



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA EVITAR COMPLICACIONES Y
SECUELAS EN EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO NEONATAL

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:
BARQUIN JIMENEZ ARIANA MISHEL


MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, BARQUIN JIMENEZ ARIANA MISHEL, con C.I. 0706245818, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA EVITAR COMPLICACIONES Y SECUELAS EN EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO NEONATAL

- Declaro bajo juramento que el trabajo aqui descrito es de mi autoria; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.
- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.
 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

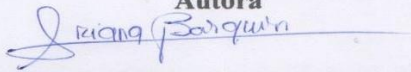
Machala, 31 de diciembre de 2015



BARQUIN JIMENEZ ARIANA
MISHEL C.I.
0706245818

FRONTISPICIO

Autora



ARIANA MISHEL BARQUIN JIMENEZ

07062451818

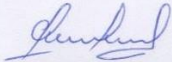
C.I.

Dirección: Urseza 2 Sector 1, El Oro

Teléfono: 0981192918

e-mail: mishi_nita15@hotmail.com

COMITÉ EVALUADOR



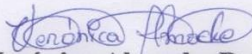
Lic. Gladis Mora Veintimilla

C.I. 0702547316



Lic. Elida Reyes Rueda

C.I. 0705085835



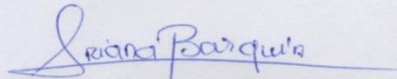
Lic. Verónica Almache Delgado

C.I. 0704479534

CERTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, ARIANA MISHEL BARQUIN JIMENE, autora del siguiente trabajo de titulación:
**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA EVITAR COMPLICACIONES Y
SECUELAS EN EL SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIO NEONATAL.**

. Declaro que la investigación, ideas, conceptos, procedimientos y resultados obtenidos en el siguiente trabajo son de mi absoluta responsabilidad.



ARIANA MISHEL BARQUIN JIMENEZ
C.I.: 0706245818

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante dentro de mi desarrollo personal como profesional, por los triunfos y momentos de dificultad que me han enseñado a valorarlo más. A mis padres por ser el pilar fundamental para poder lograr mis metas propuestas, por ser constantes, y demostrarme su cariño para no decaer. A mi esposo por formar parte de mi vida en estos momentos y por siempre brindarme su apoyo incondicional. A mi hermana con la cual he compartido bellos momentos y a todos los que hicieron posible que logre mi objetivo para llegar a la meta deseada.

ARIANA MISHIEL BARQUÍN JIMÉNEZ

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Universidad por haberme abierto sus puertas y permitido formarme en ella. Gracias a las autoridades de la Unidad Académica que diariamente luchan por formar profesionales de calidad. Agradezco a cada uno de los maestros los cuales también hicieron posible que pueda cumplir mi anhelo como profesional y así poder servir a la ciudadanía.

ARIANA MISHIEL BARQUÍN JIMÉNEZ

RESUMEN

El gran impacto que posee esta patología como lo es el Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal y las complicaciones que esta conlleva, ubicándose en primer lugar dentro de las causas de morbilidad y mortalidad además haciendo énfasis en que si se presentan estas complicaciones la mortalidad en el neonato puede ser prevenible de tal manera que todo el equipo de salud en el especial el equipo de personal de enfermería deberá de estar correctamente capacitado y especializado para brindar cuidados específicos a este tipo de pacientes y de esta manera mejorar notablemente los costos que causarían estas complicaciones tanto para el estado como para los procreadores de estos seres y así se mejoraría la situación económica y de salud de esta población.

Actualmente, debido al desarrollo de las medidas diagnósticas y de la medicina perinatal pueden diagnosticarse muchas complicaciones fetales. Esto hace que en algunos casos sea posible el tratamiento intrauterino con mejoría probada en el pronóstico neonatal, y en otras ocasiones con mejoría en la información a los padres para que puedan tomar las decisiones y actitudes que consideren oportunas.

El tratamiento y Proceso de Atención de Enfermería deberá de ser individualizado debido a que estas complicaciones se desarrollan por inmadurez pulmonar, neuronal entre otras que presenta el neonato, el personal de salud deberá contar con información sobre la implementación de las intervenciones probadamente eficaces para evitar la muerte neonatal y comprender mejor la capacidad actual de los sistemas sanitarios de nuestro país para brindar tratamiento oportuno y evitar desgracias, es por esto que este proceso es una herramienta valiosa la cual ayuda los recién nacidos a alcanzar su potencial máximo de salud.

INTRODUCCION

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN) es un trastorno en los recién nacidos prematuros (menos de 37 semanas de gestación), cuyos pulmones no están completamente maduros, constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido. ¹El proceso de atención de enfermería es un paso que se aplica de manera científica en la práctica asistencial destinados a mejorar la salud del mismo, por lo que significa un desafío para el cuidado integral de enfermería neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN), en la que el personal de enfermería y en general puedan evitar enfermedades nosocomiales, y causar mayor complicación en el neonato

En Ecuador, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país, y de ese total, entre el 13% y 15% fueron prematuros, Los neonatos con menos de 32 semanas aportan la mayoría de la mortalidad y morbilidad neonatal.²La incidencia de Síndrome De Dificultad Respiratoria Neonatal es variable. Según el estudio de la Red Neocosur del año 2010, que incluyó 5991 recién nacidos vivos menores de 1500 gramos, de 20 unidades de neonatología, la incidencia de SDR es de 74% .³

El índice de mortalidad global actual en los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria alcanza un 27% sensiblemente más elevado que en los países desarrollados, o cual plantea un gran desafío para el futuro.⁴

Estetrabajoinvestigativo es determinar el Proceso de Atención de Enfermería en complicaciones y secuelas en el Síndrome De Dificultad Respiratoria Neonatal, mediante la revisión bibliográfica y análisis de datos, para mejorar la condición de salud en estos pacientes.

DESARROLLO

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Generalidades

La patología respiratoria constituye la causa más frecuente de mortalidad neonatal por lo general aquellos que poseen un peso al nacer menor de 2.5 kg.

Esto puede provocar una serie de cambios que pueden producirse en el momento del nacimiento, cuando se realiza el intercambio de gases que va desde la placenta hasta los pulmones, y debido a esto se considera como uno de los mayores problemas de salud en estos pacientes.⁵

Definición

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es una patología respiratoria aguda que afecta de manera exclusiva a los recién nacidos pre término (RNP).⁶

La inmadurez del pulmón en estos pacientes no solo se debe a la escasa cantidad de surfactante pulmonar, sino que también depende de la morfología y función del mismo, El pulmón con escasa cantidad de surfactante es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado⁶

Incidencia

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas de gestación. Siendo el 50% entre las 26 y 28 semanas de gestación. La incidencia es mayor en varones, puede haber el caso de que se llegue a presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico.⁷

Causas

La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia importante denominada surfactante pulmonar, la misma que ayuda al intercambio gaseoso, y de esta manera impide que los alveolos colapsen. Este síndrome también puede ser resultado de diversos problemas genéticos dentro de la madre, mientras más prematuro sea un bebé al nacer, más complicaciones tendrá fuera de la vida uterina⁶

Etiología

- Falta de surfactante pulmonar.
- Edad gestacional inadecuada⁸.

Síntomas

Los síntomas aparecen inmediatamente luego del nacimiento del recién nacido

Los síntomas pueden abarcar:

- (cianosis).
- Cambios bruscos de temperatura por prematuridad
- (apnea)
- (oliguria)
- Disnea.
- Taquipnea.
- Dificultad respiratoria.
- Retracción xifoidea
- Tiraje intercostal. ⁶

Antecedentes

- Hijo de madre diabética.
- Asfixia perinatal

- Hemorragia materna
- Varón
- Estrés
- Segundo gemelar.⁹

Tratamiento Preventivo

- Administración de surfactante pulmonar a embarazadas con riesgo de presentar parto prematuro.
- Surge mayor efecto cuando se aplica entre 24 horas a 7 días del tratamiento e inicio del parto.
- Solo se administrara este tratamiento a gestantes cuyos productos estén entre 24 a 34 semanas de gestación y trabajo de parto en curso < 32 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas.
- Dosis: Betametasona 12 mg IM c/24 horas por 2 días
- Dexametasona 6mg IM c/12 horas por 4 dosis.⁸

En sala de parto

- Monitorizar saturación de oxígeno
- Iniciar CPAP precoz y mantenerla hasta llegar a unidad de cuidados intensivos neonatales.⁸

Medidas generales.

- Mantener al recién nacido en incubadora, para evitar pérdidas de calor y mantener buena oxigenación para evitar progresión de acidosis.¹⁰

Oxigenoterapia

- Es dañino en pacientes menores de 32 semanas de gestación y en aquellos que poseen un peso menor de 1.500gr.⁸

Fases de la oxigenoterapia.

FASE I: Cánula nasal, casco cefálico

Su uso es exclusivo para requerimientos de oxígeno en nacidos mayores de 1.500 gramos.⁸

FASE II: Presión continua positiva de las vías respiratorias

Aplicada en recién nacidos menores de 1.500 gramos.⁸

FASE III: Ventilación mecánica

Situaciones clínicas de origen pulmonar que no mejoran tras la administración de oxígeno.⁸

Uso de surfactante

- Se administrara al nacer dentro de la primera hora de vida.
- Edad gestacional menores de 26 semanas de gestación y mayores de 28 semanas de gestación.
- Ausencia de malformaciones congénitas mayores.¹¹

Complicaciones.

POSIBLES COMPLICACIONES.

- neumotórax
- neumomediastino
- neumopericardio⁶

Por lo tanto esta patología como lo es el síndrome de Dificultad Respiratorio Neonatal, trae como consecuencia secuelas pulmonares, neurológicas y oculares si no es tratado en el tiempo debido.

Patrones funcionales de acuerdo al modelo de Maryuri Gordon.

Los patrones funcionales constituyen a la salud, calidad de vida, y al logro de su potencial humano. La utilización de estos patrones funcionales nos permite realizar una valoración enfermera sistemática, organizada y premeditada y nos facilita realizar un análisis y así realizar una correcta valoración.

Los 11 patrones funcionales son los siguientes :

- Patrón 1: Percepción manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4 Actividad ejercicio.
- Patrón 5: Sueño descanso.
- Patrón 6: Cognitivo perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción auto concepto.
- Patrón 8: Rol relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad reproducción.
- Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores y creencias.¹²

Patrones funcionales alterados dentro del Síndrome De Dificultad Respiratoria Neonatal y sus complicaciones y secuelas.

- Patrón 1: Percepción manejo de la salud
- Patrón 2: Nutricional metabólico.
- Patrón 4: Actividad ejercicio.
- Patrón 6: Cognitivo perceptual.
- Patrón 8: Rol relaciones

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATOS. (PAE)

Está orientada a la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia científica, mediante el cual se evidenciara las necesidades específicas y así mismo las intervenciones específicas, y de esta manera favoreceremos a la efectividad seguridad y calidad de la atención del equipo de salud contribuyendo al bienestar del paciente.

Etapas del proceso de atención de enfermería.

Valoración: Recogida y organización de los datos, en la que concierne la persona, familia y entorno

Diagnóstico: es un Juicio clínico o conclusión que se la realiza de acuerdo al resultado de la valoración de enfermería

Planificación: Desarrollar estrategias para minimizar y así corregir los problemas de salud de la comunidad o individuo.

Ejecución. Poner en práctica lo programado para mejorar la salud del paciente.

Evaluación: Determinar si se ha logrado conseguido los objetivos establecidos.¹³

Actividades de enfermería

- Identificar las necesidades prioritarias del recién nacido prematuro.
- Mantener una adecuada temperatura corporal y oxigenación.
- Intervenciones adecuadas para controlar el dolor y favorecer un adecuado neurodesarrollo del recién nacido.
- Favorecer una adecuada hidratación, nutrición, protección de la seguridad en el recién nacido.
- Prevenir infecciones.
- Realizar intervenciones que permitan mejorar el vínculo madre/padre/ hijo, a través de recomendaciones dirigidas a la educación de los padres de los recién nacidos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEACUERDO A LA NANDA NIC-NOC:¹⁴

Cuadro de relación de problemas. (Valoración de acuerdo a signos y síntomas)	Cianosis
	Termorregulación
	Apnea
	Oliguria
	Sibilancias
	Aleteo nasal
	Disnea
	Taquipnea
	Retracción xifoidea
	Tiraje intercostal

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(<i>NANDA</i>)		CLASIFICACION DE RESULTAFOS DE ENFERMERIA (<i>NOC</i>)		
DOMINIO 4	ACTIVIDAD REPOSO	DOMINIO	CLASE	RESULTADO
CLASE 4	RESPUESTAS CARDIOVASCULARES PULMONARES	SALUD FISIOLÓGICA II	CARDIOPULMONAR (E)	ESTADO RESPIRATORIO
PATRON 4	ACTIVIDAD EJERCICIO			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON IMADUREZ NEUROLOGICA, MANIFESTADO POR ALETRACIONES EN LA RESPIRACION (DISNEA Y TAQUIPNEA)				
CLASIFICACION DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (<i>NIC</i>)				
CAMPO: CAMPO FISIOLÓGICO COMPLEJO 2		CLASE : CONTROL RESPIRATORIO (K)		
INTERVENCIONES: REGULACION DE LA TEMPERATURA				
ACTIVIDADES:				
INTERVENCION: OXIGENOTERAPIA		FUNDAMENTACION CIENTIFICA		
MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LAS VIAS AEREAS		MEJORA LA RESPIRACIÓN Y EVITAR DEPRESIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
PREPARAR EL EQUIPO DE OXIGENO Y ADMINISTRARLO MEDIANTE UN SISTEMA CALEFACTADO Y HUMIDIFICADO.		PREPARAR EL EQUIPO PARA EVITAR ESTAR EN AJETREOS EN EL MOMENTO DE ACTUAR Y ADMINISTRARLO MEDIANTE UN SISTEMA CALEFACTADO PARA EVITAR LASERACIONES EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS		
ADMINISTRAR OXIGENO SUPLEMENTARIO DEACUERDO A INDICACIONES MEDICAS		ADMINISTRAR OXÍGENOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE		
VIGILAR EL FUJO DE LITRO DE OXIGENO		PUEDE PROVOCAR TOXICIDAD		
OBSERVAR SI HAY SIGNOS DE TOXICIDAD POR EL OXIGENO Y AVISAR AL MEDICO		PUEDE PROVOCAR DAÑO TISULAR , DAÑO DEL HÍGADO , DAÑO DEL RIÑÓN		
INTERVENCION: MONITORIZACION RESPIRATORIA				
VIGILAR LA FRECUENCIA, RITMO, PROFUNDIDAD, Y ESFUERZO DE LAS RESPIRACIONES		DE ESTA MANERA VEREMOS LA EVOLUCION DEL PACIENTE EN QUE CONDICIONES SE ENCUENTRA		
ANOTAR EL MOVIMIENTO TORAXICO, LA SIMETRIA, UTILIZACION DE LOS MUSCULOS ACCESORIOS, LOS MUSCULOS INTERCOSTALES Y SUPRACOSTALES.		DEVIDO A QUE PUEDE HABER OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS		
AUSCULTAR LOS SONIDOS RESPIRATORIOS.				
OBSERVAR SI HAY DISNEA O SUCESOS QUE MEJORAN O EMPORAN LA RESPIRACION		PARA AYUDAR A LA ELIMINACION DE SECRECIONES QUE OBSTRUYEN LA VIA AEREA		
INSTAURAR TRATAMIENTOS DE TERAPIAS RESPIRATORIAS SEGÚN PRESCRIPCION MEDICA				
EVALUACION.				
PACIENTE DURANTE EL TURNO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ESTABLES RECIBIENDO CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y ATENCIÓN ADECUADA				

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA(<i>NANDA</i>)		CLASIFICACION DE RESULTAFOS DE ENFERMERIA (<i>NOC</i>)		
DOMINIO 11	SEGURIDAD Y PROTECCION	DOMINIO	CLASE	RESULTADO
CLASE 6	TERMORREGULACION	SALUD FISIOLÓGICA II	REGULACION METABOLICA I	TERMORREGULACION EN EL RECIEN NACIDO
PATRON 2	NUTRICIONAL METABOLICO			
TERMORREGULACION INEFICAZ RELACIONADO CON INMADUREZ MANIFESTADO POR HIPOTERMIA				
CLASIFICACION DE LA INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (<i>NIC</i>)				
CAMPO: CAMPO FISIOLÓGICO COMPLEJO 2			CLASE : TERMORREGULACIÓN (M)	
INTERVENCIONES: REGULACION DE LA TEMPERATURA				
ACTIVIDADES: REGULACION DE LA TEMPERATURA (3900)		FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA		
CONTROLAR LA TEMPERATURA ALMENOS CADA 2 HS VIGILAR LA TEMPERATURA DEL RECIEN NACIDO HASTA QUE SE ESTABILIZE		PORQUE TIENE LA CAPACIDAD PARA PERDER CALOR MAS RÁPIDO DE ACUERDO A AL EDAD GESTACIONAL Y EL PESO.		
OBSERVAR Y REGISTRA SI HAY SINTOMAS DE HIPOTERMIA O HIPERTERMIA		SI PUEDE PRODUCIR QUEJIDO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, APNEA, DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ENTRE OTRAS, SI HAY HIPERTERMIA SE PUEDE PRODUCIR POLIPNEA Y AUMENTO DE LA EVAPORACIÓN ASÍ COMO HEMORRAGIA INTRACRANEANA SON MUY RAROS ESTOS CASOS		
PONER UNA GORRITA PARA EVITAR LA PERDIDA DEL CALOR EN EL RECIEN NACIDO		PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE CALOR		
COLOCAR AL RN EN INCUBADORA SI PROCEDE		MEJORA LAS CONDICIONES DE CUALQUIER RECIÉN NACIDO ENFERMO.		
EVALUACION				
PACIENTE PERMANECE EN CUNA DE CALOR RADIANTE CON SUS SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN NINGUNA NOVEDAD.				

CIERRE

Se determinó que el Proceso de Atención de Enfermería es un proceso organizado sistemático, predeterminado e individualizado, en que el personal de enfermería debe estar altamente capacitado y calificado para evitar complicaciones y secuelas en el neonato en especial en recién nacidos prematuros siendo estos la más alta incidencia en relación al Síndrome De Dificultad Respiratorio y así mejorar el estado de salud de estos pacientes.

El Proceso de Atención de Enfermería está orientada a la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia científica, mediante el cual se valoran las necesidades específicas y así se priorizan las intervenciones, y de esta manera favoreceremos a la efectividad seguridad y calidad de la atención del equipo de salud contribuyendo al bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFIA

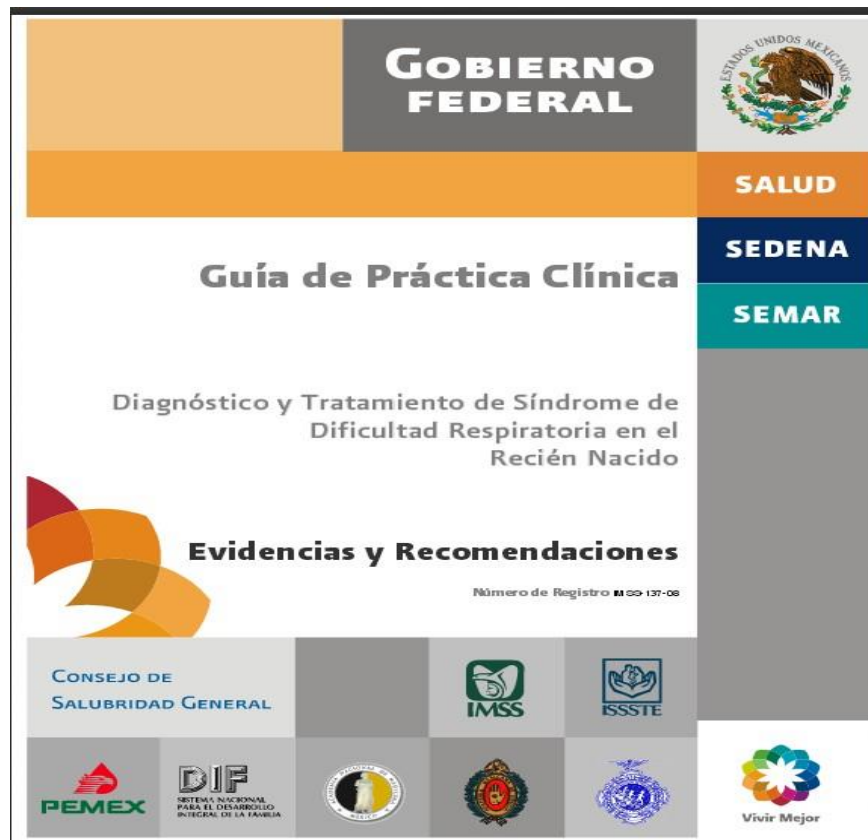
1. F, Dominguez. *Evidencias Y Recomendaciones*. La Habana; 2010.
2. Barranco f, Basco J, Merida A, Muñoz MA, Jareño A (eds). *Principios De Urgencias, Emergencias Y Cuidados Críticos*. Andalucía; 2012.
3. Quiroga A, (ed). *Cuidados Del Recien Nacido Con Síndrome De Dificultad Respiratoria. Cuidados De Enfermería*; 2010.
4. Dra. Elisa F, Dr. José L. Tapia B, Dra. Rocío F, Dr. Aldo B. *Impact_Of_Respiratory_Distress_Syndrome_In_Very_Low_Birth_Weight_Infants_a_multicenter_South-American_study* .<http://www.researchgate.net/publication/49658926> (Ultimo acceso 03 de octubre del 2015).
5. Informe 2 En Formato. *Irene Y Vanessa. Caso Neonato.Docx*.
6. Cap 2 *Gaby Areopaja.Docx*
7. L Morejón *Tesis P53 final draft.docx*
8. Dra. Francesca S, Jovanka P. *Síndrome Apneico En El Recién Nacido Prematuro*; 2013.
9. Msc. Frank W, Yureisy C, Gretel G, Yamile B. *Factores De Riesgo En El Síndrome De Dificultad De Origen Pulmonar En El Recién Nacido*. 2007. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>. (Ultimo acceso el 03 de octubre del 2015).
10. DRA. Mafalda P. *Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido*; 2008. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>. (Ultimo acceso el 03 de octubre del 2015).
11. Biblioteca Virtual de la OMS. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20472939>. (Ultimo acceso el 03 de octubre del 2015)
12. Observatorio De Metodología De Enfermería .*Patrones Funcionales De Marjory Gordon*: entrada en vigor el 28 de junio del 2013. http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391. (ultimo acceso el 3 de octubre del 215)
13. *Esquema del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E)*; 2013 http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_pae. (ultimo acceso 1 de octubre del 2015).

14. T.HeatherHerdman. PhD, RN. *Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros, Resultados De Enfermería, Clasificación De Intervenciones De Enfermería*; 2012-2014

ANEXOS

Guía Clínica. Bibliografía¹

1. F, Dominguez. *Evidencias Y Recomendaciones*. La Habana; 2010.



3.3 DEFINICIÓN

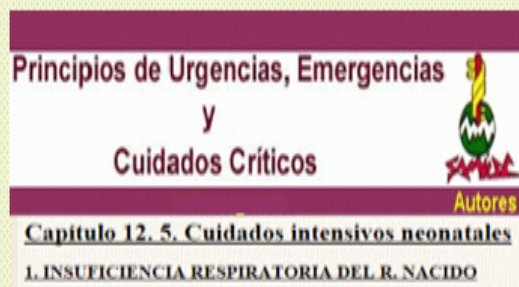
El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso. Se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.

Revista Científica. Bibliografía²

Barranco f, Basco J, Merida A, Muñoz MA, Jareño A (eds). *Principios De Urgencias, Emergencias Y Cuidados Críticos*. Andalucía; 2012.



Prólogo de la Edición Impresa



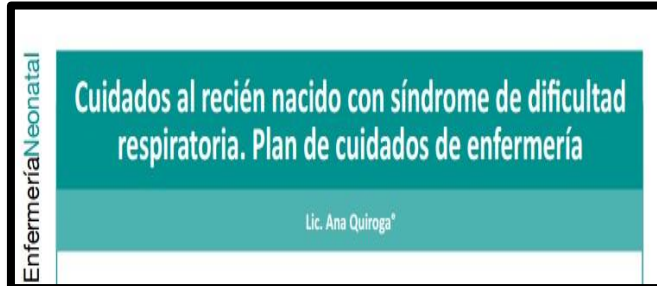
La neonatología es, sin duda, una de las áreas en que la Medicina está experimentando un mayor desarrollo, que ha cambiado el concepto de los antiguos hospitales infantiles y Casas-cuna por el de las modernas unidades de neonatología, en las que se aplica una Medicina científica integral desde el momento del parto, e incluso anteparto, hasta el final del primer mes de vida. Esto se ha traducido en un vertiginoso descenso en el límite de viabilidad de los recién nacidos pre término y de la mortalidad perinatal en general, todo ello con una mejor calidad de vida de los supervivientes.

En Ecuador, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país, y de ese total, entre el 13% y 15% fueron prematuros. Los neonatos con menos de 32 semanas aportan la mayoría de la mortalidad y morbilidad neonatal.

En todo ello ha jugado un papel primordial el desarrollo de los Cuidados Intensivos Neonatales, que comienzan con la reanimación en la sala de partos e incluyen las más sofisticadas técnicas de asistencia intensiva, en una época de la vida especialmente difícil, caracterizada por el paso de la dependencia materna a la autosuficiencia relativa.

Artículo De Enfermería Bibliografía³

Quiroga A, (ed). *Cuidados Del Recien Nacido Con Síndrome De Dificultad Respiratoria. Cuidados De Enfermería; 2010.*



Incidencia

La incidencia es variable. Según el estudio de la Red Neocor-sur del año 2010, que incluyó 5991 recién nacidos vivos menores de 1500 gramos, de 20 unidades de neonatología, la incidencia de SDR es de 74% con una EG media de 29,1 semanas y un peso medio de 1100 g. Según las distintas publicaciones la incidencia de esta patología ocurre en el 10% del total de prematuros y en un 50% en los prematuros entre 26 y 28 semanas de edad gestacional.

El principal factor de riesgo para SDR fue la menor edad ges-

néticos como etnia blanca, historia de SDR en hijos previos y sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante.

El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a la proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal.

Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la as-

Revista Electrónica Bibliografía ⁴

Dra. Elisa F, Dr. José L. Tapia B, Dra. Rocío F, Dr. Aldo B. *Impacto Del Síndrome De Dificultad Respiratoria En Recién Nacidos De Muy Bajo Peso De Nacimiento: Estudio Multicéntrico Sudamericano*; 2010

[Archivos argentinos de pediatría](#)

versión impresa ISSN 0325-0075

Arch. argent. pediatr. vol.108 no.5 Buenos Aires sept./oct. 2010

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sudamericano

Impact of respiratory distress syndrome in very low birth weight infants: a multicenter South-American study

Dra. Elisa Fehlmann^a, Dr. José L. Tapia^b, Dra. Rocío Fernández^c,
Dr. Aldo Bancalari^d, Dr. Jorge Fabres^b, Dra. Ivonne D'Apremont^b,
M. Sc. María J. García-Zattera^e, Dr. Carlos Grandi^f, Dr. José M.
Ceriani Cernadas^g y Grupo Colaborativo Neocosur

La supervivencia de este grupo ha aumentado universalmente, en especial en los últimos 20 años, debido a múltiples acciones perinatales y a una notable mejoría de la atención en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Sin embargo, las tasas de mortalidad difieren marcadamente dentro de un país y entre los países. En las UCIN de la Red Neocosur, la mortalidad global actual en los RNMBPN alcanza un 27%, ^{5,6} porcentaje sensiblemente más elevado que en los países desarrollados, que presentan cifras del 15-18%, ^{7,9} lo cual plantea un gran desafío a futuro.

Dificultad respiratoria en el recién nacido

COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO *pág. 67*

RODRÍGUEZ
ELORZA
atología.
tario La Paz.
Pediatría.
noma
id. España.

Etiología y diagnóstico

La patología respiratoria constituye la causa más frecuente de morbilidad en el período neonatal, y puede afectar al 2-3% de los recién nacidos y hasta el 20% de los que tienen un peso al nacer menor de 2,5 kg^{1,2}. El grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos (RN) pretérmino, y los rápidos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento, cuando el recambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, son, junto con malformaciones e infecciones, los factores fundamentales que explican esta alta incidencia.

En el momento actual, debido a los constantes avances en el diagnóstico, en el control y en el tratamiento fetal, y también al conocimiento

cianosis (o necesidad de oxígeno suplementario para evitarla) y alteraciones en la auscultación pulmonar, que son expresiones de la situación fisiopatológica y de los intentos de adaptación a la misma por parte del paciente. Permiten valorar la gravedad del cuadro más que la etiología, para la que suele ser necesario realizar una completa anamnesis y pruebas complementarias, especialmente radiografía de tórax.

La taquipnea, con frecuencia respiratoria superior a 60 y en ocasiones a 90-100 respiraciones/min, es característica de estos cuadros. Cuando se acompaña de retracciones subcostales y/o intercostales intensas que indican un trabajo respiratorio aumentado y de pequeñas pausas intercaladas para "descansar", se debe

La patología respiratoria es la mayor causa de morbilidad en el período neonatal, afectando al 2-3% de los recién nacidos y hasta el 20% de los que tienen un peso al nacer menor de 2,5 kg^{1,2}. El grado de desarrollo anatómico y fisiológico del sistema respiratorio, especialmente en los recién nacidos (RN) pretérmino, y los rápidos cambios que deben producirse en el momento del nacimiento, cuando el recambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, son, junto con malformaciones e infecciones, los factores fundamentales que explican esta alta incidencia. En el momento actual, debido a los constantes avances en el diagnóstico, en el control y en el tratamiento fetal, y también al conocimiento

Artículo web. Bibliografía⁶
Cap 2 Gaby Areopaja.Docx.ClinicaDam

CLINICA DAM

Síndrome de dificultad respiratoria neonatal

Un diagnóstico a tiempo puede salvar tu vida

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Síndrome de dificultad respiratoria neonatal, enfermedad de la membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria neonatal se observa con mayor frecuencia en bebés prematuros.

**Cheque
Ginecol**

La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora, llamada surfactante o agente tensioactivo, que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen.

Esta sustancia normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados.

Este síndrome también puede ser el resultado de problemas genéticos con el desarrollo pulmonar.

Cuanto más prematuro sea un bebé al nacer, menos desarrollados estarán sus pulmones y mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

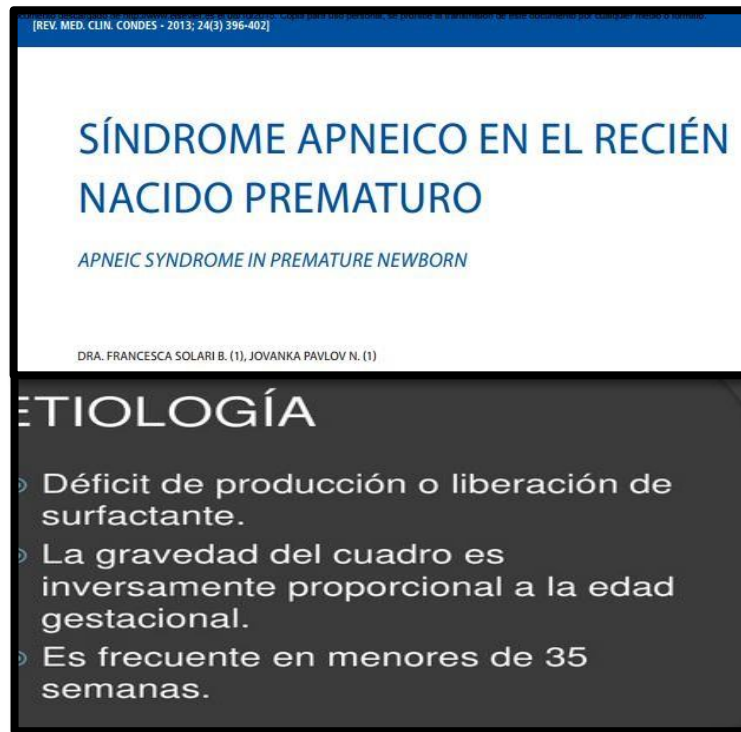
Artículo web. Bibliografía ⁷

.LMorejón Tesis P53 final draft.docx

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.

Artículo de revista. Bibliografía⁸

Dra. Francesca S, Jovanka P. *Síndrome Apneico En El Recién Nacido Prematuro*; 2013.



Artículo web. Bibliografía 6

Clínica Dam. *Síndrome De Dificultad Respiratorio Neonatal*.5 de septiembre del 2011.

<https://www.clinicadam.com/salud/5/001563.html>. (Ultimo acceso 3 de octubre del 2015)

SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Los síntomas normalmente aparecen en cuestión de minutos después del nacimiento, aunque es posible que no se observen durante varias horas. Los síntomas pueden abarcar:

- Color azulado de la piel y membranas mucosas (cianosis).
- Detención breve de la respiración (apnea).
- Disminución de la diuresis.
- Ronquidos.
- Aleteo nasal.
- Respiración rápida.
- Respiración poco profunda.
- Dificultad para respirar y sonidos roncós mientras respira.
- Movimiento respiratorio inusual: retracción de los músculos del tórax con la respiración.

Revista científica. Bibliografía 9.

Msc.Frank W, Yureisy C, Gretel G, Yamile B. *Factores De Riesgo En El Síndrome De Dificultad De Origen Pulmonar En El Recién Nacido*.2007. <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>. (Ultimo acceso el 03 de octubre del 2015).

SciELO [sumario](#) [anterior](#) [próximo](#) [autor](#) [materia](#) [búsqueda](#)

Revista Cubana de Enfermería
versión On-line ISSN 1561-2961

Rev Cubana Enfermer v.23 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2007

Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido

[MsC. Frank Wenceslao Castro López,1 Lic. Yureisy Labarrere Cruz,2 Lic. Gretel González Hernández3 y Dra. Yamilé Barrios Rentería4](#)

La taquipnea, retracción y quejido se consideran pilares diagnósticos del SDR aunque algunos de ellos se encuentran transitoriamente en los RN normales. Existen factores predisponentes que se relacionan con la aparición del SDR como son: prematuridad, nacimiento por cesárea, hijo de madre diabética, hemorragia aguda anteparto y segundo gemelo, que en general tienen en común la posibilidad de producir asfixia.⁶

Artículo de Revista Bibliografía ⁸

8.Dra. Francesca S, Jovanka P. *Síndrome Apneico En El Recién Nacido Prematuro*; 2013.

[REV. MED. CLIN. CONDES - 2013; 24(3) 396-402]

SÍNDROME APNEICO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

APNEIC SYNDROME IN PREMATURE NEWBORN

DRA. FRANCESCA SOLARI B. (1), JOVANKA PAVLOV N. (1)

PREVENTIVO

Administración de surfactante a embarazadas con riesgo de parto prematuro. Mayor efecto al aplicar entre 24h-7 días entre el inicio del tratamiento e inicio del parto.

Solo se administrará a gestantes cuyos productos:

- Estén entre 24-34ss y trabajo de parto en curso
- <32ss con RPM y ausencia de corioamnionitis

Dosis

- Betametasona 12mg IM c/24h por 2 dosis
- Dexametasona 6mg IM c/12h x 04 dosis

EN SALA DE PARTO

Monitorizar la Sat O₂.

Iniciar CPAP precoz y mantenerla hasta UCIN

Artículo de Revista Bibliografía ⁸

8.Dra. Francesca S, Jovanka P. *Síndrome Apneico En El Recién Nacido Prematuro*; 2013

MEDIDAS GENERALES

- › Mantener al RN en una incubadora, para evitar las pérdidas mayores de calor y mantener buena oxigenación para evitar progresión de acidosis.
- › Nutrición parenteral e Hidratación(60cc/kg/día)
- › Hb<11g/dL→ Transfusión de paquete globular 20cc/Kg en 2h.
- › Tratamiento antibiótico

OXIGENOTERAPIA

- › Es dañino en menores de 32ss y <1.500gr

FASE I: CANULA NASAL, CASCO GEFÁLICO:

Mantener la PaO₂ entre 50-70 mmHg

Su uso se aplica para requerimientos de oxígeno menores de 0,4 de Fio₂

En recién nacidos mayores de 1500 gr

FASE II: PRESIÓN CONTINUA POSITIVA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

En RN menores de 1500 gr que requieren una Fio₂ mayor 0,4

Mantener una presión de agua entre 4-6 cm H₂O (hasta 8 cmH₂O)

FASE III: VENTILACIÓN MECÁNICA CONVENCIONAL Y ALTA FRECUENCIA

Fracaso de CPAP para mantener una PaCO₂ mayor de 50 mmHg con una Fio₂ mayor de 0.6 y presión de agua de 6-8 cmH₂O

Acidosis respiratoria con PaCO₂ mayor de 55-60 mmHg y se acompaña de un PH menos de 7.2

Gravedad clínica rápida y progresiva

RN con peso menos a 1000gr con cuadro clínico compatible

Revista Científica Electrónica. Bibliografía ¹⁰

DRA. Mafalda P. *Síndrome De Dificultad Respiratoria Del Recién Nacido*; 2008.
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art03.pdf>. (Ultimo acceso el 03 de octubre del 2015).



[Revista chilena de pediatría](#)

versión impresa ISSN 0370-4106

Rev. chil. pediatr. v.44 n.6 Santiago dic. 1973

<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061973000600003>

531-539

Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido

DRA. MAFALDA RIZZARDINI P.

Palabras Claves: Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

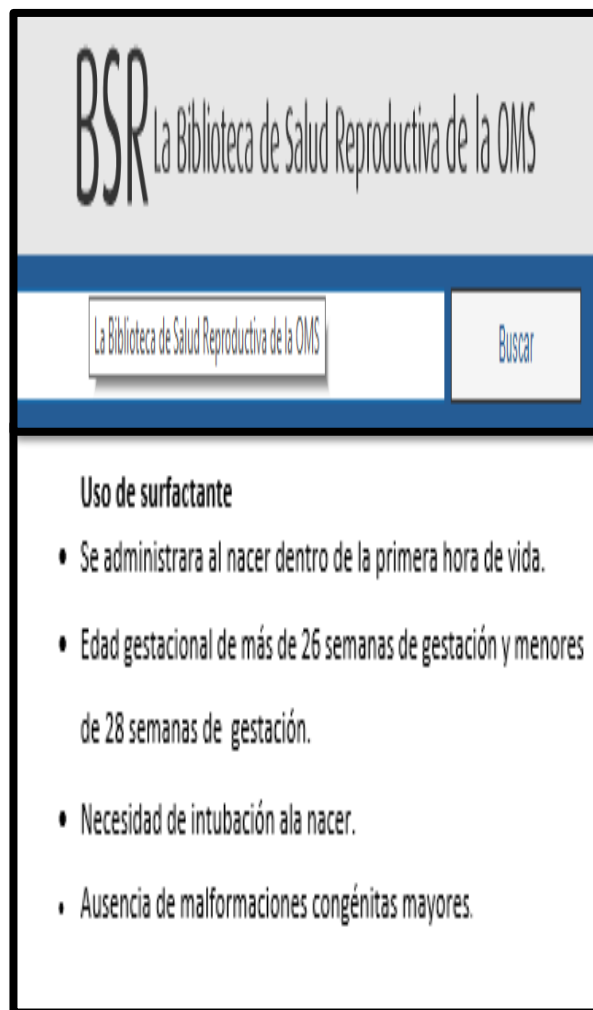
Keywords: neonatal respiratory distress syndrome.

Medidas generales.

- Mantener al recién nacido en incubadora, para evitar las pérdidas mayores de calor y mantener buena oxigenación para evitar progresión de acidosis
- Nutrición parenteral e hidratación (60cc/kg día)
- Hemoglobina <11g/dL transfusión de paquete globular 20cc/kg en 2 horas

Biblioteca Virtual. Bibliografía ¹¹

Biblioteca Virtual de la OMS. *Study Group of the Eunice Kennedy Shriver NICHD Neonatal Research Network. Early CPAP versus Surfactant in Extremely Preterm Infants.* New England Journal of Medicine; 2010.



BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS

La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS

Uso de surfactante

- Se administrara al nacer dentro de la primera hora de vida.
- Edad gestacional de más de 26 semanas de gestación y menores de 28 semanas de gestación.
- Necesidad de intubación ala nacer.
- Ausencia de malformaciones congénitas mayores.

Artículo web. Bibliografía⁶

Clínica Dam. *Síndrome De Dificultad Respiratorio Neonatal*. 5 de septiembre del 2011.

<https://www.clinicadam.com/salud/5/001563.html>. (Ultimo acceso 3 de octubre del 2015)

POSIBLES COMPLICACIONES

Se puede acumular aire o gas en:

- El espacio que rodea los pulmones (neumotórax)
- El espacio en el tórax entre los dos pulmones (neumomediastino)
- El área entre el corazón y el delgado saco que lo rodea (neumopericardio)

Otras complicaciones pueden ser:

- Hemorragia intracerebral (hemorragia intraventricular en recién nacidos)
- Hemorragia intrapulmonar (algunas veces asociada con el uso de agentes tensioactivos)
- Coágulos de sangre debido a un catéter arterial umbilical
- Displasia broncopulmonar
- Retraso en el desarrollo mental y retardo mental asociado con sangrado o daño cerebral
- Retinopatía de la prematuridad y ceguera

Articuloweb.Bibliografía¹²

Observatorio De Metodología De Enfermería .*Patrones Funcionales De Marjory Gordon*: entrada en vigor el 28 de junio del 2013.http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=391.(ultimo acceso el 3 de octubre del 215)

The screenshot displays the website interface for the Observatorio de Metodología de enfermería. The header includes the site name and navigation links: OBSERVATORIO, ASESORAMIENTO, INFORMATIZACIÓN, > GRUPOS DE TRABAJO, NOTICIAS Y NOVEDADES, and ENLACES. A banner image shows a person in a white coat, with the logo 'F U D E N FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA' overlaid. Below the banner is a search bar labeled 'BUSCADOR' with a '+ info' button. The main content area is titled 'Patrones funcionales de Marjory Gordon' and includes a '< VOLVER' link. A sidebar on the left lists 'GRUPOS DE TRABAJO' with sub-items 'Grupos estables' and 'Talleres temporales'. The main text describes the 'TIPOLOGÍA DE LOS PATRONES FUNCIONALES. CENES' and lists ten functional patterns:

- Patrón 1: Percepción de la salud.
- Patrón 2: Nutricional - Metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad - Ejercicio.
- Patrón 5: Sueño - Descanso.
- Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.
- Patrón 8: Rol - Relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés.

At the bottom left, there is a 'FORMULARIO DE CONTACTO' link.

Artículo Virtual. Bibliografía .¹³
Esquema del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E); 2013

Esquema Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)

Anuncios Google ▶ Enfermería ▶ Aux de enfermería ▶ Que es enfermería ▶ PAE

Ha terminado. [Deshacer](#)

¿Qué ha ocurrido con este anuncio?

Repetitivo
 No me interesa
 Comprado

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

CONCEPTO	El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.
CARACTERÍSTICAS del P.A.E.	<ul style="list-style-type: none"> Tiene validez universal. Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales. Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional. Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara. Consta de cinco etapas cíclicas.
OBJETIVOS del P.A.E.	<ul style="list-style-type: none"> Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería. Imprimir a la profesión un carácter científico. Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada. Traza objetivos y actividades evaluables. Mantener una investigación constante sobre los cuidados. Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

ETAPAS del P.A.E.	RECOGIDA y SELECCION de DATOS (Valoración)	persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
	DIAGNÓSTICO de ENFERMERÍA	Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
	PLANIFICACIÓN	Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
	EJECUCIÓN ó INTERVENCIÓN	Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
	EVALUACIÓN	Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Manual De Diagnósticos Enfermeros NANDA NIC-NOC 2012.2014. ¹⁴

T.HeatherHerdman. PhD, RN. *Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros, Resultados De Enfermería, Clasificación De Intervenciones De Enfermería; 2012-2014*



2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO (Cont.)	
Cuidados que apoyan la regulación homeostática	
K Control respiratorio Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso	L Control de la piel/heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos
3160 Aspiración de las vías aéreas 3390 Ayuda a la ventilación 1872 Cuidados del drenaje torácico 4106 Cuidados del embolismo pulmonar N 3270 Desintubación endotraqueal 3310 Destete de la ventilación mecánica 3230 Fisioterapia respiratoria 3120 Intubación y estabilización de vías aéreas 1913 Manejo ácido-base: acidosis respiratoria G 1914 Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria G 6412 Manejo de la arafilada V 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 3140 Manejo de las vías aéreas 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales 3210 Manejo del asma 3250 Mejorar la voz 3350 Monitorización respiratoria 3320 Oxigenoterapia 3200 Precauciones para evitar la aspiración V	0630 Cuidados de la estomía B 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto J 3582 Cuidados de la piel: zona donante J 3660 Cuidados de las heridas 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras 3520 Cuidados de las úlceras por presión 3420 Cuidados del paciente amputado 3440 Cuidados del sitio de incisión 3680 Irrigación de heridas 3501 Manejo de presiones 3550 Manejo del prurito E 3480 Monitorización de las extremidades inferiores 3540 Prevención de úlceras por presión V 3620 Sutura 3460 Terapia con sanguijuelas 3590 Vigilancia de la piel

666 Termorregulación (0800)

Termorregulación (0800)

Dominio: Salud fisiológica (II) Destinatario de las curandas:
 Clase: Regulación metabólica (I) Fuente de datos:
 Escala(s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a) y Grave hasta Ninguna (n)

Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

Puntuación DIANA DEL RESULTADO:

	Mantener a _____		Aumentar a _____	
	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4
Termorregulación				
Puntuación global				

INDICADORES:

	Grave	Sustancial	Moderado	Leve
080009 Presencia de piel de gallina cuando hace frío	1	2	3	4
080010 Sudoración con el calor	1	2	3	4
080011 Tiritona con el frío	1	2	3	4
080017 Frecuencia cardíaca apical	1	2	3	4
080012 Frecuencia del pulso radial	1	2	3	4
080013 Frecuencia respiratoria	1	2	3	4
080015 Comodidad térmica referida	1	2	3	4
080001 Temperatura cutánea aumentada	1	2	3	4
080018 Disminución de la temperatura cutánea	1	2	3	4
080019 Hipertermia	1	2	3	4
080020 Hipotermia	1	2	3	4
080003 Cefalea	1	2	3	4
080004 Dolor muscular	1	2	3	4
080005 Irritabilidad	1	2	3	4
080006 Somnolencia	1	2	3	4
080007 Cambios de coloración cutánea	1	2	3	4
080008 Contractura muscular	1	2	3	4
080014 Deshidratación	1	2	3	4
080021 Calambres por calor	1	2	3	4
080022 Golpe de calor	1	2	3	4
080023 Congelación	1	2	3	4

1.ª edición 1997; Revisado 3.ª edición 2004; Revisado 4.ª edición

© M. J. Reilly, R. (2005). Physiologic

M Termorregulación

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

3790 Inducción de la hipotermia

3840 Precauciones en la hipertermia maligna U

3900 Regulación de la temperatura

3902 Regulación de la temperatura: intraoperatoria J

3780 Tratamiento de la exposición al calor

3740 Tratamiento de la fiebre

3800 Tratamiento de la hipotermia

Estado cardiopulmonar (0414)						
Definición: Salud fisiológica (H)			Destinatario de los cuidados:			
Clase: Cardiopulmonar (E)			Fuente de datos:			
Escala (L): Desviación grave del rango normal hasta 1m desviación del rango normal (0) y Grave hasta Ninguna (5)						
Puntuación diaria del resultado:						
Estado cardiopulmonar Puntuación global	Mantenerse		Aumentarse			
	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal	
	1	2	3	4	5	
INDICADORES:						
041401	Presión arterial sistólica	1	2	3	4	5
041402	Presión arterial diastólica	1	2	3	4	5
041403	Pulsos periféricos	1	2	3	4	5
041404	Frecuencia cardíaca apical	1	2	3	4	5
041405	Ritmo cardíaco	1	2	3	4	5
041406	Frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5
041407	Ritmo respiratorio	1	2	3	4	5
041408	Profundidad de la inspiración	1	2	3	4	5
041409	Expulsión de aire	1	2	3	4	5
041410	Eliminación urinaria	1	2	3	4	5
041411	Índice cardíaco	1	2	3	4	5
041412	Saturación de oxígeno	1	2	3	4	5
041413	Salida de esputo de la vía aérea	1	2	3	4	5
		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguna
041414	Intolerancia a la actividad	1	2	3	4	5
041415	Deterioro cognitivo	1	2	3	4	5
041416	Pálidez	1	2	3	4	5
041417	Cianosis	1	2	3	4	5
041418	Rubor	1	2	3	4	5
041419	Distensión de las venas del cuello	1	2	3	4	5
041420	Retracción torácica	1	2	3	4	5
041421	Respiración con los labios fruncidos	1	2	3	4	5
041422	Edema periférico	1	2	3	4	5
041423	Edema pulmonar	1	2	3	4	5
041424	Disnea en reposo	1	2	3	4	5
041425	Disnea de pequeños esfuerzos	1	2	3	4	5
041426	Fatiga	1	2	3	4	5
041427	Inquietud	1	2	3	4	5
041428	Somnolencia	1	2	3	4	5
041429	Aumento de peso	1	2	3	4	5
041430	Pérdida de peso	1	2	3	4	5
041431	Diaforesis	1	2	3	4	5

URKUND
kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec) ▼

Document: ARIANA BARQUIN.docx (D16099045)

Submitted: 2015-12-29 16:00 (-05:00)

Submitted by: kgarcia (kgarcia@utmachala.edu.ec)

Receiver: kgarcia.utmach@analysis.orkund.com

Message: TITULACION ARIANA BARQUIN [Show full message](#)

5% of this approx. 4 pages long document consists of text present in 4 sources.

List of sources

Rank	Path/Filename
1	ARIANA BARQUIN.docx
Alternative sources	
2	ESTUDIO DE CASO DE TITULACION.docx
3	cao 2 gaby areopaja.docx
4	INFORME 2 EN FORMATO IRENE Y VANESSA. CASO NEONATO.docx

0 Warnings
Reset
Export
Share

84%
Active
Urkund's archive: UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA / ARIANA BARQUIN.docx
84%

DESARROLLO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Generalidades La patologia respiratoria constituye la causa más frecuente de mortalidad

neonatal por lo general aquellos que poseen un peso al nacer menor de 2.5 kg. Esto puede provocar una serie de cambios que pueden producirse en el momento del nacimiento, cuando se realiza el intercambio de gases que va desde la placenta hasta los pulmones, y debido a esto se considera como uno de los mayores problemas de salud en estos pacientes. 5.1.2.2.1. 2.1.1.1.

Definición

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es una patologia respiratoria aguda que afecta de manera exclusiva a los recién nacidos pre termino (RNP).6 La inmadurez del pulmón

en estos pacientes no solo se debe

a la escasa cantidad de surfactante pulmonar, sino que también depende de

la morfología y función del mismo, El pulmón con escasa cantidad de surfactante es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado6 Incidencia

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores

DESARROLLO SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Generalidades La patologia respiratoria constituye la causa más frecuente de mortalidad

neonatal por lo general aquellos que poseen un peso al nacer menor de 2.5 kg. Esto puede provocar una serie de cambios que pueden producirse en el momento del nacimiento, cuando el intercambio gaseoso pasa de la placenta al pulmón, por lo que constituye uno de los mayores problemas de salud en estos pacientes. 5.1.2.2.1. 2.1.1.1.

Definición

El síndrome de dificultad respiratoria neonatal, es una patologia respiratoria aguda que afecta de manera exclusiva a los recién nacidos pre termino (RNP).6 La inmadurez del pulmón

en estos pacientes no solo se debe

a la escasa cantidad de surfactante pulmonar, sino que también depende de

la morfología y función del mismo, El pulmón con escasa cantidad de surfactante es incapaz de mantener un intercambio gaseoso adecuado6 Incidencia

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores

KATTY MACHADO.docx * Urkund Report - KAT...pdf * PROYECTO PRACTI...docx * ANA AREVALO.docx * Urkund Report - AN...pdf * [Mostrar todas las descargas...](#) X

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ARIANA BARQUIN.docx (D16899845)
Submitted: 2015-12-29 22:00:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 5 %

Sources included in the report:

cap 2 gaby areopaja.docx (D13124398)
LMorejon Tesis P53 final draft.docx (D12317490)
INFORME 2 EN FORMATO.IRENE Y VANESSA. CASO NEONATO.docx (D11969383)
RESUMEN EJECUTIVO.docx (D12439558)

Instances where selected sources appear:

8

Lic. Gladis Yoro Veintimilla
CI. 0702547316
dentuf

