

160

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: 292555

LINA ESTHER OROZCO VAZQUEZ

DIRECTOR ACADEMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia

Coordinación de
NOVIEMBRE 2004
Servicio Social



MEXICO, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A TODOS LOS PROFESORES QUE PARTICIPARON DURANTE EL DESARROLLO DE LA LICENCIATURA.

Y DE MANERA ESPECIAL A MI ASESOR POR EL APOYO PROPORCIONADO PARA EL DESARROLLO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

DEDICATORÍA

A MIS PADRES, A MI ESPOSO Y A MIS HIJOS POR APOYARME SIEMPRE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
METODOLOGÍA.....	4
UNIVERSO DE TRABAJO.....	5
I. MARCO TEÓRICO.....	13
II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA.....	24
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.....	27
III. PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	28-33
OBJETIVO GENERAL.....	28-33
PROBLEMAS O NECESIDADES REAL Y POTENCIAL.....	28-33
MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA.....	28-33
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	28-33
EVALUACIÓN.....	28-33
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36

INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería es un método para realizar algo, que por lo general abarca cierto número de pasos y que intenta lograr un resultado en particular. Además el proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Se utiliza también para identificar los problemas del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y para evaluar los resultados obtenidos con los cuidados.

Las fases del proceso de enfermería se dividen en: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La taquipnea transitoria del recién nacido es un síndrome (no siempre transitorio) habitualmente es consecutivo a un embarazo de término sin complicaciones. Es uno de los problemas más frecuentes encontrados en las salas de parto y en las unidades neonatales. Es la causa más común de dificultad respiratoria, siendo más frecuente en bebés nacidos por cesárea sin antecedentes perinatales específicos. Además de ser la causa más común de traslado y admisión a la unidad de cuidado intensivo neonatal. Siendo además el signo principal y/o inicial de varias condiciones que sí no son tratadas oportunamente y efectivamente le pueden causar la muerte al recién nacido.

OBJETIVO

La enfermera identificará los problemas y necesidades del paciente en forma prioritaria y dará resolución científica a cada uno de ellos, a través de los cuidados de enfermería con fundamentación científica, y así poder lograr el pronto restablecimiento del paciente para poder incorporarse al núcleo familiar con el menor número de secuelas

JUSTIFICACIÓN

La taquipnea transitoria del recién nacido es una patología que actualmente se ha incrementado continuamente en nuestra institución por lo cual se requiere de una atención oportuna para evitar complicaciones, siendo necesario que la enfermera identifique signos y síntomas, que a través del plan atención de enfermería, de prioridad a cada uno de ellos para así poder dar solución a estos, a través de las acciones de enfermería con fundamentación teórica y así disminuir el índice de morbimortalidad.

Así mismo dar a conocer la importancia del papel que juega la enfermera al atender con oportunidad las necesidades del paciente y dándole prioridad a cada una de ellas.

Además se lleva a cabo una revisión bibliográfica minuciosa para tener un amplio marco de referencia con relación a la patología y así fundamentar todas las acciones de enfermería siendo estas más precisas.

Por esto considero de mucha importancia el desarrollo de este trabajo, ya que es a su vez el instrumento para realizar el exámen profesional de la licenciatura.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente estudio clínico se recurre a la aplicación del modelo "Proceso Atención de Enfermería".

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Esto consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante y esencial que caracteriza a la enfermera desde el principio de la profesión. A su vez con los años ha evolucionado, adquiriendo mayor claridad y comprensión.

Dicho proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos, intentando lograr un resultado particular. A su vez es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Para que la enfermera sobreviva a los continuos retos competitivos, debe otorgar un servicio de calidad que sea valorado por los propios pacientes, esto constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

Por lo anterior, se desarrollará para el estudio del paciente el Proceso Atención de Enfermería el cual se divide en:

1.- VALORACIÓN:

Esta es la primera fase del proceso de enfermería, aquí la enfermera podrá identificar y definir los problemas de dicho paciente. Así mismo la fase incluye la recopilación de datos a cerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente.

La enfermera reúne información a través de dos métodos básicos de información que son: la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares, también incluyen la elaboración de la historia clínica de enfermería y ésta se puede aplicar a través de la entrevista.

2.- DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico es el segundo paso en el proceso de atención de enfermería. El proceso de diagnóstico consiste en tres actividades: análisis de datos, identificación de problemas y formulación de diagnósticos de enfermería.

Durante el análisis de datos la enfermera toma decisiones basadas en los datos a cerca del estado de salud del paciente. Luego identifica áreas problemáticas de interés y finalmente establece un diagnóstico de enfermería.

Este incluye el problema del paciente, su causa y etiología, si se conoce. El enunciado también puede incluir signos y síntomas si la estudiante está utilizando el formato PES. Cuando el paciente está en alto riesgo de presentar determinado problema, la enfermera hace un diagnóstico de enfermería de alto riesgo e incluye la identificación de los factores de alto riesgo que determinaron el diagnóstico.

3.- PLANEACIÓN:

Esta fase comienza con el diagnóstico de enfermería, el cual se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican los cuidados de enfermería.

Este diagnóstico se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos, y para esto la enfermera toma en cuenta probabilidades basadas en la observación y usando el método inductivo predice cuales son las correctas, al identificar los problemas del paciente, la enfermera establecerá prioridades y determinará cuales son más urgentes, debe definir los objetivos inmediatos y a largo plazo.

El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.

4.- EJECUCIÓN:

Una vez que la intervención de la enfermería se ha determinado comienza la ejecución del plan.

Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando y valorando datos, planes y evaluando los cuidados.

Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. En esta fase una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados.

5.- EVALUACIÓN:

Es la fase final, pero continua, del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados.

La evaluación del progreso del paciente, se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud. El paciente o la familia, según el objetivo del plan de cuidados.

UNIVERSO DE TRABAJO

1.- Se selecciona un paciente recién nacido masculino de peso adecuado a edad gestacional, con diagnóstico de taquipnea transitoria del recién nacido. Al cual se le realizará un Proceso de Atención de Enfermería.

2.- En el Hospital General Vicente Guerrero. En Acapulco Guerrero

3.- Servicio: cunero patológicos. Cuarto piso.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Aquí realizamos la revisión de libros, folletos, revista, con relación a la patología del paciente, a su vez esto dará validez con fundamento a cada uno de los aspectos que se mencionen en relación a la actuación de enfermería. Así mismo tendremos un marco teórico amplio e importante que respaldará al Proceso Atención de Enfermería.

FICHAS DE TRABAJO

Este instrumento permite ordenar y clasificar los datos consultados de las lecturas realizadas, tanto para la elaboración del marco teórico, como para el Plan de Atención. De la elaboración de las fichas y de la paráfrasis que se vayan realizando, depende en gran medida el avance del proceso.

MARCO TEORICO

Es la teoría y el marco de referencia del problema, tener un marco teórico es muy importante ya que nos ayuda a precisar y a organizar los elementos contenidos en la descripción del problema, de tal forma que puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas.

REVISION DEL EXPEDIENTE CLINICO

Es una fuente de información, indirecta que nos sirve de guía para conjuntar la información con la del paciente. Es la exposición de problemas que se reflejan en el paciente y es importante para realizar el diagnóstico de enfermería.

ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA

Se lleva a cabo con el fin de establecer el estado de salud o de enfermedad del paciente y se logra mejor como parte de una entrevista planeada.

Proporciona a la enfermera la oportunidad de reunir datos y brindar interés, apoyo y comprensión al paciente y para establecer una relación de confianza y respeto mutuos.

Estos datos los podemos obtener también a través de:

- 1.- Miembros del grupo para la salud.
- 2.- Registro de salud del paciente.
- 3.- Familiares del paciente, otras personas importantes.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se les otorgarán, como, por que se van a dar y que mejoría tuvo o no una vez que se le han dado. Dándonos la oportunidad de que de no haberse logrado el objetivo planteado inicialmente se replantee nuevamente hasta lograr cubrirlo con eficiencia y eficacia y por otorgar una atención de calidad.

La calidad estará dada si la satisfacción del paciente es completa, una vez que otorgamos nuestros cuidados pero de una manera planeada, organizada y sistematizada con fundamentación científica en cada uno de nuestros actos.

Todo lo antes mencionado se desarrollará coordinadamente con los demás integrantes ya que esto debe estar dado por la actividad completa del equipo multidisciplinario que integran los servicios de salud.

Como ya se mencionó antes las habilidades de enfermería para la realización de sus cuidados, se llevan a cabo desarrollando un razonamiento lógico y con capacidad metódica que son garantía de una atención profesional. Para esto se requiere de impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorguen las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del proceso de investigación.

El empleo del Proceso de Atención de Enfermería ayuda a evitar duplicaciones y omisiones que se dan como resultado el uso innecesario de recursos.

Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el inicio de la profesión.

Necesidad.- Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

Problema.- Insatisfacción de necesidades. Aquel que obstaculice.

Manifestación del problema.- Es la manera en como el organismo va manifestando una serie de signos y síntomas que detectan el proceso patológico y que a su vez nos guiarán para determinar nuestro proceder jerarquizando, primeramente, aquellos que pueden agudizar o agravar el cuadro que presenta nuestro paciente.

Razón científica del problema.- Aquí se señalará, con fundamento en toda la bibliografía consultada, la razón de toda la fisiopatología dada en el paciente.

Acción de Enfermería.- Son todos aquellos cuidados de enfermería que se otorgan al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudarle a resolver sus problemas o necesidades detectadas.

Razón científica de la acción.- Es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

Evaluación.- Es la última etapa del proceso de atención de enfermería y es donde se reflejara el avance que se tenga con cada acción de enfermería en nuestro paciente, buscando revertir la problemática del mismo.

MARCO TEORICO

1.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO

La estructura que compone el aparato respiratorio puede clasificarse en vías de conducción y vías respiratorias. Las vías de conducción simplemente proveen un medio por el cual el aire puede entrar y salir del aparato.

VIAS DE CONDUCCION: Consisten en cavidades nasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios primarios, bronquios secundarios, bronquios segmentarios y bronquiolos terminales.

VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

CAVIDADES NASALES: Además de servir como una vía de paso para el aire, humedecen, filtran y calienta el aire cuando este pasa por ella en dirección a los pulmones.

LENGUA: La lengua del lactante es grande en relación a la cavidad oral lo que predispone a la obstrucción respiratoria.

FARIGE: Es un pasaje en forma de embudo que va desde la base del cráneo hasta el nivel del cartilago laringeo, sirve como vía de paso común para los aparatos respiratorios y digestivo.

LARINGE: La laringe del lactante está más alta en el cuello (C-3 a C-4) que en el adulto (C-5 a C-6)

1.- Esta elevada posición permite que la deglución ocurra simultáneamente a la respiración nasal. Pero también coloca la lengua contra el paladar blando durante las respiraciones tranquilas, produciendo obstrucción de las vías respiratorias.

2.- Los lactantes respiran obligatoriamente por la nariz hasta la edad de tres a 5 meses.(1)

EPIGLOTIS.

La epiglotis del lactante es estrecha corta y en forma de U, y sobre sale posteriormente sobre la laringe a un ángulo de 45 grados. La inserción anterior de las cuerdas bucales es más caudal en los niños.

CARTILAGO CRICOIDES.

En el lactante la parte más estrecha de las vías respiratorias superiores se encuentran en el cartilago cricoides, de forma cónica.

El estrechamiento cricoideo y la angulación de las cuerdas desaparecen generalmente a la edad de 10 a 12 años.

AMIGDALAS.

Las amígdalas y las adenoides son pequeñas en el neonato, pero crecen durante la infancia hasta adquirir su máximo tamaño hasta los 4 años a 7 años de edad, a partir de los cuales disminuyen gradualmente.

VIAS RESPIRATORIAS BAJAS

En el niño, la traquea es mas pequeña que en el adulto, mas profunda y móvil además de los vértices de los pulmones se relacionan mas intensamente con ella.
(2)

PULMONES

Son los órganos de la respiración y son dos, uno derecho y otro izquierdo. Se encuentra en el hemitorax correspondiente, colocados sobre el músculo diafragmático. La raíz del pulmón y el ligamento pulmonar los une el corazón y la traquea. La raíz del pulmón la forman la arteria, la vena y el bronquiolo pulmonar, los cuales entran por el hilio pulmonar, formación triangular de la cara medial.

Los pulmones son blandos, esponjosos, elásticos; contienen siempre aire, flotan sobre el agua y crepitan si se les comprime. Son de color rosado en el niño y grisáceo con manchas oscuras en el adulto, debido a la impregnación de impurezas del aire atmosférico inhalado.

Tienen forma cónica con base inferior y vértice superior. Poseen tres caras: una costal, una diafragmatica y una medial, así como tres bordes: anterior, posterior e inferior. Se encuentran recubiertos por una membrana fibroserosa denominada pleura.(3)

(2) Charlotte Bell, Cindy W. Hughes. Manual de Anestesia Pediátrica, P-130,131Javier

(3) Castillo Nava. Introducción a la Neumología P-34

los pulmones son irrigados por las arterias bronquiales, ramas de la aorta torácica, las cuales nutren las ramas del árbol bronquial hasta los bronquiolos respiratorios. Irrigan también los vasos linfáticos y el tejido conectivo, y de paso a la pleura pulmonar. Las venas bronquiales recogen la circulación de retorno del árbol bronquial para llevarla al sistema acigos. Otras porciones del drenaje venoso es llevado por las venas pulmonares.(4)

ARBOL BRONQUIAL

Constituye un conjunto de tubos ramificados con diámetros progresivamente menores.

Estos tubos conducen el aire desde la tráquea hasta todas las partes del tejido pulmonar.

BRONQUIOS PRIMARIOS, SECUNDARIOS Y SEGMENTARIOS

El árbol bronquial continua ramificándose, dividiéndose en tubos más numerosos y de menor calibre, llamados bronquiolos.

Cada lóbulo pulmonar se subdivide en lobulillos de variados tamaños y formas; un bronquiolo entra a cada lobulillo y da origen a muchos bronquiolos terminales. Estos suman de 50 a 80 en cada lóbulo y marcan el extremo final funcional de las vías conductoras de aire del aparato respiratorio.

Las paredes de los sacos alveolares están rodeados de capilares pulmonares, sostenido por tejido fibroso y elástico delgado. Así como el aire en el albiolo y la sangre de los capilares están separados de una porción muy delgada que es atravesada rápidamente por gases en difusión

FISIOLOGIA DEL RECIEN NACIDO

FUNCION RESPIRATORIA (CONVERSION A LA VIDA AEROBIA)

Al nacer, los pulmones experimentan la transición de un órgano lleno de líquido a un órgano lleno de aire para el intercambio gaseoso. La mayor parte del líquido es expulsado de los pulmones como consecuencia de la compresión de la pared torácica fetal durante el parto vaginal, siendo eliminado el resto por el sistema linfático en las siguientes 24 horas. Para superar las fuerzas superficiales activas y expandir totalmente los pulmones, el neonato debe generar presiones intratorácicas negativas del orden de 40 a 60 centímetros de agua, la misma presión que se necesita para las primeras respiraciones durante la reanimación del neonato. (5)

La respiración es el intercambio de gases, oxígeno y bióxido de carbono, entre un organismo y su medio ambiente.

El ser humano consta de dos fases, respiración externa y respiración interna.

La respiración externa, consiste en el intercambio de gases entre pulmones y la sangre.

La respiración interna, incluye el transporte de gases en el aparato circulatorio y el intercambio entre la sangre y los tejidos.

El espacio dentro de los pulmones se define como espacio intrapulmonar y el espacio dentro del tórax, pero fuera de los pulmones se denomina como espacio intratorácico.

El volumen del tórax cerrado cambia por acción de los músculos de la inspiración y expiración. En la inspiración normal, los músculos de importancia son el diafragma y los intercostales. Durante la inspiración profunda o forzada se utilizan músculos adicionales. En la respiración forzada hay contracción de los músculos abdominales para ayudar a expeler más aire de los pulmones.

1.2 TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.

DESCRIPCION :

La taquipnea transitoria (pulmón húmedo o SDR tipo II) con frecuencia representa un dilema diagnóstico . El trastorno es muy común y tiene muchas características superpuestas con la dificultad respiratoria ocasionada por deficiencia del surfactante . Como los niños se recuperan totalmente en casi todos los casos es difícil definir en la anatomía patológica la taquipnea transitoria del recién nacido. La explicación más probable del trastorno es el retardo de la absorción del líquido pulmonar fetal; por lo tanto se observa con mayor frecuencia después de la operación cesárea, evidentemente por que el tórax del niño no esta sujeto a las mismas presiones que en el parto vaginal en la " gran compresión".

Milner intento determinar si la compresión vaginal producía algún efecto mensurable sobre la mecánica y el volumen pulmonar durante las primeras horas consecutivas al nacimiento. Se efectuaron pruebas de función pulmonar en las primeras seis horas de vida en 26 recién nacidos por parto vaginal y en diez nacidos por operación cesárea. Se observaron diferencias asombrosas en las mediciones de los volúmenes de gas en el tórax. El volumen de gas torácico promedio después del parto vaginal fue de 32,7 mililitros/kg.; después de la operación cesárea era de 19,7 ml/kg. El perímetro torácico era similar en ambos grupos.

Este autor concluyó que los recién nacidos no expuestos o la compresión vaginal tienen volúmenes excesivamente elevados de líquido intersticial y alveolar durante las primeras horas de vidas de manera que se reduce el volumen de gas intratorácico, pero el volumen torácico total se mantiene dentro de los valores normales. En otras palabras aumenta el volumen líquido mientras disminuye el componente gaseoso.

El síndrome de taquipnea transitoria se suele presentar como, dificultad respiratoria en recién nacidos de termino y de pretermino próximos al termino no afixiados. Las características clínicas comprenden diversas combinaciones de cianosis, quejido, aleteo, tiraje y taquipnea durante las primeras horas de vida. Los gases en sangre arterial revelan grados variables de hipoxemia aunque es infrecuente la insuficiencia respiratoria.

La clave del diagnostico es la radiografía de tórax. El hallazgo característico es la trama perihliar prominente y la presencia de líquido en las fisuras interlobares. La trama perihliar prominente puede representar la injurgitación de los linfáticos periarteriales que participarán en la eliminación del líquido alveolar. En la mayoría de los casos, la apariencia radiología puede distinguirse fácilmente del patrón reticulogranular difuso con broncogramas aéreos característicos del SDR.

La naturaleza transitoria de esta enfermedad es bastante variable y persiste entre 12 y 24 horas en sus formas leves, hasta mas de 72 horas en los casos severos. Se debe diferenciar la taquipnea transitoria de otras causas de dificultad respiratoria neonatal. Al principio puede ser muy difícil distinguir este trastorno del SDR y de la neumonía por estreptococos del grupo B. La evaluación, el control y las medidas básicas de sosten deben cubrir todas estas contingencias .

La taquipnea transitoria del recién nacido por definición es una entidad autolimitada sin riesgo de recidiva ó de disfunción pulmonar residual. (6)

1.3 TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.

DEFINICION

Se le llama así a la condición respiratoria de pronóstico habitualmente benigno motivada por la retención de líquido pulmonar al nacimiento.

ETIOLOGIA

El líquido pulmonar baña los pulmones durante toda la vida fetal y es importante para la maduración pulmonar. Al momento del nacimiento por parto, la acción mecánica del canal vaginal y las contracciones uterinas comprimen los pulmones y el líquido es expulsado; los linfáticos pulmonares y las catecolaminas participan en su reabsorción. Cuando el niño nace por vía abdominal y sobre todo sin contracciones uterinas, el líquido pulmonar tiende a permanecer más tiempo en pulmones hasta que los linfáticos lo remueven.

CUADRO CLINICO

Cualquier R.N. obtenido por cesárea es susceptible, es más frecuente en niños cercanos al termino. Se caracteriza clínicamente por signos de insuficiencia respiratoria leve, el más manifiesto es la polipnea superficial y que espontáneamente remite en 24-48 horas.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

La taquipnea transitoria o retención del líquido pulmonar siempre es un diagnóstico de exclusión y no es sino la evolución clínico-radiológica con mejoría rápida de los signos, lo que permite hacer el diagnóstico con más seguridad. Se considera que en todo caso TTRN se debe investigar neumonía, por tal motivo se pedirá: BHC, plaquetas, hemocultivos.

- Gasometría arterial para evaluar grado de insuficiencia respiratoria y necesidades de oxígeno. Puede ser normal o puede haber leve acidosis mixta con hipoxemia leve.
- Rx tórax: Se podrá ver discreta cardiomegalla, cierta sobre distensión pulmonar y algunas veces pequeños derrames pleurales e intercostales. Es útil tomar Rx de control que mostrará mejoría importante.

CRITERIO DIAGNOSTICO

Antecedentes prenatales positivos(nacimiento por cesárea) y curso clínico; Rx característico.

TRATAMIENTO

- Ayuno hasta que la taquipnea ceda.
- Oxigenoterapia. En general tienen necesidades de oxígeno entre treinta y cuarenta por ciento que puede administrarse por casco cefálico.
- Antimicrobianos sistemicos. Ampicilina/aminoglucósido ante sospecha de neumonía. Si el curso clínico, Rx y los cultivos son negativos se podrán retirar estos medicamentos. (7)

1. 4 ACCIONES DE ENFERMERIA

El personal de enfermería es un de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente, desde el momento de su ingreso al hospital y que interacciona con él y su familia en todo momento para detectar sus necesidades y cooperar de manera inmediata para la resolución de las mismas. Por los que las acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder mantener o restablecer la salud.(8)

INGRESO DEL PACIENTE A LA SALA DE CUNEROS PATOLOGICOS

Al ingresar el paciente a la sala de cuneros patológicos se atiende dando prioridad a la sintomatología que presenta y una vez asistido se procede a realizar lo siguiente.

1.- ADMISION DEL PACIENTE:

A) Identificación del Paciente :

Se identificará al paciente con brazaletes, hoja biomédica e indicaciones médicas.

B) Asignación de la Unidad del Paciente :

Se instala al paciente en incubadora. La incubadora mantiene al neonato en condiciones adecuadas de aislamiento, temperatura, humedad y oxígeno. (9)

C) Posición:

La posición semifowler con leve rosiere ya que la distensión de la tráquea favorece la ventilación pulmonar. (10)

2.- AYUNO :

A su ingreso la enfermera mantendrá en ayuno al paciente debido a que hay disminución de oxígeno a nivel intestinal y probable alteración en la microcirculación, esto puede llevarlo a un ilio paralítico (hipoxia intestinal). Por esto es conveniente mantener al paciente en ayuno, hasta estabilizar la vía aérea. (11)

(8) Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería. P- 96

(9) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 41

(10) María del Carmen Ledezma Pérez. Introducción a la Enfermería. P- 43

(11) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases Científicas de la Enfermería. P- 95-96

3.- TOMA DE SIGNOS VITALES:

Los parámetros de los signos vitales indican cambios en la hemostasia fisiológica. La enfermera debe observar, comprobar y registrar en forma precisa, las variaciones de estos signos para valorar su estado de salud y dar el cuidado de enfermería adecuado. (12)

A) Vigilar incremento respiratorio:

La enfermera se mantendrá alerta del incremento respiratorio. Para poder asistir al paciente y evitar un paro respiratorio.

4.- ASPIRACION DE SECRECIONES POR RAZON NECESARIA

La aspiración de secreciones nos permite mantener una vía aérea permeable, una adecuada ventilación e intercambio gaseoso.

5.- MINISTRACION DE OXIGENO:

Se instala oxigenoterapia en casco cefálico. El uso de este ayuda al manejo de concentraciones exactas de oxígeno, se utiliza siempre que se requiera una frecuencia inspirada de oxígeno mayor de 0.3 . (13)

6.- TOMA DE DEXTROSTIX :

Es la monitorización rápida y exacta de la glucosa en la sangre, permite evaluar al paciente indicando si hay cambios en sus niveles de glucosa circulante.

7.- MINISTRACION DE SOLUCIONES INTRAVENOSA :

Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de ciertos electrolitos para funcionar eficazmente. Es la vía mas segura para la ministración de medicamentos y proporcionar el requerimiento hídrico. (14)

8.- MINISTRACION DE MEDICAMENTOS :

El empleo de fármacos (antibióticos) ayudan a prevenir infecciones.

A) Ampicilina. Unico derivado de la penicilina que es activo frente a los bacilos gram(+) y cubre muchos gram(-) se utiliza para el tratamiento de infecciones de vías respiratorias. (15)

(12) María del Carmen Ledezma Pérez. Introducción a la Enfermería. P- 87

(13) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 346

(14) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases Científicas de la Enfermería. P-216

(15) Luigi Segarote, Gianangelo Poli. Diccionario Médico. P-105

9.- SOLICITUD DE EXAMENES PARA RAYOS X :

Es útil para la valoración básica de los pulmones.

10.- SOLICITUD PARA EXAMEN DE LABORATORIO :

Se usa para determinar posibles desviaciones de la salud en el sistema hematopoyetico, se emplean diversas pruebas. Muchas son específicas de un trastorno particular y en todos practica un estudio general de sangre.

11.- BAÑO Y ASEO DEL PACIENTE :

Es muy tonificante para la mayoría de los pacientes cuando sufren calor, cansancio o incomodidad. Pueden sentirse estimulados o descansados después de tomarlo, al grado de dormirse posteriormente.

Los efectos fisiológicos que lo acompañan serán ventajosos para nuestro paciente; una fricción en la piel, estimula las terminaciones nerviosas periféricas y la circulación periférica. Cuando se contraen los músculos se facilita el retorno de la sangre que está en las venas al corazón, la actividad de los músculos les ayuda a mantener su tono, que ese ligero grado de contracción siempre presente en los músculos del esqueleto. (16)

12.- ANOTACIONES EN LA HOJA DE ENFERMERIA :

Anotar con todo cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido a nuestro paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se le realice. (17)

13.- VERIFICAR INTEGRACION DEL EXPEDIENTE CLINICO :

El expediente es un documento legal que contiene la historia clínica del paciente. Aquí se concentran los datos más importantes acerca del paciente, de la evolución del tratamiento y del padecimiento para la mejor realización del plan de cuidados. Asegurarse que el expediente se encuentre integrado, en orden y completo; con la orden de internamiento debidamente requisitada, con exámenes de laboratorio y gabinete. (18)

(16) Fuerst Wolf . Principios Fundamentales de Enfermería. P- 180

(17)Fuerst Wolf . Principios Fundamentales de Enfermería. P- 111

(18) María del Carmen Ledezma Pérez. Introducción a la Enfermería . P- 77

II HISTORIA CLINICA PEDIATRICA DE ENFERMERIA

2.1 FICHA DE IDENTIFICACION.

- NOMBRE: Hurtado Barcelata Recién nacido.
- CEDULA : 72987708583M98ORD
- EDAD : 0/30 R.N.
- SEXO : Masculino.
- LUGAR NACIMIENTO : Hospital General Regional Vicente Guerrero en Acapulco, Guerrero.
- SERVICIO : Cuneros Patológico.
- NUMERO DE CAMA : 16 .
- PERSONA RESPONSABLE : Hurtado Barcelata Laura. (Mamá)

2.1 ANTECEDENTES PERINATOLOGICOS.

- Madre de 20 años de edad.
- Gesta 1.
- Embarazo de 40 semanas de gestación.
- **PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO.**
- Ruptura prematura de membranas de 6.45 horas de evolución.
- Refiere la madre haber transcurrido el período de gestación sin complicaciones.
- **TIPO DE PARTO.**
- Se obtiene producto único vivo por eutocia con apgar de 5 al minuto y 8 al 5 minutos.
- Aspiración de secreciones orofaríngeas.

- Reanimación con presión positiva intermitente con ambú y mascarilla durante 3 minutos.
- Líquido amniótico con cordón umbilical y placenta normales.

2.2 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

- Sin antecedentes patológicos de importancia.

2.3 PADECIMIENTO ACTUAL.

- R.N. obtenido por cesárea, calificado con apgar de 5-8.
- Inicia en los primeros 30 minutos de vida con dificultad respiratoria, quejumbroso, taquipnea, acrosianosis, aleteo nasal, tiros intercostales y quejido respiratorio.

2.4 EXPLORACION FISICA.

- Peso: 3 800 kg. Talla : 51 cm
- Segmento Inferior: 21 cm.
- Perímetro Cefálico : 37 cm.
- Perímetro Abdominal : 34 cm.
- Piel : Normal, con acrocianosis.
- Cabeza : Suturas y Fontanelas aparente normal.
- Oído Externo: Aparente normal.

- Ojos, Boca y Cuello : Sin compromiso aparente.
- Tórax : Con tiros intercostales.
- Latido Cardíaco : Rítmico.
- Murmullo Vesical : Normal.
- Abdomen: Aparente normal.
- Perine y Genitales : Sin compromiso aparente.
- Extremidades Superiores e Inferiores : Sin compromiso aparente

2.6 EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

- BH y Plaquetas
- Hemoglobina : 13.0
- Leucocitos : 9700
- Linfocitos : 29.
- Eosinófilos : 1.
- Segmentados : 68
- Banda : 2
- Plaquetas : 185000.
- Grupo y RH : O Positivo
- Gasometría Arterial : Muestra acidosis mixta con hipoxemia 54 mm de Hg.

- Rayos X AP y Lateral de Tórax : La radiografía muestra imágenes lineales perihiliares centrales.
- Diagnostico Medico : Taquipnea transitoria del recién nacido.

2.5 TERAPEUTICA EMPLEADA.

- Oxígeno 5 Litros Por minuto
- Solución Glucosada al 10% 90 ml. cada 8 horas
- .Ampicilina 200 mg I.V. cada 12 horas

2.8 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Patrón respiratorio ineficaz, causado por una mayor retención de líquido pulmonar y retraso en su absorción en el recién nacido, obtenido por operación cesárea, que se hace evidente por taquipnea, acrocianosis , quejido, tiros intercostales leves y aleteo nasal.

III PLAN ATENCION DE ENFERMERIA.

OBJETIVO GENERAL:

La enfermera identificará los problemas y necesidades del paciente en forma prioritaria y dará resolución a cada uno de ellos, a través de los cuidados de enfermería con fundamentación y así poder lograr el pronto restablecimiento del paciente y que se incorpore al núcleo familiar con el menor número de secuelas posibles.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Dificultad Respiratoria.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

Taquipnea.

Aleteo Nasal.

Tiraje Intercostal Leve.

FUNDAMENTACION TEORICA.

Por el retardo de la absorción del líquido pulmonar fetal. (19)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- A) Mantener en ayuno al paciente.
- B) Instalarlo en incubadora.
- C) Posición semifowler con leve rosiere.
- D) Aspiración de secreciones por razón necesaria.
- E) Oxígeno 5 lt Por minuto en casco cefálico.

(19)Avroy A. Fanaroff , Richard J.Martin. Berhman Enfermedades del Feto y del Recién nacido.
P- 550.

FUNDAMENTACION TEORICA DE LA ACCION.

- A) Debido a que hay disminución de oxígeno a nivel intestinal y probable alteración en la microcirculación esto puede llevarlo a un ilio paralítico (hipoxia intestinal). (20)
Evitar probable rejugitación y broncoaspiración de contenido alimenticio.
- B) La incubadora mantiene al neonato en condiciones adecuadas de aislamiento, temperatura, humedad y oxígeno. (21)
- C) Ya que la distensión de la tráquea favorece la ventilación pulmonar. (22)
- D) La aspiración de secreciones nos permite mantener una vía aérea permeable, una adecuada ventilación e intercambio gaseoso.
- F) El uso del casco cefálico ayuda al manejo de concentraciones exactas de oxígeno. (23)
Con el oxígeno se evita que se depriman los centros vitales del cerebro. (24)

EVALUACION.

Se mantiene normotérmico, libre de secreciones orofaríngea y fosas nasales. Mejorando así la ventilación y esfuerzo respiratorio, cediendo a las 72 horas de evolución.

(20) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases científicas de la Enfermería. P- 95-96.

(21) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 41

(22) María del Carmen Ledezma Pérez. Introducción a la Enfermería. P- 43

(23) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 346

(24) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 93

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Quejido respiratorio.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

Audible a distancia.

FUNDAMENTACION TEORICA.

Los ruidos respiratorios son causados por el movimiento de aire a través de la tráquea y sistema bronquial. El análisis se basa en el tono, intensidad, calidad y duración relativa de las fases inspiratorias y espiratorias. (25)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- A) Posición semifowler con leve rosiere.
- B) Aspiración de secreciones por razón necesaria.
- C) Ministracion de oxígeno 5 lt. Por minuto en casco cefálico.
- D) Vigilar incremento respiratorio.

FUNDAMENTACION TEORICA DE LA ACCION.

- A) La distensión de la tráquea favorece la ventilación pulmonar. (26)
- B) La aspiración de secreciones nos permite mantener una vía aérea permeable, una adecuada ventilación e intercambio gaseoso.
- C) Con el oxígeno se evita que se depriman los centro vitales del cerebro. (27)
El uso del casco cefálico ayuda al manejo de concentraciones exactas de oxígeno.(28)
- D) Cualquier estado que altere el intercambio de gases entre los alveolos y los capilares pueden dar como resultado una insuficiencia en el abastecimiento de oxígeno celular (hipoxia), una disminución de la concentración de oxígeno en la sangre (hipoxemia), un aumento de la concentración de bióxido de carbono en la sangre (hipercapnea), una disminución de la concentración de bióxido de carbono en la sangre (hipocapnea), o todas estas complicaciones a la vez. (29)

EVALUACION.

El quejido disminuye gradualmente posterior a la ministración de oxígeno y la posición asignada .

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.

Acrocianosis.

(26) María del Carmen Ledezma Pérez. Introducción a la Enfermería. P-43

(27) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases Científicas de la Enfermería. P-93

(28) Luis Jasso Gutiérrez. Neonatología Práctica. P- 346

(29) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases Científicas de la Enfermería. P-93

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

Presenta coloración azul grisácea en los lechos unguiales.

FUNDAMENTACION TEORICA.

La cantidad de oxígeno que puede ser transportado por determinado volumen de sangre depende de la cantidad de hemoglobina que contenga los heritrocitos de ese volumen de sangre. En condiciones normales la hemoglobina se satura de oxígeno en un 97 % en los capilares pulmonares.

Si la cantidad de hemoglobina reducida en los capilares de la piel es menor de 5 gr. %, la piel adquirirá una coloración azul grisácea(cianosis). (30)

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- A) Ministración de oxígeno en casco cefálico 5 lts. por minuto.
- B) Vigilar de la evolución de la acrocianosis.

FUNDAMENTACION TEORICA DE LA ACCION.

A) Todas las células del organismo requieren de la ministracion continua y suficiente de oxígeno (31)

B) La coloración azulada de las extremidades es dada por la retención local de sangre venosa, pobre en oxígeno lo que provoca asfíxia de los tejidos, de tal manera que todas las células del organismo requieren de la oxigenación continua y suficiente. (32)

EVALUACION.

La acrocianosis fue disminuyendo lentamente posterior a la ministración de oxígeno, 11 horas después.

(31) Madelyn T. Normark, Anne W. Rohweder Bases Científicas de la Enfermería. P- 86
(32) Ibídem; P- 86 y 97

CONCLUSIONES Y SUGERENCIA.

1. El diagnóstico oportuno de la taquipnea transitoria del recién nacido, favorece al temprano manejo médico en el paciente para que este pueda recibir una atención oportuna y de calidad.
2. La aplicación oportuna de la terapéutica y de los cuidados integrales de enfermería contribuyeron al pronto restablecimiento del paciente.
3. Es de gran importancia la coordinación por parte del personal médico en relación a la atención del paciente para que no haya variaciones en el tratamiento médico, ya que esto perjudica al paciente.
4. Es de importancia que la enfermera aplique la resolución científica a cada uno de los problemas del paciente y así evitar iatrogenias.
5. La enfermera debe otorgar un servicio de calidad ya que este será valorado por el propio paciente y su familia. Así mismo la enfermera se evalúa de la calidad del cuidado que otorga y lo mejora.
6. Deben ser presentados a los padres las enfermeras y médicos responsables del cuidado de su hijo.
7. También se debe proporcionar información precisa y completa a los padres en relación con la enfermedad, situación y plan de cuidados del paciente.
8. Se debe proporcionar estimulación verbal y no verbal a los padres sobre el hecho de tocar, hablar y cuidar a su hijo enfermo.
9. También sería conveniente que en cada servicio del hospital se realicen procesos de atención de enfermería, sobre las patologías más frecuentes y así se facilite el desarrollo de cada acción de enfermería.

10. Fue de importancia la revisión bibliográfica para la realización de este proceso atención de enfermería para así conocer cada uno de los pasos que lo componen y facilitar así la elaboración del mismo.
11. Me gustaría que las asesorías impartidas por los asesores fueran más frecuentes y personales, no esporádicas y por teléfono.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería Barcelona España, 1989; 1989; Ed. Doyna, 96 p.
2. A. Fanaroff Avroy, Richard J. Martin. Behrman Enfermedades del Feto y del Recién nacido, 3º ed. 1985 Ed. Medica Panamericana S.A. 549,550 p.
3. Baiseiro Lasty, Investigación en Enfermería . 1991 Ed. Librería Acuario, S.A. de C.V. 70 p.
4. Bell Charote, Cindy W. Hughes. Manual de Anestesia Pediátrica. 1º ed, 1993 Ed Mosby Year Book de España, S.A. 5,129,130,131 p.
5. Castillo Nava Javier Introducción a la Neumología . 1981, Ed. Francisco Méndez Cervantes. 34,36 p.
6. Hayman Laura Lucía, Eileen M. Spring, Manual de Enfermería Pediátrica. 1º ed. 1989, Ed. Nueva Editorial Interamericana S.A. De C.V. 156 p.
7. Jasso Gutiérrez Luis, Neonatología Práctica . 3ª ed, 1989 , Ed El Manual Moderno, S.A. de C.V. 41,346 p.
8. Jasso Gutierrez Luis, Carlos David González. Manual de Procedimientos Médico Quirúrgico, Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI . 4ª ed, 1989 Ed. Méndez Editores. 104,105 p.
9. Ledezma Pérez María del Carmen, Introducción a la Enfermería . 8ª Reimpresión ed. 1983 Ed. Limusa S.A. 43,77,87 p.
10. Segatore Luigi, Gianangelo Poly, Diccionario Médico. 3ª Reimpresión, ed. 1984 Ed Talde, S.A. 105 p.

11. Shohis Brunner Lilian, Doris Smith. Suddarth, Manual de la Enfermera. 3^a ed. 1991, Ed. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1 p.

12. T. Nordmark Madelyn, Anne W. Rohweder, Bases Científica de la Enfermería. 2^a ed. 1993, Ed. La Prensa Medica Mexicana S.A. De C.V. 86, 93, 95, 96. 97, 216 p.

13. Wolf Fuesrt, Principios Fundamentales de Enfermería ,12^a ed. La prensa Medica Mexicana 111 p.