



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

**Dimensión Práctica del Examen Complexivo previo a la obtención
del grado académico de Licenciada en Enfermería.**

TEMA:

Proceso de Atención de Enfermería en Neonato de 35 Semanas de
Gestación con Enterocolitis Necrosante

AUTOR:

KATHERINE GEOMARA MOREIRA RODRÍGUEZ

TUTORA:

LCDA. LIZETTE MARTIN ESTEVEZ

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TITULO DEL CASO CLINICO	IV
RESUMEN	V
INTRODUCCION	VII
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 ENTEROCOLITIS NECROSANTE	1
1.1.2 ANATOMIA	1
1.1.3 CAUSAS.....	2
1.1.4 SIGNOS Y SINTOMAS.....	2
1.1.5 DIAGNOSTICO	3
1.1.6 FACTORES DE RIESGO	4
1.1.7 TRATAMIENTO.....	5
1.1.8 EPIDEMIOLOGÍA	5
1.1.9 ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ENTEROCOLITIS NECROSANTE.....	6
1.2 JUSTIFICACION.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....	13
2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	13
2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA.....	13
2.1.2 ANTECEDENTES.....	15
2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis).....	16

2.3 EXAMEN FISICO	16
2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL	16
2.3.2 SIGNOS VITALES.....	17
2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS.....	17
2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON).....	17
2.3.5 PATRONES ALTERADOS.....	18
2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS	18
2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO	19
2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES	22
2.8 SEGUIMIENTO	22
2.9 OBSERVACIONES.....	23
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	25

DEDICATORIA

Inicio principalmente dedicando este trabajo de investigación a Dios por permitirme estar con vida y gozar de salud, segundo a mis padres Miriam Rodríguez y Freddy Moreira por formar parte de mi vida a lo largo de mi educación y crianza, a mis hermanos Walezka Mendoza y Bryan Moreira por su apoyo moral físico y económico en todo momento, cuando más los necesite, y por último y no menos importante, a mis 3 hijos Melanie Franco, Valerie Franco y Dylan Franco por estar a mi lado, ser parte importante en mi vida, comprensibles y brindarme su cariño incondicional, apoyándome en los momentos más cruciales por los que eh pasado, a lo largo de la vida universitaria.

MOREIRA RODRIGUEZ KATHERINE GEOMARA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que es el creador de los cielos y la tierra en todo momento, por siempre estar y no dejarme desfallecer, culminando las metas planteadas, y así ser un claro ejemplo para mis hijos de que la perseverancia y el sacrificio junto con el apoyo del todo soberano son la clave del éxito.

Agradezco a mis padres por ser pilar fundamental en el proceso educativo y formativo de mi carácter, por enseñarme que sin sacrificio y entrega no se llega a nada, porque el que persevera alcanza las metas deseadas.

A mis compañeros con los que compartí buenos momentos y experiencias dentro y fuera del ámbito estudiantil

A mis docentes quienes impartieron sus conocimientos en cada hora académica, así también con sus experiencias compartidas, a mi tutora en el proceso de titulación Lic. Lizette Martín por ser guía fundamental en cada fase de este proceso para la obtención de este título profesional.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por brindarme la apertura a esta noble institución con años de trayectoria en educación, en cada una de las aulas asignadas para forjar buenos profesionales de élite.

MOREIRA RODRIGUEZ KATHERINE GEOMARA

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO DE 35 SEMANAS DE GESTACIÓN CON ENTEROCOLITIS NECROSANTE

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación permite fomentar bases de conocimiento relacionados al caso clínico con el tema PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN NEONATO DE 35 SEMANAS DE FGESTACION CON ENTEROCOLITIS NECROZANTE. La información captada de este caso se suscitó en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 en la ciudad de Quito.

En el presente caso clínico se utilizó metodología de diagnóstico para acceder a la historia clínica del paciente, así como recolección de datos presuntivos, diferenciales, seguimiento y observaciones.

En el marco teórico se realiza la investigación pertinente sobre el origen y profilaxis dentro del área hospitalaria, en el neonato con enterocolitis Necrosante.

La enterocolitis Necrosante aparece en neonatos, principalmente en prematuros, la cual genera necrosis en ciertas partes del intestino por inflamaciones; se dice que sus causantes son desconocidos, sin embargo, se considera que las infecciones son factores concurrentes, así como la inadecuada preparación de la alimentación por fórmula. Se produce frecuentemente en áreas de cuidados intensivos neonatales, con una media de 1,3 casos por mil neonatos vivos; aproximadamente el 85% son prematuros.

El diagnóstico inmediato, tanto como la valoración de enfermería oportuno es de gran importancia para su tratamiento. Son fundamentales los cuidados por parte del personal de enfermería debido a que los signos y síntomas de esta patología pueden resultar mortales

PALABRAS CLAVES: Proceso de atención de enfermería, enterocolitis, Necrosante, neonato, prematuro, mortalidad

ABSTRACT

The following research work allows to promote knowledge bases related to the clinical case with the theme PROCESS OF NURSING CARE IN NEONATES OF 35 WEEKS OF GESTATION WITH NECROZING ENTEROCOLITIS. The information collected from this case was raised in the Specialty Hospital of the Armed Forces No. 1 in the city of Quito.

In the present clinical case, diagnostic methodology was used to access the patient's clinical history, as well as presumptive and differential data collection, follow-up and observations.

In the theoretical framework, the relevant research is carried out on the origin and prophylaxis within the hospital area, in the neonate with Necrotizing Enterocolitis.

Necrotizing enterocolitis appears in neonates, mainly in premature infants, which generates necrosis in certain parts of the intestine due to inflammation; its causes are said to be unknown, however, infections are considered to be concurrent factors, as well as inadequate preparation of formula feeding. It occurs frequently in neonatal intensive care areas, with an average of 1.3 cases per thousand live newborns; approximately 85% are premature.

The immediate diagnosis, as well as the timely nursing assessment, is of great importance for its treatment. Care by the nursing staff is essential because the signs and symptoms of this pathology can be fatal

KEY WORDS: Nursing care process, enterocolitis, necrotizing, newborn, premature, mortality

INTRODUCCION

La Enterocolitis Necrosante es caracterizada por la necrosis de la mucosa o, incluso, de capas más profundas del intestino. Es la urgencia digestiva más frecuente en los recién nacidos. Los signos y síntomas son intolerancia alimentaria, letargo, inestabilidad térmica, íleo, distensión, vómitos biliosos, hematoquecia, sustancias reductoras en materia fecal, apnea y, a veces, signos de sepsis. El diagnóstico es clínico y se confirma mediante estudios por la imagen. El tratamiento es fundamentalmente sintomático y consiste en aspiración nasogástrica, líquidos parenterales, alimentación parenteral total, antibióticos, aislamiento en caso de infección y, a veces, cirugía (William J Cochran, 2020)

No hay una causa exclusiva ni consistente de la Enterocolitis Necrosante. En la mayoría de los casos, no se encuentra una causa específica. Pero los expertos creen que los siguientes factores pueden desempeñar un papel:

- un intestino inmaduro o poco desarrollado (prematuro)
- escasez de oxígeno o de riego sanguíneo en el intestino al nacer o más adelante
- lesiones en el revestimiento intestinal
- una proliferación de bacterias en el intestino que destruye la pared intestinal
- infección intestinal de origen vírico o bacteriano
- alimentación con leche de fórmula (los bebés amamantados tienen un menor riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante) (Daniel Dirnberger, 2018)

I. MARCO TEÓRICO

1.1 ENTEROCOLITIS NECROSANTE

La Enterocolitis Necrosante (ECN) es una enfermedad grave en los recién nacidos. Se produce cuando el tejido del intestino grueso (colon) se inflama. Esa inflamación daña y, en ocasiones, mata el tejido del colon de su bebé.

Cualquier recién nacido puede contraer ECN. Pero es más común en los bebés prematuros. También sucede en los bebés que pasan tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Esta afección es más común en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos (3 libras, 4 onzas). (STANFORD CHILDREN'S HEALTH , s.f.)

La Enterocolitis Necrosante es caracterizada por la necrosis de la mucosa o, incluso, de capas más profundas del intestino. Es la urgencia digestiva más frecuente en los recién nacidos. Los signos y síntomas son intolerancia alimentaria, letargo, inestabilidad térmica, íleo, distensión, vómitos biliosos, hematoquecia, sustancias reductoras en materia fecal, apnea y, a veces, signos de sepsis. El diagnóstico es clínico y se confirma mediante estudios por la imagen. El tratamiento es fundamentalmente sintomático y consiste en aspiración nasogástrica, líquidos parenterales, alimentación parenteral total, antibióticos, aislamiento en caso de infección y, a veces, cirugía. (William J Cochran, 2020)

1.1.2 ANATOMIA

La ECN se define como necrosis por coagulación e inflamación del intestino del lactante. Aunque puede abarcar todo el trayecto, las zonas más afectadas son íleon y colon proximal. Suele encontrarse intestino dilatado, con paredes muy delgadas y algunas zonas hemorrágicas y con depósito de fibrina. Se encuentran habitualmente perforaciones y zonas de necrosis transmural sobre el borde anti mesentérico. Aparecen también zonas con burbujas subserosas que corresponden a zonas de neumatosis. El hallazgo histológico más frecuente es el de necrosis por coagulación (isquémica) hasta en 75% de los pacientes, que puede ser transmural o limitada a la mucosa. Abundan zonas de hemorragia, inflamación, ulceración y edema. En ocasiones aparecen microtrombos en los

vasos de pequeño calibre. Es frecuente el hallazgo de neumatosis cistoide submucosa que se encuentra también a nivel de ganglios mesentéricos. Un pequeño porcentaje presentan signos de inflamación aguda. Los cambios regenerativos, con tejido de granulación y fibrosis son también frecuentes, y si ésta es circunferencial pueden dar lugar a estenosis. (Jiménez, 2006)

1.1.3 CAUSAS

No hay una causa exclusiva ni consistente de la Enterocolitis Necrosante. En la mayoría de los casos, no se encuentra una causa específica. Pero los expertos creen que los siguientes factores pueden desempeñar un papel:

- un intestino inmaduro o poco desarrollado (prematuro)
- escasez de oxígeno o de riego sanguíneo en el intestino al nacer o más adelante
- lesiones en el revestimiento intestinal
- una proliferación de bacterias en el intestino que destruye la pared intestinal
- infección intestinal de origen vírico o bacteriano
- alimentación con leche de fórmula (los bebés amamantados tienen un menor riesgo de desarrollar enterocolitis necrosante)

A veces, parece que la enterocolitis necrosante se da por “brotes”, al afectar a varios bebés de la misma sala de recién nacidos. Aunque esto podría ser solo casual, se han detectado de forma ocasional algunos virus y bacterias en bebés con enterocolitis necrosante. Esta enfermedad no se puede contagiar de un bebé a otro, pero los virus o las bacterias que la causan sí que se pueden contagiar. Este es uno de los motivos de que las salas de recién nacidos y las UCIN (unidad de cuidados intensivos para recién nacidos) sigan unas precauciones muy estrictas para prevenir el contagio de infecciones. (Daniel Dirnberger, 2018)

1.1.4 SIGNOS Y SINTOMAS

En la Enterocolitis Necrosante, parte del tejido que reviste el intestino del bebé se enferma y puede morir. Las bacterias del intestino pueden entonces penetrar el tejido intestinal muerto o enfermo, infectar las paredes del intestino y entrar al flujo sanguíneo, causando así una infección sistémica o de la sangre. El tejido que

sobrevive se hincha e inflama; como consecuencia, el bebé no puede digerir los alimentos o moverlos a través del tracto intestinal.

Los síntomas de la enterocolitis necrosante pueden desarrollarse en materia de días o aparecer en forma repentina. Los síntomas que se observan más comúnmente son

- Baja tolerancia al alimento (no poder digerir los alimentos)
- Hinchazón del estómago (distensión abdominal)
- Decoloración del estómago, generalmente azulino o rojizo
- Dolor cuando se toca el abdomen
- Sangre en las heces o cambio en el volumen y frecuencia de la defecación
- Diarrea, con cambio de color o consistencia de la materia fecal, con frecuencia con presencia visible de sangre
- Disminución de la actividad (letargo)
- Vómitos de líquido verde amarillento
- Incapacidad de mantener una temperatura corporal normal
- Episodios de baja frecuencia cardíaca o apnea, una interrupción temporal de la respiración
- En casos avanzados, la presión arterial puede bajar y el pulso podría tornarse débil. Los bebés pueden desarrollar fluido en la cavidad abdominal o infección del tejido que reviste el estómago (una enfermedad llamada peritonitis), o pueden entrar en shock. Puede producirse un orificio o una perforación en la zona afectada de la pared intestinal, lo que requiere cirugía de emergencia. La presión en el abdomen puede provocar una dificultad para respirar grave. En tal caso, el bebé podría necesitar asistencia mediante una máquina o respirador artificial. (NIH, 2015)

1.1.5 DIAGNOSTICO

- Radiografías de abdomen
- Ecografía
- Análisis de sangre

El diagnóstico de enterocolitis necrosante se confirma mediante la radiografía abdominal, que muestra el gas que se ha formado en la pared intestinal (neumatosis intestinal) o aire libre en la cavidad abdominal si la pared intestinal ha sido perforada.

Los médicos también pueden solicitar una ecografía abdominal para observar el grosor de la pared intestinal, la neumatosis intestinal y la circulación sanguínea. Se obtienen muestras de sangre para buscar bacterias y otras anomalías (por ejemplo, un recuento elevado de glóbulos blancos). (Manual MSD , 2021)

1.1.6 FACTORES DE RIESGO

Además de la prematuridad, otros factores de riesgo son:

- Rotura de las membranas previa al parto (la madre rompe aguas más de 12 horas antes de que comience el parto): la pérdida de líquido amniótico puede provocar una infección en el feto.
- Perturbación de las bacterias que residen en el aparato digestivo: el tratamiento con antibióticos o fármacos supresores de ácido puede estimular el crecimiento de bacterias potencialmente dañinas que pueden penetrar en el intestino.
- Asfixia perinatal: este trastorno comporta una disminución de la irrigación sanguínea a los tejidos del recién nacido o una disminución del oxígeno en la sangre del recién nacido antes, durante o justo después del parto.
- Cardiopatía presente al nacer (cardiopatía congénita): los defectos congénitos del corazón pueden afectar a la forma en que circula la sangre o a las concentraciones sanguíneas de oxígeno.
- Anemia (recuento bajo de glóbulos rojos): cuando se produce anemia, la sangre del recién nacido tiene dificultades para transportar un suministro adecuado de oxígeno.
- Intercambio de transfusiones: durante este procedimiento, la sangre del recién nacido se extrae y se reemplaza, lo que puede afectar a la irrigación sanguínea a los órganos.
- Bebé pequeño para la edad gestacional
- Alimentación con fórmula: la leche materna, a diferencia de las fórmulas, contiene sustancias que ayudan a proteger las paredes del tubo digestivo. (Manual MSD , 2021)

1.1.7 TRATAMIENTO

- Dieta absoluta y perfusión endovenosa (sueroterapia ó preferiblemente nutrición parenteral).
- Habitualmente se requiere un catéter venoso central para su administración.
- El cálculo de aportes energéticos, principios inmediatos y micronutrientes se hará en base al estado nutricional previo y los controles bioquímicos periódicos.
- Sonda gástrica abierta o con aspiración suave e intermitente.
- Monitorización cardiorrespiratoria, saturación de hemoglobina, control de tensión arterial.
- Balance de líquidos: control de diuresis y de pérdidas. Se debe contemplar pérdidas a tercer espacio.
- Soporte cardiovascular (líquidos, drogas vaso activas).
- Soporte respiratorio que garantice un intercambio gaseoso adecuado.
- Soporte hematológico: concentrados de hematíes, plasma y plaquetas. (Yolanda, 2019)

1.1.8 EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de Enterocolitis necrosante se estima en torno al 1 a 3 por 1.000 recién nacidos (RN) vivos y 1 al 7,7% de los RN ingresados en unidades neonatales. Es una patología que afecta típicamente a prematuros, con un aumento de la incidencia en el grupo de los menores de 1.500 g hasta un 2 a 10%, según los hospitales.

La edad gestacional media oscila en torno a las 31 semanas, con un peso medio al nacimiento de 1.460 g. La aparición de Enterocolitis necrosante disminuye conforme aumenta la edad gestacional, si bien un 13% de los casos corresponde a RN a término.

En este grupo típicamente existe alguna patología asociada. No se ha comprobado la existencia de predominancia racial, sexual o social. La mayor parte de los casos de ECN se presentan de manera esporádica. Sin embargo, surge también en brotes epidémicos temporales y geográficos en los cuales se encuentran características diferentes, como mayor peso al nacimiento, menor

número de complicaciones y tasa inferior de mortalidad. La edad de inicio de la enfermedad y la gravedad del cuadro tienen relación inversa con el peso y la edad gestacional, con una mortalidad entre el 9-28% en las series publicadas a partir de 1990. En estos últimos años se ha asistido a una disminución de la mortalidad por ECN, debido probablemente a una mejora general del cuidado neonatal, al establecimiento de pautas de alimentación estandarizadas en los RN nacidos pretérmino y de bajo peso y a la instauración de protocolos diagnóstico-terapéuticos. (Jiménez, 2006)

1.1.9 ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON ENTEROCOLITIS NECROSANTE

1. Fijación adecuada con el mínimo de esparadrapo posible.
2. Según estadio de la enfermedad se realizará un doble sondaje conectando a aspiración baja intermitente para la descompresión intestinal.
3. Anotar la cantidad drenada para la reposición de líquidos.

➤ Intervenciones Enfermería: Oxigenoterapia.

Actividades Enfermería:

1. Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales.
2. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
3. Mantener el oxígeno a administrar calentado y humidificado.
4. Vigilar el flujo de oxígeno.
5. Comprobar si el niño tolera la supresión de oxígeno mientras come.
6. Observar signos de toxicidad o atelectasia por el oxígeno.

Observar roturas de la piel en la zona nasal por el dispositivo del oxígeno

➤ Intervenciones Enfermería: Administración de Nutrición Parenteral (9).

Actividades Enfermería:

1. Reposo intestinal con dieta absoluta.
2. Ayudar en el acceso umbilical.

3. Inserción del catéter epicutáneo
4. Mantener la permeabilidad y la fijación correcta del acceso venoso.
5. Observar signos y síntomas de extravasación o infección.
6. Mantener técnica estéril al preparar y administrar la Nutrición Parenteral.

➤ **Intervenciones Enfermería: Monitorización nutricional.**

Actividades Enfermería:

1. Observar signos de deshidratación o edema.
2. Observar si el niño presenta náuseas o vómitos.
3. Palpación abdominal.
4. Medición del perímetro abdominal.
5. Control de la glucemia.
6. Control de la diuresis y deposiciones.
7. Control del peso cada 24 h

➤ **Intervenciones Enfermería: Alimentación enteral por sonda nasogástrica (SNG). “La alimentación enteral temprana constituye una estrategia que acelera el obtener aporte enteral completo, disminuyendo la duración de la nutrición parenteral, permitiendo mayor ganancia de peso y altas más tempranas”.**

Actividades Enfermería:

1. Elevar el cabecero de la incubadora.
2. Observar si existen ruidos intestinales cada 4-8 h.
3. Comprobar la existencia de residuos gástricos previos a la alimentación.
4. Durante la alimentación proporcionar un chupete al niño.
5. Desechar los equipos de nutrición por turno.

➤ **Intervenciones Enfermería: Restablecimiento de la salud bucal.**

Actividades Enfermería:

1. Vigilar labios, lengua y membranas mucosas.
2. Hidratar labios con vaselina estéril.
3. Realizar higiene bucal después de las comidas o cuando sea necesario.
4. Observar sequedad de la mucosa oral.
5. Observar signos y síntomas de glositis y estomatitis

➤ **Intervenciones Enfermería: Manejo ambiental: confort**

Actividades Enfermería:

1. Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
2. Proporcionar cama limpia y cómoda.
3. Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
4. Ajustar la iluminación, evitando la luz directa en los ojos.
5. Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos.
6. Vigilar la piel, especialmente en prominencias corporales.
7. Evitar exponer la piel o mucosas a factores irritantes.

➤ **Intervenciones Enfermería: Protección contra la infección.**

Actividades Enfermería:

1. Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Vigilar el recuento de glóbulos blancos.
3. Limitar el número de visitas.
4. Mantener las normas de asepsia.
5. Proporcionar cuidados de la piel.
6. Inspeccionar las zonas de inserción de catéteres y heridas quirúrgicas.
7. Obtener muestras para cultivo.
8. Facilitar el descanso.
9. Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal adecuado.
10. Enseñar a los padres a evitar infección.

➤ **Intervenciones Enfermería: Enseñanza: procedimiento/tratamiento.**

Actividades Enfermería:

1. Obtener el consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento.
2. Les explicaremos la necesidad de ciertos equipos y dispositivos de monitorización y sus funciones.
3. Reforzaremos la información que ha sido proporcionada por otros miembros del equipo.
4. Corregiremos las expectativas irreales sobre el proceso quirúrgico y su tratamiento. (Lcdo, Lcdo., & Lcda, 2015)

1.2 JUSTIFICACION

En el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1 de la ciudad de Quito, se ha detectado que hay casos de Enterocolitis Necrosante, por lo que decidí hacer este caso clínico basándome en conceptos científicos acerca de la enfermedad.

Realice el Proceso De Atención De Enfermería aplicando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, en el cual conlleva una Valoración, Diagnostico, Planificación, ejecución y la evolución del paciente respecto a la patología que presenta.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con diagnóstico médico de Enterocolitis Necrosante en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas de la ciudad de Quito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Valorar al paciente cefalocaudal, por medio de técnicas de recolección de datos para determinar un diagnóstico enfermero.
- ✓ Formular acciones de enfermería que ayuden a mejorar estado de salud.
- ✓ Ejecutar los cuidados de enfermería planificados.
- ✓ Evaluar las respuestas de acuerdo a las acciones ejecutadas por el personal de enfermería.

DATOS GENERALES

NOMBRE: NN

APELLIDO: NN

SEXO: Femenino

RAZA: Mestiza

EDAD GESTACIONAL: 35 semanas

EDAD DE VIDA: 24 días

GRUPO SANGUINEO: ORH +

LUGAR DE NACIMIENTO: Quito – Pichincha

CEDULA: 23545671**

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES

2.1.1 ANALISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA

RN. Femenino nace por cesárea de emergencia el 06/11/2020 a las 01h15 en el he-1 por embarazo de 35.4 semanas por FUM y Capurro de 35 semanas, con un APGAR 7-8, producto de la 3ra gesta, ingresa a cuidados intensivos de neonatología, se coloca en ventilación mecánica con parámetros altos, persistiendo score 2 (tiraje y retracciones), por lo que se realiza RX de tórax de control evidenciándose infiltrados reticulogranular bilateral, por lo que se decide administrar primera dosis de surfactante, previamente a ello se realiza control gasométrico con reporte normal, se realiza control glicémico a los 30 minutos de vida con reporte de 31 mg/dl, por lo que se inicia liv, con posterior control a los 30 minutos con reporte 48 mg/dl, acompañado de letargo, hipoactividad e hiporeactividad, por lo que se inicia protocolo de hipoglicemia, se realiza perfil infeccioso a las 6 horas de vida, el mismo que es positivo, por lo cual se inicia antibiótico de primer esquema a base de ampicilina, amikacina, mejorando condiciones generales, sin déficit neurológico, quien no fue capaz de eliminar líquidos de los alveolos, dificultando la respiración y provocando problemas en la función pulmonar, por lo que se apoya con ventilación mecánica no invasiva, se encontraba con apoyo de nutrición parenteral, a los 3 días de vida debido al incremento del score respiratorio se decide intubación orotraqueal y parámetros respiratorios altos, clínicamente se evidencia incremento de ictericia por lo que por clínica se inició y mantiene en fototerapia, se realiza control ecocardiograma debido a requerimiento ventilatorio invasivo, donde se evidencia PCA grande e hipertensión pulmonar moderada, con repercusión hemodinámica, por lo que se inicia

tratamiento clínico a base de paracetamol y sildenafil, se continua con alimentación enteral progresiva con adecuada tolerancia gástrica sin evidencia de distensión abdominal o residuos de mal aspecto, a los 7 días de vida se recibe resultados de perfil infeccioso el cual resulta negativo por lo que se decide suspender antibioticoterapia, además se recibe resultado de bilirrubinas que no cumple criterios para fototerapia por lo que se decide suspender la misma, a los 12 días de vida continua con alimentación enteral a base de lm/frnpt hasta 40 cc cada 3 horas por succión y sog, con regular tolerancia gástrica, pues se evidencia residuos de leche sin digerir previo a última toma, sin embargo no se evidencia distensión abdominal de importancia, ni vómitos por lo que se suspende dicha toma. a la palpación abdomen suave depresible RHA presentes, además se realiza control por servicio de oftalmología, evidenciándose lesiones sugestivas de infección por cmv, ocasionado por el paso del virus de los capilares retinianos al resto de las capas de la misma, lo que conlleva a necrosis generalizada, pues tiende a extenderse siguiendo las arcadas vasculares, por lo que deberá continuar tratamiento clínico con antiviral, paciente que en horas de la mañana se presenta hipoactiva pálida con soporte ventilatorio en CPAP saturando 96 %, con distensión abdominal aparente dolor a la palpación, realiza deposición en pequeña cantidad con estrías sanguinolentas, refieren intolerancia alimenticia con residuo importante, por lo que se solicita perfil infeccioso renal y hepático evidenciando leucocitosis con desviación a la izquierda , sangre oculta en heces positivo por lo que se decide iniciar con esquema antibiótico de segunda línea cefepime y vancomicina para lo cual se canaliza vía central y se lo mantendrá en NPO, RN de 13 días de vida con DG de enterocolitis necrotizante grado II se encuentra en condiciones críticas de cuidado, se encuentra en NPO con apoyo de ventilación mecánica no invasiva, con antibioticoterapia 2 esquema + metronidazol. se realiza pruebas de control en el cual reporta tiempos de coagulación prolongados , score de show de 3 por lo que se inicia dopamina, además se inicia vitamina k + una alícuota de plasma fresco congelado, RN de 15 días de vida en condiciones críticas de cuidado, con dg de enterocolitis necrotizante, que el día anterior presento distensión abdominal con PA: 32.5 en las radiografías de un día

anterior el patrón se encuentra alterado, disminuido, pero no se ve signos de neumatosiis o de neumoperitoneo, por estado clínico emergente se decide pasar parte operatorio para intervención quirúrgica exploratoria, mismo que evidencia proceso isquémico a nivel de intestino delgado, con afectación hacia colon, cambiando de enfoque fisiopatológico, ya que dicho hallazgo se vincula con proceso de tromboembólico, cuyos factores predisponentes son asfixia perinatal, prematuridad, trastornos cardiacos, sepsis e hipoxia, entre otros , que no ha presentado RN, por lo que se encuentran en condiciones de cuidado, con pronóstico a corto y largo plazo reservado, mientras se continuara con apoyo ventilatorio mecánico, nutrición parenteral, uso de inotrópicos, hemoderivados, antibioticoterapia, exámenes complementarios y seguimiento por cirugía pediátrica. se vigilará clínica digestiva, ante posible nueva exploración quirúrgica.

2.1.2 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

- CLINICO: Enterocolitis Necrosante.
- QUIRURGICO: Laparotomía Exploratoria, Resección de Íleon + Yeyunostomia
- TRAUMATOLOGICO: No refiere
- ALERGIAS: No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Hipertensión Arterial

MADRE: Hipertensión Arterial

HERMANOS: No refiere

ANTECEDENTES QUIRURGICOS

- Madre: Cesárea

ANTECEDENTES ALERGICOS

- Madre: Alergia a Penicilina

2.2 PRINCIPALES DATOS CLINICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (anamnesis)

Neonato de sexo femenino se encuentra actualmente en termo cuna cerrada conciliando sueño, adoptando oxigenoterapia, se realizó intervención quirúrgica exploratoria.

2.3 EXAMEN FISICO

2.3.1 VALORACION CEFALOCAUDAL

Cabeza: Normo cefálica, sin complicaciones.

Fontanela: Normotensa

Cabello: Abundante, color negro, bien implantado.

Facies: Palidez generalizada

Cejas: Simétricas

Ojos: Fondo de ojo de control, evidencia lesiones puntiformes rojizas en todo el polo posterior, asociadas a CMV

Orejas: Simétricas, oídos con conducto auditivo externo permeable.

Nariz: Buena Entrada de aire bilateral

Boca: Labios simétricos, Mucosa oral semihumedas, se mantiene en NPO, con SOG.

Cuello: No hay presencia de adenomegalias palpables en la parte anterior del cuello. Presencia de pulso carotideo a la palpación.

Extremidades superiores: Presencia de vías centrales.

Tórax: Tórax anterior se evidencia red venosa levemente marcada.

Abdomen: Se evidencia red venosa en pared abdominal, globoso apósito sobre herida quirúrgica poco manchado con ileostomía bordes enrojecidos, PA 33.5

Genitales: Diuresis por sonda vesical

Extremidades inferiores: Tono hipotónico

Piel: Palidez generalizada

2.3.2 SIGNOS VITALES

- **Presión Arterial:** 99/67
- **Frecuencia Cardíaca:** 171x'
- **Frecuencia Respiratorio:** 60x'
- **Saturación de Oxígeno:** 96%
- **Temperatura Axilar:** 37
- **Pupilas:** Isocóricas, reactivas a la luz

2.3.3 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

- **Peso:** 1985 gr
- **Talla:** 43.5 cm

2.3.4 VALORACION POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

1. Percepción / Manejo de Salud

Madre conoce del estado de salud actual de su hijo y los riesgos que conlleva la patología.

2. Nutricional y Metabólico

RN ingresa a UCIN mas aislamiento, con SOG, en NPO por operación quirúrgica resección de Íleon + Yeyunostomía, peso al nacimiento: 1.985 gr; peso actual: 2.090 gr

3. Eliminación

paciente con diuresis por sonda vesical.

4. Actividad / Ejercicio

RN. alteración de la contractilidad, palidez generalizada reticular.

5. Sueño / Descanso

Sin alteración

6. Cognitivo / Perceptual

Sin alteración

7. Autocontrol / Auto concepto

Madre refiere que el paciente está mejorando gracias a los cuidados que se le brinda.

8. Rol y Relaciones

Rn no tiene apego precoz debido a su patología.

9. Sexualidad / Reproducción

Genitales correctamente implantados, sin desarrollo sexual debido a su corta edad

10. Adaptación / Tolerancia al Estrés

Sin alteraciones

11. Valores y Creencias

Familiar refiere que toda su familia se considera católica.

2.3.5 PATRONES ALTERADOS

- Nutricional y Metabólico
- Eliminación
- Actividad / Ejercicio
- Rol y Relaciones

2.4 INFORMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Leucocitos	*2.93 K/UL
Hematíes	*4.08 M/ul
Hemoglobina	13.40 g / dl
Hematocrito	*38.8%
VCM (Volumen corpuscular medio) tamaño de hematíes.	95.1 fl
Concentración Media de Hemoglobina	32.9 pg
Concentración Corpuscular Media de Hemoglobina	34.1 g/dl
Plaquetas	32 K/ul
RDW – SD	*69.4 FL
RDW - CV	20.2%
Volumen Medio Plaquetario	*10.3 fl

Neutrófilos%	*69%
Linfocitos%	*29.7%
Monocitos%	*0%
Eosinófilos%	*1.1%
Basófilos%	0.2%

GASOMETRIA

• pH SANGRE ; 7.268
• pCO2 : 53.1
• pO2: 53.2
• SO2: 81.3
• cHCO3: 24
• EXCESO DE BASE: -3.6

2.5 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

➤ **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

Sepsis Neonatal

➤ **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Shock séptico

➤ **DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

Enterocolitis Necrosante

2.6 ANALISIS Y DESCRPCION DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

- **BIOLOGICA:** Control de constantes vitales.
- **FISICA:** Control de la herida quirúrgica
- **AMBIENTALES:** Sin alteraciones
- **SOCIALES:** Familiares se encuentran preocupados por la salud del RN

NANDA:
NOC:
NIC:

Dx: Riesgo de Infección (00002)

R/C: Procedimiento invasivo

➤ **E/P: Laparotomía Exploratoria, Resección de Íleon + Yevunostomía**

Dominio: IV Conocimiento y conducta de salud

Clase: (T) Control de riesgo y seguridad

Etiqueta: (1924) Control de riesgo: Proceso Infeccioso

Campo: 4 Seguridad

Clase: (V) Control de Riesgo

Etiqueta: 6550 Protección contra las infecciones

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos					x
Identifica los posibles riesgos para la salud				x	
Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades					x

ACTIVIDADES

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Mantener la asepsia del paciente
3. Inspeccionar la existencia de eritema, color o exudado en la piel.
4. Inspeccionar el estado de incisión o herida quirúrgica
5. Enseñar al paciente y familiar como prevenir las infecciones.

M
E
T
A
S

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

2.7 INDICACION DE LAS RAZONES CIENTIFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

En el siguiente caso clínico damos a conocer con fundamentos científicos sobre la enterocolitis necrosante, se aplicó la valoración de los patrones funcionales y no funcionales de Marjory Gordon, se realizó las intervenciones de enfermería para el confort de paciente y su familiar.

2.8 SEGUIMIENTO

neonatología 06/11/2020

se reciben resultados de perfil infeccioso: leu 13.05 neu 72.3% linf 20.8% hb 20.1 hcto 57.1 % plaq 145

pct 3.03 pcr 0.03

evidenciando infección aguda, por lo que se prescribe antibiotico

rp:

- ampicilina 99.2 mg iv c8/h (50 mg/kg/dosis) (0)
- amikacina 27.1 mg iv qd (15 mg/kg/dosis) (1)
- -lipofundin 20 % 29.7 cc + aminoplasmal 10 % con electrolitos 69.4 cc
- dextrosa 50% 31 cc + dextrosa 10% 15 cc agua. destilada 0 cc
- electrosol sodio (0 cc)+ electrosol potasio (0 cc)+ gluconato de calcio 10 % (5.9 cc)

neonatología evolución 07/11/2020

sexo: femenino, edad: 2 días; dh: 2 días; eg: 35.4 por fum, egc por fum: 35.5 sem. apgar: 7 - 8.

dg. actuales: recién nacida prematura tardía + peso bajo para edad gestacional + peso bajo al nacimiento + sdr tipo i + riesgo de sepsis neonatal

subjetivo: recién nacida pretérmino tardía en mejores condiciones generales.

peso al nacimiento: 1.985 gr; peso actual: 1.985 gr; deposición: 0 (24 horas) du:
1015 pa: 25.5 - 27 cm

piel: rosada

neurológico: activo - reactivo al manejo, eco tñ de control, sin signos de lesión hemorrágica

respiratorio: se recibe con apoyo de vmi, con adecuado acople respiratorio, con saturación sobre 90%, se evidencia signos de dificultad respiratoria, caracterizado por leve tiraje intercostal, debido a que se le coloco dosis de surfactante, se le realiza rx de tórax, a las 8 horas de vida, post administración de surfactante, en la cual se aprecia mejor patrón pulmonar, sin lesión activa por lo que se decide sacar tot, y se coloca cánula ram, mostrando buena tolerancia a la misma, manteniendo saturaciones sobre 90%, presentando leve tiraje intercostal, sin evidenciar otro signos de dificultad respiratoria. a la auscultación buena entrada de aire bilateral, no ruidos sobreañadidos.

2.9 OBSERVACIONES

Se explicó al familiar sobre el estado de salud actual del paciente, se pidió a la madre datos del Rn aplicando las técnicas de recolección de datos la cual se mostró muy colaboradora con la información,

CONCLUSIONES

Culmino mi caso clínico dando a conocer que la Enterocolitis Necrosante es una enfermedad poco común en nuestro país, pero sin embargo se han presentado varios casos en neonatos desde su formación fetal y otros raros casos de pacientes infectados por las bacterias que producen esta enfermedad dentro de las áreas de UCIN.

Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería utilizando los métodos de recolección de datos, la valoración por patrones funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

Daniel Dirnberger, M. (Octubre de 2018). Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/nec.html>

Jiménez, I. F. (2006). *Protocolos de Neonatología*. Santander : Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Obtenido de https://www.sccalp.org/boletin/46_supl1/BolPediatr2006_46_supl1_172-178.pdf

Lcdo, J. G., Lcdo., A. O., & Lcda, E. S. (20 de Marzo de 2015). Cuidados de Enfermería en el recién nacido con enterocolitis necrotizante siguiendo los diagnósticos NANDA. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*, 3. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-enterocolitis-necrotizante-nanda/>

Manual MSD . (Agosto de 2021). Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/problemas-gastrointestinales-gi-y-hep%C3%A1ticos-en-reci%C3%A9n-nacidos/enterocolitis-necrosante-ecn>

NIH. (15 de Enero de 2015). Obtenido de <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/nec/informacion/sintomas>

STANFORD CHILDREN'S HEALTH . (s.f.). Obtenido de [https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=necrotizing-enterocolitis-in-the-newborn-90-P05497#:~:text=La%20enterocolitis%20necrotizante%20\(ECN\)%20es,reci%C3%A9n%20nacido%20puede%20contraer%20ECN.](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=necrotizing-enterocolitis-in-the-newborn-90-P05497#:~:text=La%20enterocolitis%20necrotizante%20(ECN)%20es,reci%C3%A9n%20nacido%20puede%20contraer%20ECN.)

William J Cochran, M. (2020). *Enterocolitis Necrosante*. USA: Manual MSD.

Yolanda, D. F. (2019). *ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE*. España : Vall d'Hebron Barcelona Campus Hospitalari.

ANEXOS

