



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

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

**TEMA DEL CASO CLINICO**

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN  
NEONATO A TÉRMINO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
Y RIESGO DE EXPOSICIÓN AL VIRUS DEL VIH**

**AUTOR**

**KAREN MICHELD LOPEZ AYALA**

**TUTORA**

**MARIA CECIBEL VERA MARQUEZ**

***Babahoyo — Los Ríos — Ecuador***

**2020**

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO DEL CASO CLINICO .....	III
RESUMEN .....	IV
SUMMARY .....	V
INTRODUCCION .....	I
I. MARCO TEORICO .....	1
Fisiopatología.....	1
Manifestaciones clínicas .....	2
Diagnostico .....	3
Tratamiento.....	3
Cuidados de enfermería.....	5
Exposición Perinatal al virus del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)..	5
Atención antes del nacimiento .....	6
Atención integral del recién nacido expuesto al VIH .....	6
1.1. Justificación.....	10
1.2 Objetivos .....	11
1.2.1 Objetivo General .....	11
1.2.2 Objetivos Específico .....	11
1.3 Datos Generales .....	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	12
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente .....	12
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	12
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	13
2.4 Información de exámenes complementarios realizados .....	15
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.....	16
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	17
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales .....	24
2.8 Seguimiento .....	24
2.9 Observaciones .....	25

CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	27
ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado principalmente a mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente, me han brindado su amor y nunca han dudado de mi para lograr mi objetivo.

Va dedicado a mi inmensa familia que siempre celebra mis triunfos y me anima a seguir cuando fracaso.

A mis hermanos menores, que son mi fuerza.

**Karen Micheld López Ayala**

## **AGRADECIMIENTO**

Gracias a Dios que me dio vida y me ha permitido llegar hasta este momento de mi formación como profesional.

Mi profundo agradecimiento a mi mamá por su inmenso esfuerzo y dedicación que me ayudaron a llegar hasta esta etapa de mi vida universitaria.

Asimismo, agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo y a cada uno de los licenciados, licenciadas y doctores que me educaron para ser una profesional de la salud.

Agradezco a mi tutora la Licenciada María Vera por guiarme durante la elaboración de este trabajo y gracias a sus consejos y correcciones finalizar este caso clínico.

**Karen Micheld López Ayala**

## **TITULO DEL CASO CLINICO**

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN  
NEONATO A TERMINO CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
Y RIESGO DE EXPOSICION AL VIRUS DEL VIH

## RESUMEN

En el presente caso clínico está fundamentado en un neonato nacido a las 38 semanas de gestación con una afección conocida como síndrome de dificultad respiratoria la cual se presenta cuando los pulmones no se han desarrollado completamente durante el periodo gestacional. Además, el paciente estuvo expuesto al virus de inmunodeficiencia humano (VIH) en la etapa perinatal.

Para el desarrollo de este caso se planteó como objetivo determinar el proceso de atención de enfermería cuyas indicaciones favorezcan a la pronta recuperación del recién nacido. Tomando en cuenta el estado clínico, la valoración física y por patrones funcionales se realiza el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) basándonos en los patrones funcionales que encontramos afectados.

Con este caso clínico podemos concluir que al realizar un correcto plan de cuidados de enfermería que favorezca al bienestar del paciente se logra la mejora de las manifestaciones clínicas y la recuperación gracias al tratamiento médico y las intervenciones de enfermería.

**Palabras claves:** Dificultad respiratoria, VIH, perinatal, intervenciones de enfermería, PAE.

## SUMMARY

In the present clinical case, it is based on a neonate born at 38 weeks of gestation with a condition known as respiratory distress syndrome which occurs when the lungs have not fully developed during the gestational period. Furthermore, the patient was exposed to the human immunodeficiency virus (HIV) in the perinatal stage.

For the development of this case, the objective was to determine the nursing care process whose indications favor the prompt recovery of the newborn. Taking into account the clinical state, the physical assessment and by functional patterns, the PAE (Nursing Care Process) is performed based on the functional patterns that we find affected.

With this clinical case we can conclude that by carrying out a correct nursing care plan that favors the well-being of the patient, the improvement of clinical manifestations and recovery is achieved thanks to medical treatment and nursing interventions.

**Key words:** Respiratory distress, HIV, perinatal, nursing interventions, PAE.

## INTRODUCCION

El síndrome de dificultad respiratoria o dificultad para respirar del recién nacido se presenta poco después del nacimiento manifestándose con retracción torácica, taquipnea, cianosis y un notable compromiso de la saturación de oxígeno. Este problema se origina cuando un agente tensoactivo presente en los alveolos llamado surfactante pulmonar está en cantidades insuficientes ya sea por déficit de producción o por una inactivación del consumo.

Según la Guía Práctica Clínica del MSP, Recién Nacido Con Dificultad Para Respirar del 2016 indica que la incidencia del SDR es del 0.3 al 10.5% en recién nacidos de entre 34 a 37 semanas de gestación.

En este caso el paciente además de padecer SDR también tiene riesgo de infección por VIH al ser su madre portadora del virus y no ser diagnosticada hasta su primera consulta en el primer nivel de atención a la semana 37 de gestación por lo que fue referida a un hospital de segundo nivel.

La transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana de madre a hijo puede ocurrir durante el proceso del embarazo, al momento del parto o luego de este por medio de la lactancia. Mientras más elevada sea la carga viral de la madre más probabilidad de contagio tiene el neonato, para disminuir este contagio todos los recién nacidos expuestos al VIH deben recibir una profilaxis cuya dosificación depende de su peso en kilogramos por las semanas de gestación.

Es por ello que el propósito de este caso clínico es identificar al síndrome de dificultad respiratoria (SDR) antes conocida como enfermedad de membrana hialina como una de las enfermedades más comunes en neonatos con menos

de 38 semanas de gestación, identificar el manejo ante el riesgo de exposición al VIH por medio del marco teórico además de ejecutar un plan de cuidados de enfermería aplicando los conocimientos adquiridos para mejorar la salud del paciente hasta su recuperación.

Las enfermedades respiratorias son la primera causa de muerte en infantil y el 90% de niños con VIH es debido al contagio en etapa perinatal.

## **I. MARCO TEORICO**

### **SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o enfermedad de membrana hialina (EMH) es una de las patologías respiratorias más comunes en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), que afecta principalmente a los recién nacidos pretérmino. Siendo su denominación correcta SDR, es la primera causa de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. Puede ser causada por déficit de surfactante o la inmadurez anatómica pulmonar y la incapacidad neurológica de mantener una respiración efectiva en tiempo y forma. (Quiroga, 2012)

Este síndrome afecta al recién nacido según la edad gestacional que haya cumplido la madre, mientras más prematuro sea el nacimiento del neonato, tiene más probabilidad de padecer SDR, además hay otros factores como por ejemplo que la madre padezca de alguna enfermedad como diabetes mellitus.

Se define como SDR al cuadro clínico caracterizado por dificultad respiratoria progresiva en el recién nacido, secundaria a la deficiencia de factor tensoactivo pulmonar en ausencia de una malformación congénita como, por ejemplo; hipoplasia pulmonar o hernia diafragmática. Puede iniciar al nacer o pocas horas después y evolucionar en gravedad en los 2 primeros días de vida extrauterina, el cual, si no recibe tratamiento adecuado, puede llevar a hipoxia progresiva e insuficiencia respiratoria grave y contribuir significativamente a la proporción de la morbilidad y mortalidad inmediata y a largo plazo. Por tal motivo, varias intervenciones van orientadas a estimular la maduración pulmonar fetal y así reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. (Morales, 2016)

#### **Fisiopatología**

Se necesita una mayor presión para abrir los alvéolos, al presentar deficiencia de agente tensioactivo. Al no haber una presión suficiente en la vía aérea, los pulmones presentan atelectasia difusa, lo que desencadena inflamación y edema pulmonar. Como la sangre que atraviesa las porciones atelectásicas del pulmón no se oxigena, lo que produce un cortocircuito intrapulmonar derecha-izquierda y va a provocar hipoxemia en el recién nacido. Puede presentar distensibilidad pulmonar disminuida, lo que aumenta el trabajo respiratorio. El diafragma y los músculos intercostales se fatigan en casos graves, y se produce retención de CO<sub>2</sub> y acidosis respiratoria. (Balest, 2018)

### **Manifestaciones clínicas**

Según el autor Obregón (2019) el SDR “Se manifiesta por taquipnea, aleteo nasal, retracciones intercostales o subcostales, quejidos audibles y cianosis” (pág. 1). Al ser identificados y darles un tratamiento oportuno favorecerá a la pronta recuperación.

El síndrome de dificultad respiratoria, se presenta con el aumento de la frecuencia respiratoria (para tratar de compensar la disminución en volumen corriente), aleteo nasal debido a la disminución de la resistencia de las vías aéreas superiores, quejido espiratorio como intento de producir una presión positiva, retracciones ya que el recién nacido utiliza los músculos accesorios de la respiración para ayudar a superar el aumento de la presión requerida y proporcionar un adecuado volumen pulmonar y cianosis secundaria a la alteración en oxigenación en la cual hay más de 5 g/dL de hemoglobina desoxigenada. Se auscultan ruidos respiratorios disminuidos en ambos hemitórax. Con frecuencia se presentan alteraciones hemodinámicas como llenado capilar prolongado e hipotensión arterial. La gravedad es mayor cuando se asocia con asfixia, hipotermia y acidosis. (Villa Guillén & Villanueva García, 2016, pág. 23)

## **Diagnostico**

El diagnóstico de la enfermedad de síndrome de dificultad respiratoria en el periodo neonatal se realiza valorando la presentación clínica a través del examen físico con los signos mencionados anteriormente, el laboratorio que determina hipoxemia (PaO<sub>2</sub> menor a 50 mm Hg) e hipercarbia (PaCO<sub>2</sub> mayor a 45 mm Hg) y la placa de tórax obtenida por radiografía. (Quiroga, 2012)

Según el MSP, (2016) En la radiografía de tórax se puede evidenciar desde una discreta opacidad hasta un aspecto retículo nodular uniforme, con imagen de vidrio esmerilado, broncograma aéreo, disminución del volumen pulmonar; y en el laboratorio signos de falla respiratoria diagnosticada con gases arteriales alterados. (pág. 18)

Según Villa Guillén & Villanueva García, (2016) El SDR se clasifica en 4 grados radiológicos:

GRADO UNO: Se presenta con infiltrado reticulogranular fino y homogéneo como vidrio esmerilado.

GRADO DOS: Tiene similitud con el grado uno, pero más denso y con broncograma aéreo más visible.

GRADO TRES: Se identifica con opacidad alveolar difusa y confluyente con menor volumen pulmonar.

GRADO CUATRO: Se puede presentar pulmón blanco, ausencia casi total del aire en el parénquima pulmonar, cuya densidad no se distingue de la silueta cardíaca.

## **Tratamiento**

Como afirma el MSP, (2016) “El tratamiento del SDR o EMH va encaminado principalmente a alcanzar la estabilización inicial, luego es importante el uso de surfactante y la implementación de la ventilación mecánica” (pág. 19)

Para obtener la estabilización inicial del recién nacido según MSP, (2016) Se recomienda evitar cambios bruscos de presión arterial y/o volemia por el riesgo de hemorragia intraventricular. Evitar la administración de soluciones en forma rápida y en volumen alto y tomar exámenes iniciales dentro de las primeras 2 horas que incluyan: radiografía de tórax, gases, glucemia o hemoglucotest. Si hay sospecha de infección tomar una muestra para realizar hemocultivo y evaluar la presencia de infección según exámenes y evolución. A veces es muy difícil diferenciar clínicamente un síndrome de dificultad respiratoria (SDR) o EMH de la neumonía especialmente estreptocócica, incluso pueden combinarse. Si existe duda se recomienda tratar al recién nacido como un caso de neumonía también. (pág. 20)

El tratamiento específico del SDR o EMH se realiza con agente tensioactivo intratraqueal por lo que se exige intubación endotraqueal, que también puede ser necesaria para lograr ventilación y oxigenación adecuadas. Los recién nacidos menos prematuros y/o aquellos con requerimientos de oxígeno más bajos ( $[FIO_2] < 40$  a 50%) pueden responder bien a oxígeno suplementario solo o a tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea. Una maniobra terapéutica para el tratamiento temprano con agente tensioactivo dentro de los 20 a 30 minutos luego del nacimiento se asocia con disminución significativa de la duración de la ventilación mecánica, menor incidencia de síndromes de fuga de aire y menor incidencia de displasia broncopulmonar. (Balest, 2018)

En la GPC afirma MSP, (2016) “El objetivo de la ventilación mecánica (VM) es lograr una oxigenación y ventilación adecuadas, evitando el trauma por presión, volumen y oxígeno en aquellos pacientes con falla respiratoria grave.” (pág. 22)

“Se recomienda en aquellos recién nacidos mayores a 27 semanas que respiren espontáneamente y requieran oxígeno menor de 30%, considerar el uso de CPAP profiláctico, con presión de 5 a 7 cmH<sub>2</sub>O y FIO<sub>2</sub> hasta 40%.” (MSP, 2016, pág. 22)

### **Cuidados de enfermería**

Se puede dividir el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en dos aspectos fundamentales, primero los cuidados respiratorios orientados a la oxigenación y mantenimiento de la vía aérea, terapia de reemplazo de surfactante, y luego los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del recién nacido pretérmino y afectan directamente su condición respiratoria. (Quiroga, 2012, pág. 7)

### **Exposición Perinatal al virus del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca a las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que provoca el deterioro progresivo del sistema inmunológico y termina produciendo una deficiencia inmunitaria. Se identifica como inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Se denominan infecciones oportunistas a aquellas que acompañan a la inmunodeficiencia grave porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. (OMS, 2017)

Según Aliaga Uría, (2011) Los cuidados del recién nacido expuesto al VIH durante la etapa perinatal se debe orientar en reducir el riesgo de infección por medio de la profilaxis post-exposición, búsqueda intencionada de signos y/o síntomas de infección por el VIH y seguir con el protocolo recomendado para solicitar las pruebas de laboratorio que confirmen o descarten la infección y, en

caso de que se confirmara el diagnóstico iniciar el tratamiento antirretroviral lo más antes posible.

### **Atención antes del nacimiento**

Es indispensable programar para la semana 38 de la gestación una cesárea electiva, cuando su indicación es la infección por el VIH, para evitar síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDR), y que la embarazada inicie el trabajo de parto espontáneo. Si la cesárea electiva se realiza por indicación obstétrica, exclusivamente se puede programar en la semana 39. (CENETEC, 2016, pág. 16)

Afirma CENETEC, (2016) Cuando ocurre ruptura prematura de membranas antes de la semana 37 de la gestación, la medida sobre el momento del nacimiento debe basarse en las mejores prácticas obstétricas, tomando en cuenta los riesgos de nacimiento prematuro; evaluar riesgos y la administración de esteroides apropiados para acelerar la madurez pulmonar fetal. (pág. 17)

### **Atención integral del recién nacido expuesto al VIH**

La profilaxis comprende la administración de medicamentos antirretroviral (ARV) a un recién nacido expuesto al VIH para disminuir el riesgo de infección por transmisión materno-infantil. Los ARV se administran en función de los escenarios a los que fue expuesto. (MSP, 2019, pág. 104)

Clasificación del riesgo de exposición perinatal según el MSP, (2019) presenta bajo riesgo las embarazadas que se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo antes de la semana 28 semanas de gestación y que mantienen carga viral indetectable sostenida, en la cual se ha evidenciado buena adherencia a la TARV. Los factores de alto riesgo materno:

- Mujeres que no han recibido tratamiento antirretroviral ni antes ni durante el parto.
- Mala adherencia al tratamiento antirretroviral durante el embarazo. Diagnóstico de VIH después de las 20 semanas o mujeres que reciben tratamiento antirretroviral solo las últimas cuatro semanas antes del parto.
- Mujeres que sólo reciben tratamiento antirretroviral durante la labor de parto, mujeres que reciben tratamiento antirretroviral antes del parto o durante la labor cuya carga viral se encuentra detectable, particularmente si el parto es por vía vaginal.
- Mujeres en etapa SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirido).
- Mujeres con infecciones de transmisión sexual o que presentan corioamnionitis.
- Usuarias de drogas durante el embarazo y mujeres que no se han realizado controles prenatales.
- Mujeres con infección primaria aguda durante el embarazo sin tratamiento antirretroviral y amamantando.
- Parto múltiple.
- Instrumentación durante el parto.
- Ruptura de membranas prolongada en un tiempo mayor de 4 horas.
- Parto vaginal cuando la carga viral de la madre es detectable.
- Eventos obstétricos con sangrado mayor a 500 ml en el parto vaginal y mayor a 1000ml en la cesárea.
- Lactancia materna.

En el neonato también encontramos factores de alto riesgo como el bajo peso al nacer, edad gestacional menor a 34 semanas, recién nacido cuyo parto se dio en el domicilio. (MSP, 2019, pág. 104)

Para la Profilaxis antirretroviral (ARV) en expuestos perinatales, afirma MSP, (2019) Recién nacido de madre que recibió tratamiento antirretroviral ante parto / intraparto con carga viral no detectable que representa un riesgo menor a 1 administrar zidovudina (AZT) preferentemente dentro de las 6 primeras horas de vida y mantener durante 4 semanas, suspender obligatoriamente lactancia

materna. Recién nacidos de madre con diagnóstico de VIH con o sin tratamiento antirretroviral, carga viral detectable o desconocida administrar triple terapia: zidovudina, lamivudina y nevirapina (AZT + 3TC + NVP) con inicio preferente dentro de las primeras 6 horas de vida, y mantener por un máximo de 6 semanas, sin esperar pruebas complementarias de la madre. Administrar nevirapina únicamente tres dosis en la primera semana de vida. Suspender lactancia materna ante la sospecha de infección por VIH en la madre. (pág. 105)

Dosificación de antirretrovirales para profilaxis en el recién nacido expuesto según (MSP, 2019, págs. 105,106)

<b>Medicamento</b>	<b>Dosificación</b>										
<b>zidovudina (AZT)</b>	<p>≥35 semanas de gestación al nacer Nacimiento hasta la edad de 4 a 6 semanas: 4 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día.</p>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="805 1240 1370 1346"><b>Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:</b></th> </tr> <tr> <th data-bbox="805 1348 997 1453"><b>Peso (kg)</b></th> <th data-bbox="999 1348 1370 1453"><b>Volumen (ml) ZDV 10 mg / m Jarabe Oral 2 veces al día</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="805 1456 997 1494">2 a &lt; 3kg</td> <td data-bbox="999 1456 1370 1494">1 MI</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1496 997 1534">3 a &lt; 4kg</td> <td data-bbox="999 1496 1370 1534">1.5 MI</td> </tr> <tr> <td data-bbox="805 1536 997 1574">4 a &lt; 5kg</td> <td data-bbox="999 1536 1370 1574">2 MI</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:</b>		<b>Peso (kg)</b>	<b>Volumen (ml) ZDV 10 mg / m Jarabe Oral 2 veces al día</b>	2 a < 3kg	1 MI	3 a < 4kg	1.5 MI	4 a < 5kg	2 MI
	<b>Dosificación simplificada por kg de peso en recién nacidos ≥35 semanas:</b>										
	<b>Peso (kg)</b>	<b>Volumen (ml) ZDV 10 mg / m Jarabe Oral 2 veces al día</b>									
	2 a < 3kg	1 MI									
3 a < 4kg	1.5 MI										
4 a < 5kg	2 MI										
<p><b>≥30 a &lt; 35 Semanas de gestación al nacer</b> Nacimiento-edad 2 semanas: 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día Edad 2 semanas a 4-6 semanas: 3 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día</p>											
<p><b>&lt; 32 semanas de gestación al nacer</b></p>											

	Edad de 4 semanas: 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día 4-6 semanas de edad: 3 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día
<b>lamivudina (3TC) Dosis de profilaxis</b>	<b>≥32 semanas de gestación al nacer:</b> Nacimiento hasta las 4 semanas: 2 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día 4-6 semanas de edad: 4 mg / kg / dosis por vía oral dos veces al día
<b>nevirapina (NVP) Dosificación de la profilaxis</b>	<b>Peso al nacer 1.5 - 2 kg:</b> 8 mg por vía oral dosis única por día <b>Peso al nacer &gt; 2 kg:</b> 12 mg por vía oral dosis única por día. <b>Nota:</b> Primera dosis se administra dentro de las primeras 48 horas de vida Segunda dosis 48 horas tras la primera dosis Tercera dosis 96 horas tras la segunda dosis
<b>raltegravir (RAL)</b>	En casos especiales Neonatos > 37 semanas y de > 2kg no expuestos a RAL en el embarazo/parto. 48 hs vida-hasta 7º día: 1.5 mg/ kg/ día 8º y 28 días: 3 mg/kg/12 hs >4 semanas: 6 mg/kg/12h

Para el diagnóstico inicial en el neonato, se utilizará test virológico (carga viral), que tiene una sensibilidad inferior al 50% durante la primera semana de vida y aumenta a partir de la tercera semana, alcanzando más del 90-100% a partir de los dos -tres meses en ausencia de lactancia materna. (MSP, 2019, pág. 106)

Según afirma el MSP, (2019) Inicialmente en el recién nacido expuesto se realizará la primera carga viral dentro de las primeras 72 horas de vida y se iniciará profilaxis conjuntamente. En el caso de que el neonato reciba profilaxis antirretroviral la sensibilidad de las pruebas puede ser menor, por lo que es importante repetir la prueba a las 2 semanas de haber suspendido la profilaxis, y posteriormente a las 12 semanas. Además, el primer resultado de carga viral hecho entre las 72 horas de vida detectable debe confirmarse inmediatamente, realizando una nueva prueba en una muestra de sangre diferente, para así descartar un falso positivo para confirmar infección intra-útero. A los cuatro meses se puede descartar con certeza la infección por VIH, con la obtención de tres cargas virales indetectables en determinaciones de sangre diferentes de acuerdo al riesgo, la primera realizada dentro de las 72 horas de vida, una a las 6-8 semanas de vida ya sin tratamiento antirretroviral, y otra obtenida entre los 3 o 4 meses. (MSP, 2019, pág. 106)

### **1.1. Justificación**

El recién nacido puede desarrollar complicaciones según las semanas de gestación que haya cumplido la madre teniendo en cuenta los cuidados durante la gestación. Las complicaciones que se presentan durante el periodo neonatal son tratables, controlables y en su mayoría prevenibles.

El paso de un neonato de la vida intrauterina a la extrauterina conlleva una serie de cambios a los cuales debe adaptarse por ello se realizan constantes evaluaciones al recién nacido que determinan los cuidados que va a necesitar.

Los profesionales de enfermería de encargan de valorar al paciente para obtener un diagnóstico, planificar cuidados que luego serán ejecutados para finalmente evaluar el resultado con la finalidad de brindar una atención

oportuna e individualizada que favorezca a la rehabilitación y posterior recuperación del paciente.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Determinar el proceso de atención de enfermería en neonato con síndrome de dificultad respiratoria para mejorar su estado de salud y evitar complicaciones ejecutando el plan de cuidados.

### **1.2.2 Objetivos Específico**

- Valorar al paciente según los patrones funcionales de Virginia Henderson.
- Identificar los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA.
- Plantear las acciones de enfermería priorizadas a los problemas identificados NIC.

## **1.3 Datos Generales**

- **Nombre y Apellidos:** NN
- **Sexo:** Masculino
- **Fecha de nacimiento:** 31/07/2019 **Hora:** 16:51
- **Peso al nacer:** 3,300 gr
- **Edad:** 0 años
- **Lugar de nacimiento:** Guayaquil.
- **Raza:** Mestizo
- **Fecha de ingreso a CIN:** 31/07/2019. **Hora:** 19:00

## II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

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

Neonato de sexo masculino, nacido a las 37 semanas de gestación, producto único, obtenido por cesárea, ingresa al área de CIN por presentar dificultad respiratoria evidenciada por cianosis, retracciones intercostales leves. Exposición perinatal al virus del VIH.

**Antecedentes patológicos:** Padres con VIH positivo, abuela materna con diabetes mellitus tipo 2.

**Antecedentes no patológicos:** Familia de escasos recursos.

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

#### Anamnesis

Al momento del interrogatorio la progenitora refiere no haberse realizado controles del embarazo. Acudió al centro de salud más cercano cuando sintió dolor en la zona del hipogastrio, le realizaron varios análisis y fue diagnosticada con VIH positivo, razón por la cual es referida a una unidad de atención de segundo nivel. Debido a que el dolor se intensificó con el paso de las horas acudió al área de emergencia del Hospital General Guasmo Sur.

Fue atendida en el área de emergencia ginecológica donde fue diagnosticada con trabajo de parto en fase latente y se programó una cesarí para evitar el alto riesgo de infección de VIH en el neonato. El recién nacido presentó complicaciones que se identificaron como déficit respiratorio por lo que tuvo que ser ingresado en el área de CIN y ser conectado a un ventilador mecánico.

#### Cuadro clínico actual

Neonato de 4 días de vida mantiene vía percutánea en condiciones con tubo endotraqueal conectado a ventilador mecánico, con sonda orogástrica para alimentación.

### 2.3 Examen físico (exploración clínica)

#### Somatometría:

**Peso:** 3,320 g

**Talla:** 51 cm

8 AM	10 AM	12 AM	2 PM	4 PM	6 PM
T-Ax: 37°C FC: 154 FR: 45 T/A: 64/31 SatO2: 86%	T-Ax: 37,2 °C FC: 148 FR: 43 T/A: 66/40 SatO2: 99%	T-Ax: 37°C FC: 169 FR: 51 T/A: 66/40 SatO2: 88%	T-Ax: 37.1 °C FC: 127 FR: 50 T/A: 69/45 SatO2: 100%	T-Ax: 36,9 °C FC: 139 FR: 52 T/A: 64/38 SatO2: 100%	T-Ax: 36,3 °C FC: 142 FR: 49 T/A: 54/34 SatO2: 100%

#### Signos vitales:

#### Valoración cefalocaudal:

**Piel:** Caliente al tacto.

**Cabeza:** Normocefalico, fontanera abombada, se observa cabello bien implantado.

**Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas normoreactivas y llanto con lágrimas.

**Oídos:** Permeables.

**Boca/Nariz:** mucosa semihúmeda, labios simétricos, mantiene tubo endotraqueal para ventilación mecánica y sonda orogastrica.

**Cuello:** Simétrico, sin presencia de adenopatías ni ganglios inflamados a la palpación, tampoco presenta lesiones.

**Tórax:** Simétrico y expandible.

**Pulmones:** Campos pulmonares ventilados, quejido a la expiración.

**Corazón:** Ruidos cardiacos normales, sin presencia de arritmias

**Abdomen:** Leve retracción intercostal.

**Genitales:** Sin alteraciones.

**Columna:** Simétrica

**Extremidades:** Simétricas. En la extremidad superior derecha presenta una vía percutánea permeable. Presenta hematomas en las extremidades, debido a las punciones que se le ha realizado.

**Neurológico:** Paciente activo para su edad.

### **Valoración por patrones funcionales**

- 1. Percepción / Control De Salud:** Neonato se encuentra en compañía de su madre, la cual realiza el apego continuamente.
- 2. Nutricional Y Metabólico:** Se interrumpe la lactancia materna debido al riesgo de infección por VIH. El recién nacido se alimenta con leche de formula mediante la sonda orogastrica ya que no puede succionar.
- 3. Eliminación / Intercambio:** Evacuaciones y micciones sin alteraciones, con gasto fecal en lo mínimo y gasto urinario normal y con características propias de su edad.
- 4. Actividad / Reposo:** Existen datos de dificultad respiratoria con saturación de 86%. Se mantiene en la termocuna y en ocasiones se realiza el apego con la madre.
- 5. Percepción / Cognición:** No presenta ningún trastorno a nivel neurológico.
- 6. Autopercepción:** No valorado.
- 7. Rol / Relaciones:** Neonato solo pasa en compañía de su madre, es la tercera hija del matrimonio.
- 8. Sexualidad / Reproducción:** No valorables.
- 9. Afrontamiento / Tolerancia Al Estrés:** No valorables.

**10.Principios Vitales:** No valorables

**11.Seguridad / Protección:** Alteración del sistema inmunitario por exposición al virus del VIH durante la etapa perinatal.

**12.Confort:** Intranquilo al momento de realizar el cambio de vía percutánea y sonda orogastrica.

**13.Crecimiento y desarrollo:** Neonato a término.

**Patrones funcionales alterados:**

- Actividad y reposo.
- Seguridad y protección

**2.4 Información de exámenes complementarios realizados**

**Fecha de exámenes: 31/07/2019**

**Serología:** VIH 4TA - Reactivo Anticuerpo. VIH 3RA - Reactivo Anticuerpo.

**Fecha de exámenes: 02/08/2019**

**Hemograma:** Leucocitos: 13.260 mm<sup>3</sup> (Valores normales: 10.000 a 30.000 mm<sup>3</sup>) Linfocitos: 20.8% (Valores normales: 31% a 41%) Eosinófilos: 1,2% (Valores normales: 2,2% a 4,1%) Monocitos: 5,8% (Valores normales: 5,8% a 9,1%) Hematocrito: 32.6% (Valores normales: 32% a 42%) Hemoglobina: 10,7 (Valores normales: 14 – 24 g/dl) Plaquetas: 277.000 (Valores normales: 200.000 – 400.000 mm<sup>3</sup>).

**Química Sanguínea:** Urea: 2,3 mg/dl (Valores normales: 3 – 12mg/dl) Creatinina: 1.02 mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1mg/dl) Transaminasa Glutámico Oxalacetica: 51 U/L (Valores normales: 10 – 40 U/L) Transaminasa Glutámico Piruvica: 12 U/L (Valores normales: 7 – 40 U/L) Bilirrubina directa: 0.2 mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1,9mg/dl) Bilirrubina Indirecta: 2.6 mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1,9mg/dl) Bilirrubina Total: 2,7 mg/dl (Valores normales: < 5mg/dl) Potasio: 4,5 mg/dl (Valores normales: 6mg/dl) Sodio: 126 mg/dl (Valores normales: 148mg/dl) Cloro: 94 mg/dl. (Valores normales: 102mg/dl) Calcio: 6,6 mg/dl (Valores normales: 6,1 – 11,6mg/dl).

**Fecha de exámenes: 06/08/2019**

**Hemograma:** Leucocitos: 16.300 mm<sup>3</sup> (Valores normales: 10.000 a 30.000 mm<sup>3</sup>) Linfocitos: 41,2% (Valores normales: 31% a 41%) Eosinófilos: 1,6% (Valores normales: 2,2% a 4,1%) Monocitos: 10,3% (Valores normales: 5,8% a 9,1%) Hematocrito: 32% (Valores normales: 32% a 42%) Hemoglobina: 11,9 g/dl (Valores normales: 14 – 24 g/dl) Plaquetas: 233.000 mm<sup>3</sup> (Valores normales: 200.000 – 400.000 mm<sup>3</sup>)

**Química Sanguínea:** Urea: 8 mg/dl (Valores normales: 3 – 12mg/dl) Creatinina: 0,55mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1mg/dl) Transaminasa Glutámico Oxalacética: 40 U/L (Valores normales: 10 – 40 U/L) Transaminasa Glutámico Piruvica: 15 U/L (Valores normales: 7 – 40 U/L) Bilirrubina directa: 0.3 mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1,9mg/dl) Bilirrubina Indirecta: 0.8 mg/dl (Valores normales: 0,3 – 1,9mg/dl) Bilirrubina Total: 4 mg/dl (Valores normales: < 5mg/dl) Potasio: 5,3 mg/dl (Valores normales: 6mg/dl) Sodio: 141 mg/dl (Valores normales: 148mg/dl) Cloro: 110 mg/dl. (Valores normales: 102mg/dl) Calcio: 9,3 mg/dl (Valores normales: 6,1 – 11,6mg/dl).

## **2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial**

**Diagnóstico presuntivo:** El medico sospecha de una sepsis neonatal debido a los escasos controles que tuvo la madre durante el embarazo.

**Diagnóstico diferencial:** El SDR puede ser confundido con Neumonía por la similitud en los síntomas.

**Diagnóstico definitivo:** Síndrome de dificultad respiratoria.

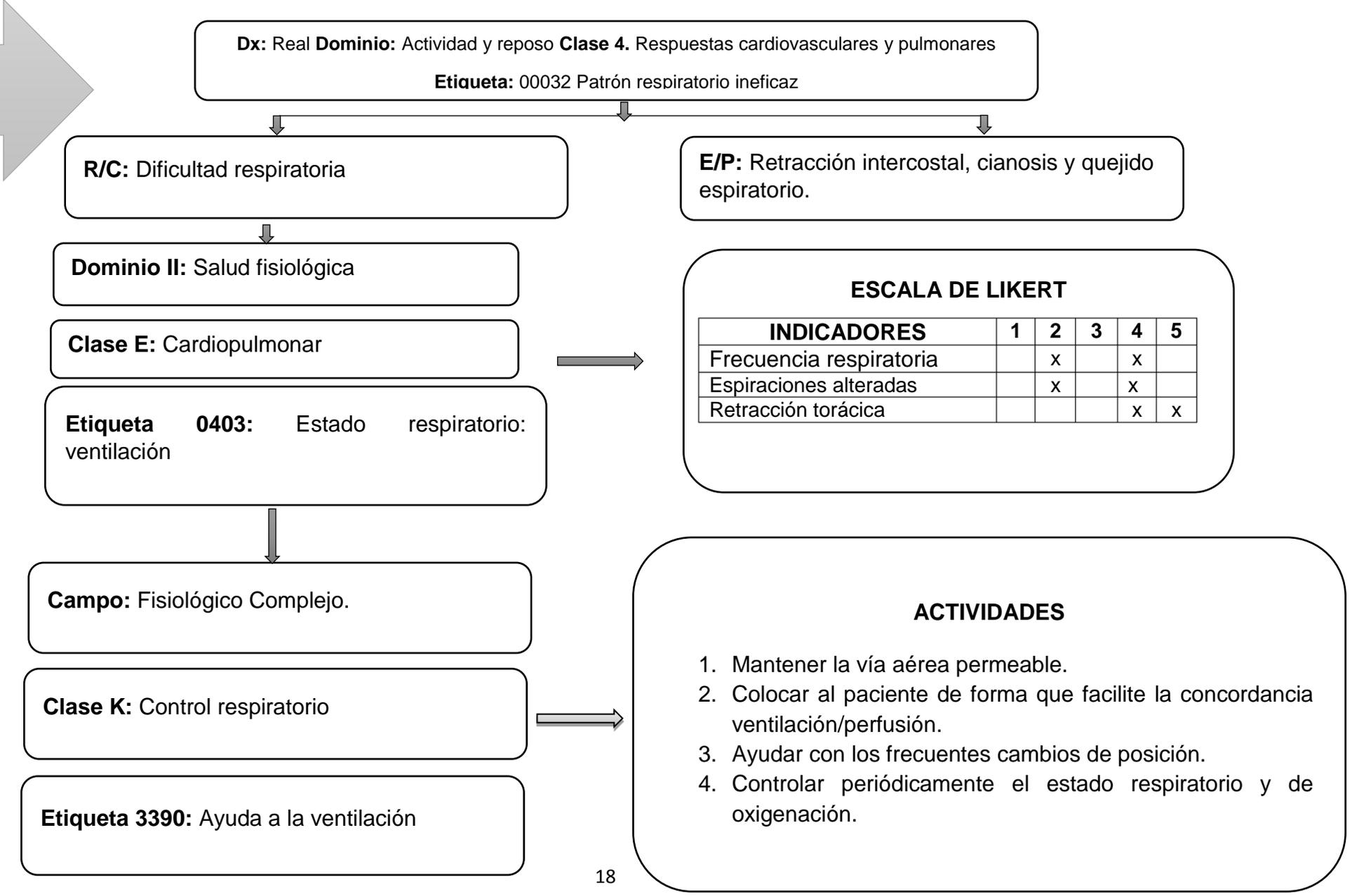
**Etiqueta diagnostica enfermero:** Patrón respiratorio ineficaz. Riesgo de infección. Interrupción de la lactancia materna.

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

El problema se origina debido a que la madre no se realizó los controles prenatales correspondientes siendo diagnosticada al momento del parto con VIH positivo por lo cual se realizó una cesárea de emergencia con lo que se pudo reducir el riesgo de infección del neonato, pero no se pudo reducir el riesgo a padecer SDR.

Se realiza la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon e identificamos aquellos que están alterados para realizar el proceso de atención de enfermería que favorezca a la recuperación del paciente.

NANDA: 00032  
 NOC: 0403  
 NIC: 3390



M  
E  
T  
A  
S

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

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

UNIDAD HOSPITALARIA HGGS				SALA CIN				
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE NN				EDAD 0 AÑOS		FECHA: 31/07/19		
DIAGNOSTICO MÉDICO Síndrome respiratorio neonatal + Riesgo de infección por VIH				DIAGNOSTICO ENFERMERO Patrón respiratorio ineficaz r/c dificultad respiratoria e/p retracción intercostal, cianosis y quejido espiratorio				TIPO DE DX ENFERMERA/O Real
FECHA / HORA	OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
31/07/19 20:00	Mantener un adecuado patrón respiratorio.	Control de frecuencia respiratoria y control de saturación de oxígeno	Mantener tanque de Oxígeno lleno como medida suplementaria	Mantener la vía aérea permeable.	Aspiración de secreciones cuando sea necesario para mantener la ventilación.	Funcionamiento correcto de los pulmones y la pared del tórax, debe mantenerse una adecuada regulación de todo el proceso, por parte del centro nervioso de la respiración.	Se mantiene las vías aéreas permeables y así la ventilación no se ve comprometida.	
31/07/19 20:00	Aumentar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.	Control de frecuencia respiratoria y control de saturación de oxígeno	Posición de termocuna que permita la desviación del flujo sanguíneo desde las zonas no ventiladas a las ventiladas, como consecuencia del reclutamiento alveolar	Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión.	Colocamos la termocuna con la cabecera ligeramente elevada para favorecer la ventilación.	A través de la barrera alveolo-capilar deben difundirse los gases respiratorios para que ocurra su intercambio, por lo tanto la ventilación alveolar debe ser proporcional a la	La saturación de oxígeno se mantiene entre 95% a 100% lo que demuestra una buena ventilación.	

						perfusión pulmonar.		
31/07/19 20:00 A 08:00	Mejorar el proceso de la ventilación/ perfusión	Informar drenaje de secreciones y/o complicaciones	Colaboración en los cambios posturales del paciente y en apego madre hijo	Ayudar con los frecuentes cambios de posición.	Cambiamos de posición al paciente cada cuatro horas y ayudamos a la madre a realizar el apego.	Cambios posturales promueven la expansión de los pulmones y una mejor adecuación de la ventilación con perfusión. Mejorando la Saturación de Oxígeno.	Los cambios posturales mejoran el proceso de la ventilación/ perfusión El paciente se mantiene calmado.	
31/07/19 20:00 A 08:00	Monitorizar el estado respiratorio del paciente.	Control de frecuencia respiratoria y control de saturación de oxígeno	Exámenes complementarios.	Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.	Controlamos signos vitales cada dos horas para asegurarnos de que no haya cambios negativos en el estado del paciente.	el monitoreo de las funciones vitales permite observar si hay cambios principales en el sistema respiratorio.	Los signos vitales principalmente la saturación de oxígeno se encuentra dentro de los parámetros normales.	

**FIRMA DEL RESPONSABLE: Karen Micheld López Ayala**

**REVISADO Y APROBADO POR EL DOCENTE TUTOR: Lic. María Vera**

NANDA: 00004  
NOC: 1924  
NIC: 6540

**Dx: Real Dominio11: Seguridad y protección Clase 1. Infección**

**Etiqueta: 00004** Riesgo de infección

**R/C:** Madre portadora del virus VIH.

**E/P:** Exposición al virus del VIH en la etapa perinatal.

**Dominio II:** Salud fisiológica

**Clase H:** Respuesta inmune

**Etiqueta 0708:** Severidad de la infección: recién nacido.

**ESCALA DE LIKERT**

INDICADORES	1	2	3	4	5
Cianosis			X		X
Letargia		X			X
Depresión del recuento de leucocitos		X		X	

**Campo 4:** Seguridad

**Clase V:** Control de riesgos

**Etiqueta 6540:** Control de infecciones

**ACTIVIDADES**

1. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
2. Usar guantes según lo exigen las normas de protección.
3. Administrar terapia de medicamentos.
4. Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.
5. Educar al familiar del paciente sobre los signos y síntomas de la infección y el tratamiento.

M  
E  
T  
A  
S

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

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

<b>UNIDAD HOSPITALARIA</b> HGGS				<b>SALA</b> CIN				
<b>APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE</b> NN				<b>EDAD</b> 0 AÑOS		<b>FECHA:</b> 31/07/19		
<b>DIAGNOSTICO MÉDICO</b> Síndrome respiratorio neonatal + Riesgo de infección por VIH				<b>DIAGNOSTICO ENFERMERO</b> Riesgo de infección r/c cianosis, letargia y depresión del recuento de linfocitos.				<b>TIPO DE DX ENFERMERA/O</b> Riesgo
<b>FECHA / HORA</b>	<b>OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE</b>	<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE</b>	<b>EJECUCIÓN</b>	<b>FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
31/07/19 20:00 A 08:00	Prevenir la transmisión de la infección.	Aplicar las normas de bioseguridad con cada paciente.	Verificar cambios de color y temperatura de la piel.	Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	Higiene de manos aplicando los cinco correctos.	Al correctamente los pasos del lavado de manos se elimina la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y así evitamos la transmisión de microorganismos del paciente al profesional y viceversa.	Se mantienen las manos higiénicas antes y después de cada procedimiento o cuidado a aplicar.	
31/07/19 20:00 A 08:00	Prevenir la contaminación de las manos cuando se está expuesto a fluidos.	Revisión periódica y oportuna.	Reducir la contaminación en el ambiente del paciente.	Usar guantes según lo exigen las normas de protección.	Antes de realizar un procedimiento	Los guantes impiden la contaminación cruzada entre el personal de salud y los pacientes.	Se ha disminuido considerablemente el riesgo a una contaminación cruzada.	
31/07/19 20:00 Y 08:00	Minimizar la probabilidad de adquirir VIH.	Prescribir medicamentos para el tratamiento de la infección del paciente.	Realizar exámenes complementarios.	Administrar el tratamiento profiláctico como está indicado en la prescripción.	Revisamos el kardex para verificar el tratamiento a administrar y cumplimos con las	La zidovudina no cura el VIH, puede reducir su posibilidad de desarrollar el	El hemograma refleja una mejoría en el conteo de los linfocitos.	

					indicaciones.	síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y enfermedades relacionadas con el VIH, como infecciones graves		
31/07/19 22:00	Eliminar microorganismos patógenos.	Indicar la vía venosa ideal que favorezca al tratamiento del paciente.	Colocar vía percutánea.	Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.	Aplicamos medidas de antisepsia para la aplicación y manipulación de la vía.	La asepsia permite destruir microorganismos que pueden estar contaminando objetos o superficies inanimadas.	Aplicamos el lavado de manos y el uso de guantes antes de manipular la vía venosa.	
31/07/19 07:00	Proporcionar información clara y veraz a la familia del paciente.	El médico explicará el pronóstico y complicaciones que se pueden presentar	Aportar información veraz sobre la evolución del paciente.	Educar al familiar del paciente sobre los signos y síntomas de la infección y el tratamiento.	Educar a la madre del paciente sobre la enfermedad, causas, molestias y posibles complicaciones que se puedan dar.	La educación a la paciente y familia, le proporcionara información concreta sobre la enfermedad y todos sus acontecimientos, para que puedan sobrellevar y asumir la misma.	La madre entiende la situación del paciente y firma todos los consentimientos necesarios.	

**FIRMA DEL RESPONSABLE: Karen Micheld López Ayala**

**REVISADO Y APROBADO POR EL DOCENTE TUTOR: Lic. María Vera**

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

Una de las principales acciones que se realizó en el paciente es ventilación mecánica CPAP con FiO<sub>2</sub> al 40% con la finalidad de aumentar la saturación de oxígeno del recién nacido que lleva a mejorar la coloración de la piel, disminuir o eliminar la retracción torácica y el quejido a la espiración.

Basándonos en la historia clínica del paciente también se le administró el tratamiento antirretroviral como indica la guía práctica clínica de 2019 del MSP: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos.

## **2.8 Seguimiento**

Fecha: 31/07/19 Hora: 20:00 – 08:00

Recibo neonato en termocuna de sexo masculino con diagnóstico médico de síndrome de dificultad respiratoria y riesgo de exposición al virus del VIH. Mantiene un tubo endotraqueal conectado a ventilación mecánica en método CPAP con FiO<sub>2</sub> al 40% y vía percutánea permeable pasando dextrosa al 10% a 11ml/h. Los signos vitales se encuentran entre los parámetros normales para su edad, se realiza cada dos horas siguiendo el protocolo de lavado de manos y la aplicación de los cinco correctos. Se confirma el resultado serológico y el médico indica el tratamiento profiláctico para VIH el cual es administrada siguiendo el protocolo, zidovudina 10 mg vía oral cada 12h. Se inicia la alimentación con leche de fórmula 3 centímetros por sonda orogastrica.

Fecha: 04/08/19 Hora: 08:00 – 20:00

Paciente de 4 días de nacido de sexo masculino mantiene ventilación mecánica y vía percutánea permeable. Se controlan los signos vitales cada dos horas los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales. Se modifica la infusión a dextrosa al 12% más 3 cc de sodio y 1 cc de potasio y administramos la última dosis de profiláctica más los medicamentos prescritos por el médico. Ayudamos a la madre a realizar el apego con el neonato mientras explicamos

los beneficios del mismo. Seguimos con la alimentación por sonda 20 cc cada tres horas u brindamos higiene y confort al paciente.

Fecha: 05/08/19 Hora: 20:00 – 08:00

Recibo paciente lactante menor, sexo masculino a quien se le realizó destete de ventilación mecánica y mantiene oxigenación por cánula nasal continua con infusión de dextrosa al 12% con electrolitos a 4ml/h. Se realiza pruebas de reflejo de succión y retiramos la sonda orogastrica para iniciar con alimentación por succión en jeringas 25 cc cada tres horas. El paciente se encuentra con signos vitales estables con evidente mejoría del patrón respiratorio.

## **2.9 Observaciones**

Para el alta, el medico indica a la madre continuar restricción de lactancia materna y en su lugar receta Enfamil Premium 1 para la alimentación del paciente y se registra una consulta para el día 19 del mismo mes ya que el paciente cumple dos semanas de haber recibido el tratamiento de profilaxis y se debe realizar la segunda prueba serológica de VIH.

Al ser el paciente un recién nacido se le informa a la madre la patología que presenta el recién nacido, la base de los métodos a seguir y los riesgos que se podrían presentar ante la aplicación del mismo. Se obtiene el consentimiento informado el cual permite iniciar con el tratamiento.

Se obtuvo buenos resultados y una eficaz mejoría con las indicaciones médicas y las intervenciones de enfermería aplicadas.

## **CONCLUSIONES**

En el presente caso clínico se evidencia la importancia de la aplicación del proceso de atención de enfermería, juicio que nos permite identificar los patrones funcionales alterados para obtener un diagnóstico enfermero e implementar el plan de cuidados en el cual establecemos y ejecutamos las intervenciones de enfermería independientes, dependientes e interdependientes.

Al identificar la etiqueta del diagnóstico enfermero se realizó el planteamiento de las intervenciones que se aplicaron en el paciente las cuales resultaron en una evolución positiva y pronta recuperación.

Como se ha demostrado en el caso, con la guía de las taxonomías del NANDA, NIC y NOC podemos realizar un plan de cuidados sistemático e individualizado para la mejora de cada paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aliaga Uría, O. (2011). Evaluación y manejo de la exposición perinatal al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *SCIELO*.
- Balest, A. L. (Marzo de 2018). *MANUAL MSD Version para profesionales*. Obtenido de MANUAL MSD Version para profesionales: <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>
- CENETEC. (2016). *Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH*. D.F. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud .
- Morales, D. E.-D. (2016). *NEONATOLOGIA 4*. Mexico: InterSistemas.
- MSP. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en embarazadas, niños, adolescentes y adultos, Guía de Práctica Clínica*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- MSP, M. (2016). *Recien Nacido Con Dificultad Para Respirar (GPC)*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de Guia Practica Clinica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RECIEN-NACIDO-CON-DIFICULTAD-PARA-RESPIRAR.pdf>
- Obregón, M. (2019). Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. *REVISTA ECUATORIANA DE MEDICINA EUGENIO ESPEJO*, 1.
- OMS. (Noviembre de 2017). *Organizacion Mundial De Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial De Salud: <https://www.who.int/features/qa/71/es/>
- Quiroga, L. A. (2012). Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *Enfermería Neonatal*, 4.
- Villa Guillén, M., & Villanueva García, D. (2016). *NEONATOLOGIA 4*. Mexico: InterSistemas.



# Balance Hídrico

**HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR**

08-08-2019  
García  
07-2019

Peso: 3300  
Perímetro Ab.:  
Perímetro C.:  
Perímetro T.:  
Exámenes Complementarios:

Talla:  
Profilaxia  
Oftálmica  
Vitamina K

H. C.: 343453

Sexo  M  
G.S y F (RM)  
Hora de Nacimiento  
Edad Gest.  
P.E.S.  Costruo

INGRESOS		PARENTERAL		EGRESOS		SIGNOS VITALES	
Canal	Cantidad	Soluciones Cantidad	Medicación Cantidad	Orina	Heces	Otros	Temperatura
7	10cc	notine 0.5ml dulby. 2.5ml	BIC	2ml			
6	10cc		Ca	6ml			
6	10cc				35cc		
6	10cc		gent ampicil	15ml 5ml			
6	10cc	meduox 8.5ml		10ml			
6	10cc		calc + AR	3.7 + 3.3 + 6.6			
6	10cc				10cc		
6	10cc				16cc		
6	10cc				5cc		
6	10cc		depredica	3cc			
6	10cc			10x 20 10			
6	10cc			239.2			
6	10cc			131			