura aplicar el proceso de atención de enfermería a un prematuro de 33.5 semanas de gestación en el servicio del área de cuidados intensivos del Hospital Roberto Gilbert (Guayaquil) donde se diagnostica la Insuficiencia Respiratoria Aguda. Para ello se realizó una valoración inmediata del prematuro para su recolección de datos clínicos, se planifico y se ejecutó las intervenciones de enfermería para sus respectivos cuidados.

Este caso clínico sirve para concienciar al personal que la aplicación del proceso de atención de enfermería, las intervenciones de enfermería y sus tratamientos terapéuticos como es la ventilación mecánica no invasiva o sistema de bajo flujo, son los métodos más adecuados para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda.

Palabras claves: ventilación mecánica no invasiva, retracción xifoidea, hipotensión, bradipnea, cianosis.

SUMMARY

Acute Respiratory Insufficiency is one of the main causes of morbidity and mortality at the international level and with a high rate of hospital admission, due to the lower disposition of the respiratory system to fulfill its basic functions of the organism. Where it produces the malfunction of the gaseous exchange of oxygen and carbon dioxide in the body. it must be carried out efficiently and in accordance with the metabolic demands of the organism.

This clinical case seeks to apply the nursing care process to a preterm infant of 33.5 weeks of gestation in the service of the intensive care area of the Roberto Gilbert Hospital (Guayaquil) where Acute Respiratory Insufficiency is diagnosed. For this purpose, an immediate assessment of the premature was made for the collection of clinical data, nursing interventions were planned and executed for their respective care

This clinical case serves to make staff aware that the application of the nursing care process, nursing interventions and therapeutic treatments such as non-invasive mechanical ventilation or low-flow system, are the most appropriate methods for the treatment of failure acute respiratory

Key words: Noninvasive mechanical ventilation, xiphoid retraction, hypotension, bradypnea, cyanosis.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Respiratoria Aguda es una de las principales causas de morbilidad a nivel internacional, y una de las enfermedades con alto índice de entrada hospitalaria, directo al área de Unidad de Cuidados Intensivo. En la cual produce el mal funcionamiento del intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono: donde compromete y determina un desequilibrio y descontrol entre los factores del sistema respiratorio. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

Este caso clínico está basado en un prematuro de 33.5 semanas de gestación que presento cianosis generalizada, apnea, aleteo nasal, bradipnea acompañada de sonidos roncós, hipotensión, letargia, a los 3 minutos quejidos constante y retracción xifoidea, del Hospital Roberto Gilbert(Guayaquil), donde se le diagnóstico Insuficiencia respiratoria aguda.

La insuficiencia respiratoria aguda es un defecto en este proceso elemental para la vida, esta puede ocurrir en distintos grados de intensidad, provocando que la mayoría de los pacientes mantengan un cuidado crítico, motivo por el cual es muy usual las solicitudes de atenciones de salud, cual pueden ser pre hospitalaria o hospitalaria. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

Donde, realiza una buena valoración para poder evidenciar los signos y síntomas que observamos en estos pacientes, en el cual estaremos aptos para indagar una presunción diagnóstica rápida y oportuna logrando una atención inicial correcta, colocando rápidamente las medidas de soporte básico, brindándole el tratamiento con todos los dispositivos terapéuticos necesarios y de esta manera progresando en forma eficaz y eficiente a los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

I. MARCO TEÓRICO

Insuficiencia Respiratoria Aguda

La insuficiencia respiratoria aguda es la menor disposición del sistema respiratorio para cumplir sus funciones básicas, como es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y sangre circulante, ésta debe ejecutarse en forma eficaz y adecuada a las exigencias metabólicas del organismo, teniendo en cuenta los antecedentes y la edad del paciente. (Gutierrez Muñoz, 2010)

Con guía de pulsioximetría en la atención pre hospitalaria, nos conlleva a observar los valores de saturación de oxígeno de 90% - 95% corresponden a PaO₂ de 60 a 80 mmHg o hipoxemia y si es de 90% corresponde a una PaO₂ de 60 mmHg o Insuficiencia Respiratoria. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

Durante la práctica, Según Campbell la insuficiencia respiratoria la determina como la presencia de una hipoxemia arterial, (PaO₂ menor de mmHg) en reposo, a nivel del mar y respirando aire ambiental, junto o no de hipercapnia (PaCO₂ mayor de 45 mmHg). Nombraremos solo como hipoxemia arterial cuando la PaO₂ se localice entre 60 y 80 mmHg. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

Fisiología

Las alteraciones que pueden presentar en la insuficiencia respiratoria aguda son: a nivel de oxígeno o de anhídrido carbónico, esto describe por qué dentro del sistema respiratorio podemos distinguir en primer término los pulmones y su circulación, que en el cual se desarrolla el intercambio gaseoso, donde su modificación produce hipoxemia con normocapnia o hipercapnia y en segundo término a la bomba que lo ventila que abarca la pared torácica que contiene la pleura y el diafragma tales como los músculos respiratorios y los componente del sistema nervioso central y periférico, cuya alteración produce hipoventilación que produce especialmente hipercapnia y en menor grado hipoxemia. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 286)

Fisiología de Componentes del Sistema Respiratorio

Sistema Nervioso

Engloba el núcleo dorsal y ventral del conjunto de control respiratorio a nivel medular y nervios asociados, que comprende a la corteza cerebral definiendo la frecuencia y el grado de esfuerzo respiratorio. (Borsini, Pegoraro, & Young, 2016, pág. 56)

Musculatura

Se determina tres grupos musculares respiratorios: los inspiratorios (el diafragma, los músculos accesorios como los intercostales, los supraesternales y el esternocleidomastoideo); los espiratorios para toser y la musculatura bulbar, que es aquella inervada por sistemas del bulbo en el troco encefálico. (Borsini, Pegoraro, & Young, 2016, pág. 56)

Vías aéreas

Están conformadas por vías aéreas superiores tales como: tráquea, bronquios y bronquiolos terminales aptos para conducir el gas de manera rápida y uniformemente desde el medio ambiente hasta la división alveolar, en el cual el intercambio gaseoso puede ocurrir. El fallo respiratorio compromete las enfermedades que causan la obstrucción marcada o la disfunción de la entrada del aire puede suponerse como la (disfunción de la vía aérea). (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 287)

Unidades alveolares

Están formados por los bronquios respiratorios, conductos alveolares y alveolos; los que nos facilitan un área suficiente para producir un intercambio gaseoso rápido y eficiente, también cuentan con la elasticidad suficiente para expandirse en la inspiración y realiza la presión de regreso apropiada para vaciar el pulmón lentamente durante la espiración. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 287)

El fallo respiratorio provee como consecuencia las enfermedades que ocasionan colapso, anegación o injuria a la red alveolar, donde puede ser considerado como la disfunción de compartimiento alveolar". (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 287)

Oximetría de pulso

Es aquel procedimiento no invasor de medición indirecta de la saturación de O₂. Cuando un valor es de 90% corresponde a una PaO₂ de 60mmHg. No da información de PaO₂ y pH. Es insuficiente si la SaO₂ es menor al 70% y solo es conveniente para el seguimiento y monitorización de las medidas terapéuticas. (Morejon Giraltoni, Quintero Mendez, Moreno Torres, Rodriguez Armada, & Alvarez Martinez, 2006)

Calificación:

Se clasifican según tres criterios:

1. Criterios clínico evolutivos:

- ✚ Insuficiencia Respiratoria Aguda,
- ✚ Crónica, o Crónica agudizada (Morejon Giraltoni, Quintero Mendez, Moreno Torres, Rodriguez Armada, & Alvarez Martinez, 2006)

2. Por mecanismo fisiopatológico subyacente, se describen cinco alteraciones:

- ✚ Alteración de la difusión
- ✚ Efecto de shunt derecho-izquierdo
- ✚ Hipoventilación alveolar
- ✚ Disminución de la FIO₂
- ✚ Cambios de la ventilación-perfusión (Morejon Giraltoni, Quintero Mendez, Moreno Torres, Rodriguez Armada, & Alvarez Martinez, 2006)

3. Conforme a las características gasométricas

- ✚ Estenosis mitral
- ✚ Insuficiencia ventricular izquierda
- ✚ Sepsis
- ✚ Insuficiencia mitral
- ✚ Difusión diastólica. (Morejon Giraltoni, Quintero Mendez, Moreno Torres, Rodriguez Armada, & Alvarez Martinez, 2006, págs. 70-71)

Conforme al criterio clínico evolutivo:

Tomando en cuenta la anamnesis, donde se valoran los signos y síntomas de agudeza o cronicidad, tales como las respuestas bioquímicas y hematológicas a la

insuficiencia respiratoria, como la detención de bicarbonato o la presencia de poliglobulia. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 288)

Características gasométricas:

Durante la insuficiencia respiratoria es importante medir los gases arteriales para documentar, determinar y cuantificar esta disfunción, donde en una gasometría arterial, la presión parcial de oxígeno proporciona información sobre la oxigenación arterial y tisular, para las presiones parciales del oxígeno inferiores al 60% mmHg la saturación de la hemoglobina disminuye a valores muy deficiente bajo del 90% comprometiendo la apropiada oxigenación de los tejidos. Según la presión parcial de CO₂, necesita de la producción y de la eliminación del CO₂ que se encadena inversamente con la ventilación alveolar. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 289)

Variables medidas en gasometría arterial:

PaCO₂: menor de 35 mmHg Hipocapnia y mayor de 45 mmHg Hipercapnia

PaO₂: entre 60-80 mmHg hipoxemia arterial, menor de 60 mmHg Insuficiencia respiratoria. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 290)

Insuficiencia respiratoria hipoxémica tipo I

También llamada hipoxémica, se determina por: Hipoxemia con PaCO₂ dentro lo normal o bajo, gradiente alveolo-arterial de O₂ aumentado mayor de 20 mmHg. Por lo tanto, deberemos indagar la causa de Insuficiencia Respiratoria en el parénquima pulmonar y en el lecho pulmonar. Establece el tipo más usual de Insuficiencia Respiratoria. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 290)

Causas

En Insuficiencia Respiratoria Aguda puede proceder de gran variedad de procesos, tanto de ubicación intrapulmonar o extrapulmonar. A través de las causas más representativas aparece el síndrome del distress respiratorio agudo, el edema agudo de pulmón, la neumonía. (Diez, Villar Alvarez, Gomez Nebrada, & Alvarez Sala Walther, 2006)

Clínica

Las expresiones clínicas de Insuficiencia Respiratoria Aguda son muy distintas. Dependen, por una parte, de las características específicas de la enfermedad causal y, por otra, de los signos y síntomas perteneciente a la hipoxemia y a la hipercapnia. (Diez, Villar Alvarez, Gomez Nebrada, & Alvarez Sala Walther, 2006)

Diagnostico

Según el cuadro clínico de la insuficiencia respiratoria proviene de la enfermedad de base, tal como de la presencia de hipoxemia e hipercapnia, de manera que, necesitamos una cuidadosa historia clínica y un análisis físico completo.

En la insuficiencia respiratoria aguda el diagnóstico comienza desde la sospecha clínica, más la ayuda del monitoreo, pulsioximetría y su verificación se basa en el examen de gases arteriales. Es necesario saber el tiempo de instalación, lo que permite acceder a la clasificación en aguda o crónica. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 291)

Signos y síntomas

Son indeterminados, estos pueden cambiar de un paciente a otro, como son:

- ✚ Variaciones del sistema cardiovascular
- ✚ Coloración azulada de la piel
- ✚ Cambios en la saturación de oxígeno
- ✚ Ruidos inspiratorios o espiratorios agudo(sibilancias).
- ✚ Dificultad para respirar . (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 291)

Tratamiento

Oxígeno

Es indispensable en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y puede ser administrado de dos maneras:

Por sistemas de bajo flujo: comprenden las cánulas nasales y las máscaras simples. Son comfortable para el paciente, pero consta en que la cantidad de oxígeno suplementario es persistente y la fracción inspirada de oxígeno cambia recíprocamente con la ventilación minuto del paciente. La cantidad de oxígeno para una cánula nasal puede ser de 0,5 a 4 L/min entretanto para una máscara es de 4-8 L/min con la intención de expulsar el CO₂ existente en ésta. (Bula & Zapata Oquendo, 2011, pág. 100)

Por sistemas de alto flujo: incluyen dos tipos de máscaras, la de tipo Ventury y las de reserva. Los aparatos tipo Ventury conducen el oxígeno mediante un pequeño tubo que aumenta la velocidad del flujo, produciendo mayor presión negativa y conlleva a mayor volumen de aire en el circuito respiratorio; éstas permiten además variar la FiO₂ de 0,24 hasta 0,5, utilizando la administración de un flujo entre 10-15 mL/min. Estas pueden ser incomodas para el paciente, tienen la ventaja de asegurar una FiO₂ constante no dependiente de VE. (Bula & Zapata Oquendo, 2011, pág. 100)

Examen físico

Tiene que encontrarse orientado a la valoración cardiorrespiratoria, al tipo de ventilación sin distraer el análisis general y encima de todo investigando los signos que pronostican una insuficiencia respiratoria inminente, como puedan implicar gravemente la vida del paciente y como pueden ser: incremento avanzado de la frecuencia respiratoria, apnea, descoordinación torácico abdominal o respiración paradojal, taquicardia, hipo-hipertensión arterial, sudoración profusa, deterioro de la conciencia y cianosis central o periférica. (Gutierrez Muñoz, 2010, pág. 292)

1.1 Justificación

Este caso clínico está basado de la insuficiencia respiratoria aguda en neonatos se determina como la incapacidad del aparato respiratorio para equilibrar un adecuado intercambio gaseoso del oxígeno y dióxido de carbono motivo por el cual es deficiente para atender a las necesidades metabólicas del organismo, esta morbilidad es una de las principales puertas de entrada de urgencias en la atención hospitalaria transferido a sala de unidades de cuidados intensivos.

Mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería y la buena valoración cefalocaudal, por patrones funcionales de Margori Gordon, se logró mejorar las características, a través de los tratamientos terapéuticos como la ventilación mecánica no invasiva mejora sus signos y síntomas (cianosis, apnea, disnea, desaturación de oxígeno) de la insuficiencia respiratoria aguda.

Este caso fue investigado con el propósito de aplicar el proceso de atención de enfermería con los cuidados respectivos para obtener una evolución favorable del neonatos con insuficiencia respiratoria aguda.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en neonato con Insuficiencia Respiratoria Aguda

1.2.2 Objetivos específicos

- Valorar el estado de inmadurez neurológica del neonato.
- Planificar los cuidados de enfermería para disminuir o erradicar la insuficiencia respiratoria aguda en neonato.
- Ejecutar los cuidados de enfermería para disminuir los signos y síntomas que indican aumento en el trabajo del tracto respiratorio del neonato.

1.3 Datos generales

Nombre y apellido: NN	Numero de historia clínica: 3789773
Edad: 3 días	Sexo: Masculino
Raza: Mestizó	Grupo sanguíneo: O Factor: Positivo
Lugar de procedencia: Guayaquil	

Fuente: Hospital Roberto Gilbert(Guayaquil), Unidad de cuidados intensivos neonatales.

Autor: Edison Alexander Gavilánez Méndez

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

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

Paciente obtenido por cesárea de 33.5 semanas de gestación que presenta cianosis generalizada, apnea, aleteo nasal, bradipnea acompañada de sonidos roncous, hipotensión, letargia, a los 3 minutos quejidos constante y retracción xifoidea, por lo que es colocado a ventilación no invasiva.

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

Signos clínicos

Frecuencia Cardíaca: 152 Por minuto

Temperatura: 35°C

Tensión Arterial: 47/40mmHg

Frecuencia Respiratoria: 25 Por minuto, Auscultación ruidos pulmonares, estertores, roncous, estridor, sibilancia.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Piel: Color azulada, fina y delicada, poco gelatinosa

Cráneo: Normo cefálico

Fontanela: hundida

Cara: Simétrica

Boca: Normal

Labios: Mucosa semihumedas con cianosis peri bucal.

Conducto auditivo externos: Sin secreciones

Cuello: Sin adenopatías

Tórax: Incremento del grosor de la pared torácica, retracción xifoidea, ruidos estertores, roncus, estridor, sibilancia.

Abdomen: Enmarcación de la línea diafragmática.

Extremidades superiores e inferiores: simétricas con acrocianosis

Peso: 2400 gr **Talla:** 40 cm **Índice Masa Corporal:** 15

Exploración clínica

Signos clínicos

Frecuencia Cardíaca: 152 Por minuto

Temperatura: 35°C

Tensión Arterial: 47/40mmHg

Frecuencia Respiratoria: 25 Por minuto, Auscultación ruidos pulmonares, estertores, roncus, estridor, sibilancia.

VALORACIONES POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

Patrón 1: percepción – manejo de la salud

Neonato de cuidado critico de salud, recibiendo oxigenoterapia

Patrón 2: nutricional- metabólico

Neonato, en condiciones de piel anormal(cianosis), mucosas deshidratadas.

-Tiene una nutrición desequilibrada, con índice de masa corporal de 15 %

-Los líquidos consumidos son escasos

Patrón 3: eliminación

Realizando micciones, sin alteraciones

Patrón 4: actividad/ ejercicio

Neonato, con patrón respiratorio ineficaz, ruidos pulmonares, detectados al momento de realizarle la auscultación, fatiga de músculos accesorios.

Patrón 5: sueño- descanso

Paciente, mantiene temperatura adecuada para el medio, vigilar la disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

Patrón 6: cognitivo- perceptivo

Neonato somnoliento, desorientado en tiempo y persona.

Patrón 7: autopercepción- autoconcepto

Patrón alterado, por su dificultad respiratoria.

Patrón 8: rol- relaciones

Neonato de horas de nacido, mantiene buen patrón funcional, debido al apego de la madre y sus familiares.

Patrón 9: sexualidad y reproducción

Patrón normal en paciente, se observa órganos genitales masculinos sin alteraciones.

Patrón 10: adaptación tolerancia al estrés

Paciente intolerable

Patrón 11: valores y creencias

Paciente no presenta ningún tipo de alteración en este patrón funcional.

Patrones Disfuncionales

Patrón 1: percepción – manejo de la salud

Neonato de cuidado crítico de salud, recibiendo oxigenoterapia

Patrón 2: nutricional- metabólico

Neonato, en condiciones de piel anormal (cianosis), mucosas deshidratadas.

-Tiene una nutrición desequilibrada, con índice de masa corporal de 15 %

-Los líquidos consumidos son escasos

Patrón 4: actividad/ ejercicio

Neonato, con patrón respiratorio ineficaz, ruidos pulmonares detectados a través de la auscultación, fatiga de músculos accesorios.

Patrón 7: autopercepción- autoconcepto

Patrón alterado, por su dificultad respiratoria.

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

Exámenes complementarios

- Hemograma

Hemoglobina: 11 g/dL

Glóbulos rojos: 3.5 millones por milímetros cúbicos

Glóbulos blancos: 3.000 por milímetros cúbicos

Plaqueta: 120.000 por milímetros cúbicos

Hematocrito %: 40

Gases sanguíneos

- Arteriales: PaO₂: 48 mmHg, PaCO₂: 24 mmHg, pH: 6.40, HCO₃: 14 mEq/L

Be: 1.0

- Pulsioximetría: SatO₂: 80%

Radiografía de tórax

Observación borrosa de campos pulmonares

Disminución del volumen pulmonar

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo

Patrón respiratorio ineficaz

Diagnóstico diferencial

Riesgo de retraso en el desarrollo

Diagnóstico definitivo

Insuficiencia respiratoria aguda

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

NANDA: pag.235
NOC: pag.471
NIC: pag.643

Patrón Respiratorio Ineficaz (00032) (Herdman, 2012-2014)

R/C: INMADURES NEUROLOGICA

E/P: DISNEA, ALETEO NASAL, CIANOSIS.

M
E
T
A
S

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA(II)

Clase: CARDIOPULMONAR(E)

Etiqueta: ESTADO RESPIRATORIO (0415)
(Moorhead, 2009)

Campo:(2) FISIOLÓGICO: complejo

Clase: CONTROL RESPIRATORIO(k)

Etiqueta: OXIGENOTERAPIA (3320) (Bulechek, 2009)

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041508 Saturación de oxígeno					x
041515 Disnea de pequeños esfuerzos				x	
041522 Ruidos Respiratorios Accesorios				x	
041528 Aleteo Nasal			x		
041511 Retracción Torácica				x	
041513 Cianosis					x
041502 Ritmo Respiratorio				x	

ACTIVIDADES

1. Administrar oxígeno suplementario según órdenes.
2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
3. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría de gases arterial), si procede.
4. Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales si procede.
5. Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
6. Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción

NANDA: pag.485
 NOC: pag.473
 NIC: pag.548

Riesgo de retraso en el desarrollo (00112) (Herdman, 2012-2014)

R/C: Prematuridad

E/P: DISNEA, CIANOSIS.

M
E
T
A
S

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA(II)

Clase: CARDIOPULMONAR(E)

Etiqueta: ESTADO RESPIRATORIO: permeabilidad de las vías respiratorias (0410) (Moorhead, 2009)

Campo:(2) FISIOLÓGICO: complejo

Clase: CONTROL RESPIRATORIO(k)

Etiqueta: MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS (3140) (Bulechek, 2009)

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

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041004 Frecuencia respiratoria				x	
041005 Ritmo respiratorio				x	
041007 Ruidos Respiratorios patológicos			x		
041013 Aleteo Nasal			x		
041016 Disnea de esfuerzo leve.				x	
041018 Uso de los músculos accesorios.			x		
041011 Profundidad de inspiración.				x	

ACTIVIDADES

1. Colocar al paciente en una posición que alivie a la disnea
2. Administrar oxígeno humidificado, si procede.
3. Administrar broncodilatadores, si procede.
4. Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, si procede.
5. Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
6. Realizar fisioterapia torácica, si está indicado
7. Vigilar el estado de respiración y oxigenación, si procede

NANDA: pág. 247
 NOC: pág. 474
 NIC: pág. 541

Deterioro de la ventilación espontanea (00033) (Herdman, 2012-2014)

R/C: Fatiga de los músculos respiratorios

E/P: Disminución de la saturación de oxígeno, Disnea.

M
E
T
A
S

Dominio: SALUD FISIOLÓGICA(II)

Clase: CARDIOPULMONAR(E)

Etiqueta: Estado respiratorio: ventilación (0403) (Moorhead, 2009)

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

Campo:(2) FISIOLÓGICO: complejo

Clase: CONTROL RESPIRATORIO(k)

Etiqueta: MANEJO DE LA VENTILACION MECANICA: NO INVASIVA (3302) (Bulechek, 2009)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
040314 Disnea de esfuerzo				x	
040301 Frecuencia respiratoria				x	
040302 Ritmo respiratorio					
040310 Ruidos respiratorios patológicos					x
040311 Retracción torácica				x	
040309 Utilización de los músculos accesorios.				x	

ACTIVIDADES

1. Controlar la efectividad de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.
2. Colocar al paciente en posición semi flower
3. Controlar las actividades que aumentan el consumo de oxígeno (fiebre, escalofríos, etc.) que puedan sustituir los ajustes de soporte de ventilación y causar una desaturación de oxígeno.
4. Administrar broncodilatadores, si procede
5. Auscultar sonidos respiratorios, si procede
6. Realizar fisioterapia torácica, procede
7. Controlar los síntomas que indiquen aumento del trabajo respiratorio (aumento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria)

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

Resultados de Laboratorio	Valores Referenciales Normales
Hemoglobina: 11 g/dL	14 g/dl
Glóbulos rojos: 3.5 millones por milímetros cúbicos	4.7 – 3.9 millones por milímetros cúbicos
Glóbulos blancos: 3.000 por milímetros cúbicos	10.000- 30.000 por milímetros cúbicos
Plaqueta: 120.000 por milímetros cúbicos	150.000-350.000 por milímetro cúbicos
Hematocrito %: 40	42-60%
PaO ₂ : 48mmHg	60-80 mmHg
PaCO ₂ : 24 mmHg	35-45 mmHg
pH: 6.40	P h: 7,35 – 7,45
HCO ₃ : 14 mEq/L	22-28 mEq/L
Be: 1.0	3.0
SatO ₂ : 80%	Sato ₂ : 95-100%

Fuente: (Goldsmith, J. & karotkin, E., 2005)

(Perez Valdes, Carbonell Meneses, Perez Gonzalez, Escobar Carmona, & Guillermo Zaballa Martinez de Aparicio, 2009)

2.8 Seguimiento.

Neonato después de ser colocado a ventilación mecánica no invasiva, paso a sala de UCIN, con ventilación mecánica no invasiva y los medicamentos según prescripción médica como (Ampicilina de 400mg, Gentamicina, Gluconato de calcio, Complejo B, Ácido Ascórbico, Oligoelementos, y Broncodilatadores. En el primer día de haber pasado en la sala de unidad de cuidados intensivo el neonato sigue en las mismas condiciones de salud, en el cual su patrón respiratorio sigue ineficaz, en el segundo día de vida del neonato, el médico de guardia lo valora e indica que continúe con la misma prescripción porque que le está haciendo favorable al neonato y se le realiza una valoración de enfermería al neonato donde se le controla los signos vitales, se le realiza cambios de postura, se observa que la cianosis va disminuyen con poca fluidez, se verifica que sus vías periférica se encuentre permeables, al tercer día del neonato, se le administra la misma medicación e indicada por médico, neonato no presenta ninguna reacción adversa al momento , no presenta ninguna alteración con la ventilación mecánica no invasiva, al cuarto día de vida del neonato, se le realizan nuevamente los exámenes gasométricos , donde médico tratante al revisar los exámenes informa al equipo de salud y a los familiares del neonato, que los resultados son poco favorables, explica que va lentamente progresando, se le brindan los cuidados de enfermería, al quinto día, enfermería verifica que sus vías periféricas se encuentren permeable, se administra la medicación prescrita, se aplica los broncodilatadores y se le controla los signos vitales, que se encuentra dentro los parámetros normales por el apoyo del soporte de oxígeno, se le realiza la valoración de enfermería donde se observa la disminución total de la cianosis, mejoramiento de la implantación de la piel, al sexto día de vida del neonato, su madre quien es su acompañante, refleja alegría, por la evolución del neonato que está siendo favorable, se le aplica los broncodilatadores y se administra su medicación de la cual no presenta ninguna alteración o molestia, al séptimo día del neonato en sala de unidad de cuidado intensivo con ventilación mecánica no invasiva el neonato ha obtenido una recuperación favorable, manteniendo sus signos vitales dentro los parámetros normales y sin presentar alteración en el tracto respiratorio, se le brindan los cuidados de enfermería, después de haber pasado varios días, ya en el onceavo día, es

valorado nuevamente por médico tratante quien observa mejoría de la evolución del neonato, le informa a su madre ,que la evolución de su bebe es muy favorable , medico, indica desconectar la ventilación mecánica, para observar cuál es su reacción del estado respiratorio si existe o no algún tipo alteración, por el cual cambia su prescripción con Complejo B, Oligoelementos y broncodilatadores, Al pasar ya catorce días, no ha presentado dificultad para respirar, apnea, cianosis, inquietudes, medico revisa nuevos exámenes complementarios, junto a su madre y verifica que no presenta ningún tipo de alteración, por el cual médico tratante toma la decisión de pasar a sala de observación al paciente, quien estuvo dos días más en sala de observación, evolucionando de forma favorable y al cumplir ya los 17 día internado en atención hospitalaria el médico de guardia lo valora nuevamente e indica alta médica, con medicación prescrita y cita para su control mensual.

2.9 Observaciones.

Se observó en este neonato con insuficiencia respiratoria, que la evolución es favorable gracias a La ventilación mecánica no invasiva y a la administración correcta de los medicamentos, que es un procedimiento terapéutico en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Disminuyendo las necesidades de intubación orotraqueal y las complicaciones asociadas a la misma.

Observaciones favorables del neonato:

- ✚ Paciente mejora su estado respiratorio.
- ✚ Mejoro su coloración de piel (se encuentra rosada)
- ✚ Aumento su estado nutricional
- ✚ Disminuyo las retracciones torácicas
- ✚ Se encuentra con signos vitales dentro los parámetros normales
- ✚ Acompañamiento de su madre

CONCLUSIONES

En este caso clínico se puede observar que la insuficiencia respiratoria aguda en neonatos, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel internacional y es la mayor parte de entrada de urgencias hospitalarias pediátricas.

Mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería y la administración de (antibióticos, analgésicos, broncodilatadores) se comprobó la mejoría de todos sus signos y síntomas que aumentaban al patrón respiratorio, de la cual se puede erradicar dicha enfermedad y gracias al apoyo de paciente-familia aportando todos los recursos implantados para un adecuado tratamiento y cuidados del paciente, obteniendo resultados favorables.

Se pudo concluir que aplicando los cuidados de enfermería y un tratamiento adecuado y oportuno disminuye y erradica la insuficiencia respiratoria aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✚ Borsini, E., Pegoraro, P., & Young, P. (14 de Junio de 2016). <http://adm.meducatum.com.ar>. Obtenido de http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/6000560059_391/pdf/6000560059.pdf
- ✚ Bula, C., & Zapata Oquendo, H. (2011). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Revista Colombiana de Neumología, 100.
- ✚ Bulechek, G. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería. España: EdiDe-S.L.
- ✚ Diez, J., Villar Alvarez, F., Gomez Nebrada, M., & Alvarez Sala Walther, J. (2006). Insuficiencia respiratoria aguda. Medicina: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 4351-4358. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2161652>
- ✚ Goldsmith, J., & Karotkin, E. (2005). Mindomo. Obtenido de <https://www.mindomo.com/es/mindmap/gases-arteriovenosos-33d8728b22754b44bce120af3a977149>
- ✚ Gutierrez Muñoz, F. R. (2010). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Revista Acta Médica Peruana, 286-292.
- ✚ Herdman, H. (2012-2014). Nanda Intencional Diagnósticos Enfermero. Barcelona.
- ✚ Moorhead, S. (2009). Clasificación de resultados de enfermería. España: EdiDe-S.L.
- ✚ Morejon Giraldoni, A., Quintero Mendez, Y., Moreno Torres, J., Rodriguez Armada, C., & Alvarez Martinez, M. (2006). Insuficiencia Respiratoria Aguda. Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos, 70.

✚ Perez Valdes, N., Carbonell Meneses, J., Perez Gonzalez, Y., Escobar Carmona, E., & Guillermo Zaballa Martinez de Aparicio, C. (1 de Noviembre de 2009). <http://bvs.sld.cu>. Obtenido de [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sup.11.\(1\)_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/sup.11.(1)_04/p4.html)

ANEXOS

Imagen Nª 1

Neonato conectado en CPAC nasal



Fuente: <https://relaped.com/?p=4684>

Autor: Edison Alexander Gavilánez Méndez

Imagen Nª 2

Radiografía de insuficiencia respiratoria



Fuente: <https://es.slideshare.net/urgencias/insuficiencia-respiratoria-978952>

Autor: Edison Gavilánez Méndez

**PRIMERA
ETAPA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **ROSA MERCEDES BEDOYA VASQUEZ**, en calidad de Docente Tutor de la Propuesta del Tema del Caso Clínico (**Componente Práctico**): "**NEONATO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**", elaborado por el estudiante egresado: **GAVILANEZ MENDEZ EDISON ALEXANDER**, de la Carrera de enfermería, de la Escuela de enfermería, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 05 días del mes de julio del 2018

Firma del Docente -Tutor
Nombres y Apellidos:

CI: 1203158769





**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ENFERMERÍA
CARREA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 05 de Julio del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **GAVILANEZ MENDEZ EDISON ALEXANDER**, con cédula de ciudadanía **1207097252**, egresado de la Carrera de **ENFERMERÍA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la Propuesta del tema del Caso Clínico (Dimensión Práctica): **NEONATO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**, el mismo que fue aprobado por la Docente Tutora: **LCDA. ROSA MERCEDES BEDOYA VASQUEZ, MSc.**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

EDISON ALEXANDER GAVILANEZ MENDEZ
C.I 1207097252





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 05/07/18

REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: ROSA MERCEDES BEDOYA VASQUEZ
 TEMA DEL CASO CLÍNICO: NEONATO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

FIRMA: *Rosa Mercedes Bedoya Vasquez*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: GAVILANEZ MENDEZ EDISON ALEXANDER
 CARRERA: ENFERMERIA

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. No.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1h	02/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓		20%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	02/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓	✓	5%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	02/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓		20%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	02/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓	✓	5%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	04/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓		20%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	04/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓	✓	5%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	05/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓		20%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	
1h	05/07/2018	Neonato con insuficiencia respiratoria aguda	✓	✓	5%	<i>Rosa Mercedes Bedoya Vasquez</i>	<i>Edison Gavilanez</i>	



LIC. MARILU HINOJOSA G. MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN

**SEGUNDA
ETAPA**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 18 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **Edison Alexander Gavilánez Méndez**, con cédula de ciudadanía **120709725-2**, egresado de la Escuela de Enfermería, Carrera Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **Neonato con Insuficiencia Respiratoria Aguda**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Edison Gavilánez Méndez
Atentamente

Revisado
20-9-18
[Firma]

Edison Alexander Gavilánez Méndez
CI. 120709725-2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE ENFERMERÍA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORÍAS DE CASO CLÍNICO

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dra. Rosa Mercedes Betancos Vázquez FIRMA:

TEMA DEL CASO CLÍNICO: cliente con Trastorno de Ansiedad Respiratoria Aguda

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Edison Alejandro Gavilanes Méndez

CARRERA: Enfermería

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	Pag. No.
			Presencial	Virtual			
01 h	25/07/18	Revisión del Marco Teórico		<input checked="" type="checkbox"/>			Estudiante
01 h	31/07/18	Revisión de la Metodología y Objetivos		<input checked="" type="checkbox"/>			Edison Gavilanes
01 h	02/08/18	Revisión de Método de Consulta Examen físico		<input checked="" type="checkbox"/>			Edison Gavilanes
01 h	08/08/18	Revisión de Aplicación de Puntos Juncionales	<input checked="" type="checkbox"/>				Edison Gavilanes
01 h	23/08/18	Revisión de PAE	<input checked="" type="checkbox"/>				Edison Gavilanes
01 h	30/08/18	Construcción del cuestionario y Desarrrollo	<input checked="" type="checkbox"/>				Edison Gavilanes
01 h	05/09/18	Aplicación y Construcción del Caso Clínico	<input checked="" type="checkbox"/>				Edison Gavilanes
01 h	17/09/18	Revisión por URK UNUD	<input checked="" type="checkbox"/>				Edison Gavilanes

LIC. MARILU HINOJOSA G. MSC.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN