



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERIA**

**Dimensión practica del Examen Complexivo previo a la obtención del
grado Académico del Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN RECIÉN NACIDO PRETERMINO CON
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

AUTOR

EDDI MANUEL CONTRERAS LARA

TUTOR

MGS. MARTHA ORDOÑEZ HINOJOSA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2019

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|-----------------------------------|
| DEDICATORIA..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| AGRADECIMIENTO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| TÍTULO DE CASO CLÍNICO | ¡Error! Marcador no definido. |
| RESUMEN | ¡Error! Marcador no definido. |
| ABSTRACT | ¡Error! Marcador no definido. |
| INTRODUCCION | ¡Error! Marcador no definido. |
| I. MARCO TEÓRICO | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN | 6 |
| 1.2. OBJETIVOS..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.1. Objetivo General..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.2.2. Objetivos Específicos | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1.3. DATOS GENERALES:..... | 7 |
| II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual. ... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.3. Examen Físico..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2.4. Información de exámenes complementarios realizados. | ¡Error! Marcador no definido.2 |
| 2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial ... | ¡Error! Marcador no definido.4 |
| 2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. | ¡Error! Marcador no definido.4 |
| 2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando calores normales. | ¡Error! Marcador no definido.7 |
| 2.8. Seguimiento | ¡Error! Marcador no definido.8 |
| 2.9. Observaciones..... | ¡Error! Marcador no definido.8 |
| CONCLUSIONES..... | ¡Error! Marcador no definido.9 |

BIBLIOGRAFÍA

DEDICATORIA

Este estudio de caso clínico está dedicado principalmente a mis padres que estuvieron dándome su apoyo en todas mis etapas de estudio fueron un pilar fundamental para mí, igualmente se lo dedico a mi novia que me estuvo apoyando en cada paso de mi carrera, este estudio de caso va dedicado para estas maravillosas personas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por darme la sabiduría y el impulso en toda mi carrera, igualmente a toda mi familia que estuvo en cada momento, y me ayudaron a alcanzar todas mis metas.

De la misma manera agradezco a mis maestros que me proporcionaron una guía para mi carrera, que gracias a sus conocimientos y paciencia supieron implantar todo su conocimiento hacia mí, igualmente agradezco a mi tutora que gracias a ella culmine este estudio de caso.

A todos mis compañeros, que estuvieron conmigo a lo largo de mi carrera, que se convirtieron en grandes amigos, apoyándonos siempre unos a otros, gracias a todas estas maravillosas personas

EDDI MANUEL CONTRERAS LARA

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMEROA EN UN RECIEN NACIDO PRETERMINO
CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

RESUMEN

El siguiente caso clínico se lo realizó con el fin de identificar los factores de riesgo presentes en un prematuro de larga estancia hospitalaria, con 65 días de vida, que a los pocos minutos de vida, presento dificultad respiratoria por lo que paso al área de UCIN (Unidad de cuidados intermedios neonatales) donde permaneció 35 días, con manejo de ventilación mecánica 27 días, cambio a modo PSV 2 día y 2 días con cánula nasal, con manejo de displasia pulmonar, en la actualidad sin soporte de oxígeno, Sat 96 %, sin datos de dificultad respiratoria.

Producto de madre de 27 años de edad, quien tras acudir al centro de salud se evidencia dilatación de cérvix por lo que es referida a la sala de emergencias del Hospital General Guasmo sur (HGGS). El neonato nace por parto eutócico de evolución espontánea, con una edad gestacional de 27 semanas, de bajo peso (1500 gramos), Adgar 7 al minuto/ 8 a los 5 minutos/ 9 a los 10 min valorado en 31,7 semanas de gestación pos escala de Capurro. Antropometría: Peso 1440 – Talla 40 cm – Pc 30 cm. signos vitales: Fc: 170 x min Fr: 45 x min t 36° Sat: 96 llanto débil

Palabras Claves: Neonato, Gestación, Eutócico, Cervix, Gestacional, Prematuro.

Abstract

The following clinical case was carried out in order to identify the risk factors present in a premature long-term hospital stay, with 65 days of life, which after a few minutes of life, debuted with respiratory distress, which led to the area of where he stayed for 35 days, with mechanical ventilation management 27 days, change to psv mode 2 days and 2 days with nasal cannula, with pulmonary dysplasia management, currently without oxygen support, sat 96%, without respiratory distress data .

Product of a 27-year-old mother, who after going to the health center shows cervical dilation so she is referred to the emergency room of the General Hospital South Guasmo (HGGS). The newborn is born by eutocic birth of spontaneous evolution, with a gestational age of 27 weeks, of low weight (1500 grams), add 7 a minute / 8 at 5 minutes / 9 at 10 min valued at 31.7 weeks of post capurine gestation. anthropometry: weight 1440 - size 40 cm - pc 30 cm. vital signs: Fc: 170 x min Fr: 45 x min t 36 ° Sat: 96 weak crying

Keywords: Neonate, Gestation, Eutócico, Cervix, Gestacional, Premature.

INTRODUCCION

El siguiente trabajo consiste en realizar el estudio del caso clínico de un neonato prematuro con Síndrome de dificultad respiratoria que se encuentra en el área de C.I.N (Cuidados intermedios neonatal) del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, esto con el fin de conocer la evolución del neonato desde el momento que ingreso al área.

Para la realización de este estudio de caso he hecho uso de diferentes fuentes, tanto físicas como la historia clínica y bibliográfica.

La dificultad respiratoria es una de las enfermedades más comunes en los recién nacidos prematuros principalmente en el menor de 32 semanas de gestación (SDG), que no ha recibido inductores de maduración pulmonar. y este está profundamente relacionado con problemas del desarrollo pulmonar y trastornos de la adaptación respiratoria tras el nacimiento. La incidencia de SDR es mayor en RN menores de 32 SDG, predomina en el sexo masculino y cuando se tiene un RN con peso inferior a 1500 gramos; la frecuencia aumenta en los niños que nacen por cesárea, en especial si esta no fue precedida de trabajo de parto; esto debido a que es el parto fisiológico lo que estimula la secreción endógena de corticoides, los cuales tienen una acción aceleradora de la maduración pulmonar

I. MARCO TEORICO

SINDROME DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal se observa con mayor frecuencia en bebés prematuros. Esta afección le dificulta la respiración al bebé. (Lic. Ana Quiroga (2014))

Fisiopatología

El Síndrome de dificultad respiratoria se da debido a una carencia de surfactante a nivel del epitelio alveolar, el surfactante es una sustancia lipoprotéica muy importante que se sintetiza y se dispersa en el pulmón a medida que progresa la edad gestacional, la función principal es la reducción de la tensión superficial permitiendo de esta manera una adecuada dilatación de los alvéolos, evitando la atelectasia (colapso de una parte del pulmón). La producción de surfactante, baja debido a factores como: el frío, acidosis, hipovolemia, hipotermia, hipoglicemia, hipoxemia, diabetes mellitus, isoinmunización Rh severa, asfixia, y postreperfusión. De igual manera existen factores que aceleran su producción como uso de corticoides antenatales, recién nacidos con peso bajo para su edad gestacional, y en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM). Los recién nacidos con Síndrome de dificultad respiratoria están propensos a presentar edema pulmonar, que es una acumulación de agua y solutos en los espacios alveolares e intersticiales, cuando la acumulación excede la capacidad del intersticio, el líquido pasa a los alvéolos acompañado de proteínas. (Rodríguez-Moya V, Barrese-Pérez Y, Iglesias-Almanza N, Díaz-Casañas E.)

Causas

El Síndrome de dificultad respiratoria neonatal por lo general afecta a bebés cuyos pulmones no se han tenido un completo desarrollo

La causa principal de esta enfermedad es la falta de surfactante que es una sustancia resbaladiza y protectora. Esta sustancia ayuda a los pulmones a inflarse con aire impidiendo así que los alvéolos colapsen. Esta sustancia por lo general se encuentra presente en pulmones completamente desarrollados.

Otros factores que pueden incrementar el riesgo de presentar este síndrome:

- Antecedentes familiares
- Diabetes en la madre.
- Parto por cesárea o inducción del parto antes de que el bebé esté a término.
- Problemas del parto que reducen la circulación al bebé.
- Embarazo múltiple (gemelos o más).
- Trabajo de parto rápido.

Síntomas

La mayoría de las veces, los síntomas aparecen en cuestión de minutos después del nacimiento, aunque es posible que no se observen durante varias horas. Los síntomas pueden incluir:

- Cianosis
- Detención breve de la respiración (apnea)
- Disminución del gasto urinario
- Aleteo nasal
- Respiración rápida (Taquipnea)
- Respiración poco profunda
- Dificultad para respirar y sonidos roncós mientras respira

- Movimiento respiratorio inusual (como la retracción de los músculos del tórax con la respiración)

Clínica

El Síndrome de dificultad respiratoria suele aparecer desde las primeras horas después del nacimiento, principalmente en los prematuros extremos; complementaria a la evaluación clínica, se requiere de una gasometría y una radiografía de tórax, así como conocer con detalle la historia perinatal, para poder emitir un diagnóstico. Las principales manifestaciones clínicas son las siguientes:

- Quejido
- Tiraje intercostal
- Taquipnea
- Aleteo nasal
- Cianosis
 - Pueden presentar apnea, por lo que debe considerarse previamente la inestabilidad térmica o sepsis, siendo un signo de hipoxemia.

Es de utilidad la valoración periódica del silverman ante un recién nacido con dificultad respiratoria, sin embargo, esta escala tiene sus limitaciones, como es el caso de RN con depresión neurológica, hemorragia intracraneana, asfixia. En prematuros extremos en los que se ha demostrado un menor peso y edad gestacional, el puntaje de silverman pierde valor predictivo

Tratamiento

Para evitar la incidencia del Síndrome de dificultad respiratoria se deben implementar estrategias más eficaces como son los controles periódicos durante la gestación, evitar y tratar infecciones, especialmente de vías urinarias, si es embarazo de alto riesgo.

Prevención en todos los aspectos, buen manejo obstétrico, atención del parto prematuro en un centro hospitalario que cuente con terapia neonatal y sobre todo

evitar todos los factores que consumen el surfactante y agravan la sintomatología.

Administración de corticoides.- Es uno de los avances en el área perinatal; están indicados en embarazos de menos de 34 semanas y muy limitados en madres con hipertensión y con ruptura de membranas.

A todo recién nacido prematuro con dificultad respiratoria se le debe de proporcionar O₂ por casco cefálico con FIO₂ la cual se incrementará con valores de O₂ arterial entre 60-80 mmHg. No debe retirarse bruscamente el O₂ por el deterioro brusco que suelen presentar estos pacientes, demorándose mucho en recuperarse (fenómeno de flip-flop). 4. Los requerimientos hídricos de mantenimiento se inician con 70 ml/kilo/día, con incrementos diarios según su edad y peso, estos se pueden modificar por factores adicionales como pérdidas insensibles incrementadas en los prematuros extremos, fototerapia, incubadoras de calor radiante. En el Síndrome de dificultad respiratoria existe edema pulmonar secundario a la elevación de la tensión superficial y de la permeabilidad, en este caso está indicada la restricción hídrica a 50ml/kilo/día durante las primeras 48 horas, o hasta que presente una diuresis considerable. Los prematuros tienen exceso de líquido extracelular y se espera que pierdan al menos un 10% de su peso durante la primera semana de vida. El aporte de sodio se difiere hasta el 3 día. En los prematuros extremos menores de 27 semanas puede producirse una pérdida excesiva de líquido por evaporación, por lo que las necesidades de líquido pueden ser mucho mayores, en este caso se debe guiar de acuerdo a la determinación de sodio, si presenta hipernatremia se incrementa el aporte de líquidos.

Ventilación mecánica. La indicación temprana es la hipoxemia más acidosis respiratoria ante un recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria y prematuro.

CPAP (Presión positiva continua) nasal.- Este tipo de modalidad corresponde a la fase II de la ventilación, se pretende aumentar la capacidad residual y así evitar el colapso alveolar, el uso de esta modalidad distiende la cámara gástrica y no es recomendable en los menores de 1500 gramos; se inicia con PEEP (Presión

positiva al final de la espiración) de 4 y se puede incrementar vigilando las variables hemodinámicas y gasométricas.(Santamaría Muños Rodrigo (2002))

Pruebas y exámenes

Los siguientes exámenes se emplean para detectar la afección:

- Gasometría arterial -- Muestra bajos niveles de oxígeno y exceso de ácido en los líquidos corporales.
- Radiografía de tórax -- Muestra que los pulmones tienen una apariencia de "vidrio molido" que es típico de la enfermedad. Esto a menudo aparece de 6 a 12 horas después de nacer.
- Análisis de laboratorio -- Para ayudar a descartar infección como causa de los problemas respiratorios.

1.1 JUSTIFICACION.

La realización de este caso clínico tiene como fin ampliar mis conocimientos ya adquiridos acerca de la atención y cuidados de enfermería del síndrome de dificultad respiratoria un recién nacido pretermo.

Este trabajo tiene una gran importancia ya que trata de algunas patologías que muchos recién nacidos presentan cuando no hay una buena salud e importancia de la madre, nos informara de las intervenciones, cuidados y medicamentos que se aplican al RN, así mismo poder prevenir posibles complicaciones.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las intervenciones y cuidados de enfermería que se aplican al paciente según la patología

1.2.2 EPECIFICOS

- Brindar los cuidados de enfermería correspondiente según la patología.
- Identificar las complicaciones que se pueden presentar en el paciente al pasar el tiempo.
- Adquirir mayor conocimientos acerca de los cuidados de enfermería que se brindan al paciente de acuerdo a la patología que presenta.

1.3 DATOS GENERALES

Perfil del paciente

- Alvarado zambrano

hc: 142635

Fecha de nacimiento: 20/03/2018 hora: 18:34 pm

Fecha de ingreso a ucin: 20/03/2018

Fecha de ingreso a cin: 24/04/2018

Antecedentes maternos:

Madre de 27 años g: 7 p: 5 c: 0 a: 2

Dx embarazo 27 semanas gestación + ictericia no especifica

- exámenes maternos: hb:12g/dl hct:36% tp:12

Antecedentes natales:

Fecha de nacimiento: 20/03/2018 hora: 18:34 pm

Producto único, sexo femenino obtenido parto.

Líquido amniótico turbio (++), cantidad escaso, clampeo del cordón umbilical oportuno.

- adgar 7 al minuto/ 8 a los 5 minutos/ 9 a los 10 min
- valorado en 31,7 semanas de gestación pos escala de Capurro.
- antropometría: peso 1440 – talla 40 cm – pc 30 cm.
- signos vitales: fc: 170 x min fr: 45 x min t 36° sat:96

Diagnostico

- recién nacido pretermino / pequeño para edad gestacional
- síndrome dificultad respiratoria
- síndrome de aspiración meconial
- displasia broncopulmonar
- síndrome colestasico
- hemorragia interventricular grado iii
- hidrocefalia

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente).

Lactante menor de larga estancia hospitalaria, con 65 días de vida, que a los pocos minutos de vida, debuto con dificultad respiratoria por lo que paso al área de ucín donde permaneció 35 días, con manejo de ventilación mecánica 27 días, cambio a modo psv 2 día y 2 días con canula nasal, con manejo de displasia pulmonar, en la actualidad sin soporte de oxígeno, sat 96 %, sin datos de dificultad respiratoria.

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

En lo neurológico; inicialmente permaneció con sedo analgesia. Debido a su prematurez y antecedentes, se realizó controles de ecografía transfontanelares, el ultimo 24/04/2018 con informe de edema cerebral moderado, hemorragia interventricular grado III, hidrocefalia. En tratamiento con acetazolamida, no datos de cráneo hipertenso en la actualidad.

En lo digestivo; se inició estimulación trófica temprana al primer día de vida, con aumento progresivo, presentando en el día 14 y 17 vómitos, con distención abdominal con datos de enterocolitis, permaneciendo 72 hora en NPO (Nada por vía oral), con evolución favorable, tolerando aumento progresivo de su alimentación hasta la actualidad, reporte de ecografía abdominal del 24/04/2018. Se encuentra en tratamiento de colestasis, con controles de bilirrubina directa de 11 mg/dl, con aumento de perfil hepático.

En lo hemodinámico; debido a condiciones clínicas graves y datos de anemia de múltiples causas, ha recibido 6 transfusiones de grc, por 5 ocasiones plaquetas y 5 ocasiones plasma, durante su estancia hospitalaria.

En lo infeccioso; completo 5 días de ampicilina + gentamicina, con posterior rotación a cefepine 9 días+ amikacina 7 día, debido a datos de descompensación se roto a meropenem 21 días y vancomicina 21 días. Con floconazol de mantenimiento por su larga estancia hospitalaria. Reportes de hmc x 2 22/03/2018 sin crecimiento bacteriano, hmc del 04/04/2018 gram + (reciomeropenem + vancomicina), 25/04/2018 sin crecimiento bacteriano.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

| <i>DOMINIOS ALTERADOS</i> | <i>DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS</i> |
|---------------------------------|---|
| <i>1. Promoción de la salud</i> | Se evidencio desconocimiento de la madre acerca de la vacunación y el programa de crecimiento y desarrollo. No refiere ninguna información acerca de los controles prenatales establecidos. |
| <i>2. Nutrición</i> | El RNPT (Recién nacido pretermino) se alimenta a través de sonda urogástrica con leche de banco, (hipercalorica). Al examen físico se encuentran labios semihidratados sin presencia de laceraciones, mucosa oral húmeda íntegra, piel hidratada con adecuada perfusión tisular. Peso de nacimiento de 1500 gramos y actualmente 2.370 gramos, con ganancia de peso aproximada de 29 gramos/día. Abdomen simétrico, globoso, piel reseca, presenta movimientos respiratorios |

| | |
|---|--|
| | <p>abdominales, a la auscultación intestinal se encuentra peristaltismo conservado y a la palpación abdomen blando y no se observan facies de dolor.</p> |
| <p>3. <i>Eliminación e intercambio.</i></p> | <p><i>Eliminación:</i> Según reporte de registro de enfermería: Deposiciones de consistencia normal con frecuencia de 2 a 3 veces por día de color amarillo oro. Ano permeable.</p> <p><i>Respiración:</i> A la valoración, se encuentra patrón respiratorio espontáneo, con soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto, en la inspección se evidencia el uso de músculos accesorios presentando tirajes intercostales, retracción intercostal y subcostal, disbalance toraco-abdominal y aleteo nasal: Valoración de Silver- man de 10 puntos.</p> |

| DOMINIOS ALTERADOS | DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS |
|-------------------------------------|---|
| <p>4. <i>Actividad y Reposo</i></p> | <p><i>Reposo y sueño:</i> recién nacido presenta episodios de apnea y según registros de enfermería en historia clínica. Antecedentes de nacimiento en historia clínica de diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria severa.</p> <p><i>Actividad y Ejercicio:</i> A la palpación, se encuentra fontanela anterior normotensa de 4 centímetros de forma romboidea. Cuello móvil simétrico en relación al eje central del cuerpo, sin signos de ingurgitación yugular; no se palpan masas, ni inflamación en ganglios, glándula tiroides sin hipertrofia, extremidades superiores simétricas eutróficas, con movimientos coordinados y fuerza adecuada para la edad, extremidades inferiores simétricas, de buen tono, pulsos distales normales y con movimientos coordinados a la estimulación.</p> <p><i>Respuestas Cardiovasculares y Respiratorias:</i> A la valoración se observa nariz achatada, con adecuada implantación, tabique sin desviación, fosas nasales permeables, piel sin cianosis peribucal; recibiendo fototerapia. A la inspección, se observa tórax abultado y expandible. A la auscultación se encuentran soplos cardíacos. Se encuentra con tensión arterial 98/56mmHg media de 50 mmHg; frecuencia cardíaca de 170 latidos por minuto de ritmo regular, con temperatura corporal de 36.7 °C. El neonato presentó compromisos importantes de desaturación durante la valoración. Sin embargo, los datos de historia clínica durante su hospitalización muestran taquicardias entre 160-175 latidos por minuto acompañado de episodios de apneas con</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| | desaturaciones hasta el 70% y bradicardias de 86 latidos por minuto; sin éxito del destete progresivo del CPAP a cánula nasal. |
| 5. <i>Percepción Cognición</i> | <p>Durante la inspección se observan ojos con rima palpebral adecuada, correcta implantación de las cejas y pestañas; no se pueden valorar conjuntivas palpebral y bulbar, iris de color gris.</p> <p>Se observan pabellones auriculares íntegros, simétricos implantación adecuada, meato acústico permeable, sin presencia de secreciones sin ningún tipo de lesiones visibles. Reflejos naturales se encuentra:</p> <p>Prensión palmar (+), Moro (+), Babinski (+), bostezo (+), búsqueda (-) y succión (-).</p> |

| <i>DOMINIOS ALTERADOS</i> | <i>DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS</i> |
|---|---|
| 7. <i>Rol-relaciones</i> | Su proceso de lactancia materna ha sido deficiente dada la hospitalización. |
| 8. <i>Sexualdad</i> | <p>Se encuentran mamas, blandas, areola íntegra con forma circular, bordes íntegros, íntegros y sin fisuras.</p> <p>Piel semireseca, con algunas irritaciones, fisuras o ulceras.</p> |
| <i>Afrontamiento y tolerancia al estrés</i> | Se observa alerta, semiactivo, reactivo a estímulos, con algunos déficit aparente. Se evidencia quejido y roncus agudo durante el llanto. |

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Principios vitales</i> | No hay información acerca de la familia |
| <i>Seguridad y protección</i> | Se observa normotérmico. Al examen físico se observa piel ictérica, pálido se siente frío al tacto, su temperatura corporal es de 36,7°C. Se encuentra con medios invasivos: catéter venoso central derecho, sonda urogástrica ,y CPAP. |
| <i>Confort</i> | Se encuentra en termo cuna cerrada anidado, en protocolo de mínima manipulación. |

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

| Gasometría arterial 21/02/18 | | | |
|-------------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------------|
| pH | 7.4 1 | HCO₃ | 22.5 mmol/L |
| pCO₂ | 34.6 mmHg | BEb | -0.9 mmol/L |
| pO₂ | 76.4 mmHg | PO₂/FIO₂ | 364.6 mmHg |
| Gasometría arterial 23/03/18 | | | |
| pH | 7.1 1 | HCO₃ | 16 mmol/L |
| pCO₂ | 49.8 mmHg | BEb | -10.2 mmol/L |
| pO₂ | 98.9 mmHg | PO₂/FIO₂ | 475.8 mmHg |

| Gasometría arterial 26/03/18 | | | |
|-------------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------|
| pH | 6.9 2 | HCO₃ | 20.8 mmol/L |
| pCO₂ | 98.9 mmHg | BEb | -13.3 mmol/L |
| pO₂ | 103.3 mmHg | PO₂/FIO₂ | 500.9 mmHg |
| Biometría Hemática 21/02/18 | | | |
| WBC | 16030 UI | HGB | 11.3 g/dl |
| NEUTROFILOS | 70% | HCT | 38% |
| MONOCITOS | 0 % | PLT | 248000 uL |
| NEUTROFILOS TOTALES | 11390 uL | PCR | 0 mg/dl |
| GRANULACIONES TOXICAS | Negativas | VSG | 2 mm/hora |
| Biometría Hemática 23/03/18 | | | |
| WBC | 15480 uL | HGB | 14 g/dl |
| NEUTRÓFILOS | 59.2% | HCT | 42% |
| NEUTROFILOS TOTALES | 9160 uL | PLT | 266000 uL |
| Biometría Hemática 26/03/18 | | | |
| WBC | 19500 uL | HGB | 14 g/dl |
| NEUTRÓFILOS | 58% | HCT | 42% |
| MONOCITOS | 2% | PLT | 176000 uL |
| EOSINOFILOS | 0% | NEUTROFILOS TOTALES | 11310 uL |
| Biometría Hemática 28/03/18 | | | |
| WBC | 23110 uL | HGB | 15.2 g/dl |
| NEUTROFILOS | 68% | HCT | 46.3% |
| EOSINÓFILOS | 0 % | PLT | 169000 uL |

| | | | |
|----------------------------|---------------|------------------------|--|
| NEUTROFILOS TOTALES | 15720 uL | PCR | 2 mg/dl |
| ERITROBLASTOS | 9 % | VSG | 22 mm/hora |
| Química Sanguínea | | | |
| Glucosa | 80 mg/dl | | |
| Urea | 47.5 mg/dl | | |
| Creatinina | 0.25 mg/dl | | |
| Química Sanguínea | | | |
| Glucosa | 124 mg/dl | Na | 136 mmol/L |
| Albúmina | 3.08 g/dl | K | 4.7 mmol/L |
| Proteínas Totales | 2.6 g/dl | Cl | 109 mmol/L |
| Química Sanguínea | | | |
| Glucosa | 105 mg/dl | Albumina | 3.53 g/dl |
| Urea | 47.2 mg/dl | Acido Úrico | 5.6 g/dl |
| Creatinina | 0.36 mg/dl | Bilirrubinas | Total: 8.51mg/dl Directa: 1.34 mg/dl |

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

Diagnostico presuntivo

- Síndrome de Aspiración meconial

Diagnóstico diferencial

- Neumonitis aguda por hipersensibilidad
- Neumonía intersticial aguda
- Neumonía eosinofílica aguda

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

Aplicando la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, realizado en el lactante de larga estancia hospitalaria con síndrome de dificultad respiratoria debido a su prematurez, se evidencian los patrones alterados del mismo, los cuales son:

- Rol- relaciones
- Promoción de la salud
- Seguridad y protección

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Patrón respiratorio ineficaz **R/C** Síndrome dificultad respiratoria **E/P** disnea, Color azulado de la piel y membranas mucosas (cianosis) Detención breve de la respiración (apnea)
- Ictericia neonatal **R/C:** Síndrome dificultad respiratoria **E/P:** mucosas amarillas, esclerótica amarilla, bilirrubina serica total >2mg/dl
- Deterioro parental **R/C:** nacimiento prematuro **E/P:** Abandono de padres, vinculación inadecuada de los padres

NANDA:eliminación e intercambio
NOC:
NIC:

Deterioro del intercambio de gases (00030) Dx: Real

M
E
T
A
S

R/C: Síndrome dificultad respiratoria

Dominio: salud fisiológica

Clase: cardiopulmonar

Etiqueta: estado respiratorio: intercambio gaseoso

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

Campo: (2) fisiológico complejo

Clase: K control respiratorio

Etiqueta: ayuda a la ventilación

E/P: disnea, Color azulado de la piel y membranas mucosas (cianosis) Detención breve de la respiración (apnea)
• Disminución del gasto urinario

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| saturación de oxígeno | | x | | | |
| Disnea en reposo | | x | | | |
| cianosis | | x | | | |
| somnolencia | x | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ACTIVIDADES

1. Mantener una vía aérea permeable
2. Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea
3. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
4. Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios

NANDA: Rol/
relaciones
NOC:

Deterioro parental (00056) Dx: Real

R/C: nacimiento prematuro

Dominio: Salud funcional

Clase: Crecimiento y desarrollo

Etiqueta: Adaptación del prematuro

Campo: Conductual

Clase: Ayuda para el afrontamiento

Etiqueta: 5460 Contacto

E/P: Abandono de padres, vinculación inadecuada de los padres

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| Frecuencia cardiaca (120-160) | | x | | | |
| Tolerancia alimentaria | | x | | | |
| Interacción con el cuidador | | | x | | |
| Responde a estímulos | | x | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ACTIVIDADES

1. Rodear cómodamente al lactante con una manta para mantenerle los brazos y las piernas junto al cuerpo.
2. Rodear al lactante prematuro con mantas enrolladas (anidamiento)
3. Mostrar técnicas tranquilizantes para el lactante.
4. Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

M
E
T
A
S

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

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

Las intervenciones realizadas las relaciono con la teoría de adaptación de Callista Roy, ya que en esta patología se deben valorar la adaptación que debe presentar el paciente de acuerdo a su patología la cual se presentó debido a su prematurez las intervenciones de enfermería aplicadas a este estudio mediante el proceso de atención de enfermería intervienen en forma eficaz en el proceso de recuperación que atraviesa la paciente con su diagnóstico médico actual. El paciente no cuenta con el apoyo de sus padres, debido a su condición.

Teoría de Callista Roy

Menciona cinco elementos los cuales se enuncian a continuación:

1. Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.
2. Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).
3. Salud.
4. Entorno.
5. Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación). (Roy, 2013).

El ser humano está propenso a realizar cambios en su vida y para ello debe adaptarse según el entorno donde se encuentre, existen variables como por ejemplo una enfermedad. La teoría Roy, menciona que hay que adaptarse y afrontar el suceso que padezca la persona esta puede ser individual o grupal es decir contar con el apoyo de su familia. **(Callista Roy, 2013)**

2.8 Seguimiento.

En el transcurso de su hospitalización se le aplicaron las respectivas intervenciones de enfermería de acuerdo a sus problemáticas, se le administro la medicación correspondiente y los cuidados establecidos, tuvo una leve mejoría pero la mayor parte de su estancia hospitalaria permaneció con soporte de oxígeno, recayó muchas veces presentando saturaciones de 80 a 85 % y cuadros de disnea e hipoxemia, por lo que permanecía con (CPAP) y con minino contacto y bajo vigilancia médica.

2.9 Observaciones.

Paciente nunca conto con el apoyo de sus padres, por lo que se dificulto la mejoría del neonato, se plantearon planes de cuidado para tratar de mejorar el estado de paciente pero debido a su gravedad, lastimosamente falleció.

CONCLUSIONES

El recién nacido pre-termino con síndrome de dificultad respiratoria evidencia un gran desafío en relación al cuidado integral de enfermería neonatal. Cuando aplican los planes de cuidados establecidos se necesitan en primera estancia evaluar las prioridades en la atención que se quiere brindar.. La supervivencia de los prematuros en edades gestacionales extremas pone a prueba nuestras capacidades y habilidades para el cuidado de estos niños y sus familias basados en la mejor evidencia científica disponible.

Esta patología representa un gran desafío para los profesionales de enfermería, ya que no solo requiere habilidad en el manejo respiratorio, sino también el cuidado integral propio del recién nacido prematuro, cuidados que a su vez tendrán incidencia en la evolución de la condición respiratoria y en la morbilidad asociada a la prematurez.

BIBLIOGRAFIA:

Lic Ana Quiroga (2014) cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria<http://fundasamin.org.ar/newsite/wpcontent/uploads/2014/01/Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-s%C3%ADndrome.pdf>

Medlineplus(2017)síndrome de dificultad respiratoria
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001563.htm>

Santamaria Muños Rodrigo (2002) Salud en Tabasco<https://www.redalyc.org/pdf/487/48708306.pdf>

Guía de Practica Clínica (GPC MSP) (2015) Recién nacido prematuro

Planes de cuidados Taxonomías Nanda -Nic y Noc (2018 – 2020)

Rodríguez-Moya V, Barrese-Pérez Y, Iglesias-Almanza N, Diaz-Casañas E. Síndrome de dificultad respiratoria aguda en niños.]
(1<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3601>

ANEXOS 1

