

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ENTEROCOLITIS  
NECROTIZANTE**

**TRABAJO ACADEMICO**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. MARISOL HILARIO LIZANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: ENFERMERÍA DEL  
CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO NEONATAL**

**ASESOR:**

**Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ**

**Lima, Perú**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza.

A mis padres, amigos, profesores, que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino y así, forman parte de este logro que me abren puertas inimaginables en mi desarrollo profesional.

### **AGRADECIMIENTO**

A la Mg. Sofía Del Carpio Flórez; por su asesoramiento, y valioso conocimiento que nos impartió para culminar el presente trabajo académico.

Al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Regional de Huancavelica por brindarnos facilidades para el recojo de información y realización del presente trabajo académico.

## ÍNDICE

	PAG.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
DESARROLLO CAPITULAR (PRESENTACION DE CASO CLINICO)	20
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	25
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	27
PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	28
EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	51
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	55

## RESUMEN

El presente estudio, analiza el caso clínico de un recién nacido de sexo masculino, prematuro hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con el diagnóstico de Enterocolitis Necrotizante I.

La enterocolitis necrosante es una de las patologías más frecuentes, devastadoras y difíciles de erradicar, es una de las causas que incrementa la morbilidad y mortalidad en las unidades críticas neonatales. La incidencia se reporta de un 5-10% en neonatos menores de 1500 gramos, los neonatos con edad gestacional entre 38-40 semanas de gestación 5-25% de todo los casos. Se requiere manejo quirúrgico de un 30-50% de los casos, en menores de 28 semanas de gestación y un tercio presenta un índice de mortalidad alto. Se tiene la teoría de que la integridad del tracto gastrointestinal (TGI) se ve comprometida como resultado de la interacción de inmadurez intestinal, alteración microbiana, alimentación enteral e isquemia.

Por ello se realiza este trabajo con el objetivo de realizar una búsqueda de signos y síntomas que se obtiene de la historia clínica y observación del neonato con el fin de realizar un plan de enfermería para la mejora en la vigilancia de estos pacientes que necesitan del manejo multidisciplinario de médicos especialistas para asegurar su adecuada recuperación, se utilizó la metodología NANDA, como los patrones de respuesta humana para determinar los diagnósticos de enfermería , se realiza la priorización de estos diagnósticos para llevar a cabo unos cuidados de enfermería de calidad en la atención a los recién nacidos con esta patología.

La atención oportuna y la identificación oportuna de los síntomas y signos de la enterocolitis pueden disminuir la mortalidad.

**Palabras clave:** Cuidados de enfermería, enterocolitis necrotizante, recién nacido

## ABSTRACT

The present study, analyze the case of a premature male new born,hospitalizes in the Neonatal Intensive care unit ,diagnosed with necrotizing enterocolitis I.

The necrotizing enterocolitis is one of the frequent,hard and devastating to eliminate pathologies beside,is one of causes that increase the morbidity and mortality in the Neonatal critical unit.The incidence is reported of 5-10% in neonates less tan 1500 grams,the neonates with gestational age between 38-40 gestational weeks 5-25% of all about cases.Surgical management is required in 30-50% of cases in children under 28 weeks of gestation and a third has a high mortality rate.The theory is that the integrity of the gastrointestinal tract (GIT) is compromised as a result of the interaction of immature intestinal microbial alteration,enteral nutrition and ischemia.

That is the reason because we doing this job,whose goa lis to find signs and symptoms thai s obtained from the clinical history and observation of the newborn with the prpose of making a nursing pln for the improvement in the surveillance of these patients who need the multidisciplinary management of medical specialists to ensure adequate recovery,the NANDA methodology was used,as the patterns of human response to determine nursing diagnoses,the prioritization of these diagnosis is performed to carry out quality nursing care in the care of newborns with this pathology.

The prompt attention and timely identification of the symptoms and of enterocolotis can decrease mortality.

**Key words:** Nursing cares, necrotizing enterocolitis, born baby

## INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico se refiere a un neonato con diagnóstico de ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, Hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Zacarías Valdivia.

La enterocolitis necrotizante, continúa siendo una entidad con etiopatogenia poco conocida y que plantea problemas no resuelto, tanto en la prevención como en la terapéutica.

Su presentación ocurre, en la gran mayoría de las veces en prematuros de muy bajo peso al nacer, quienes constituyen aproximadamente el 90% de los recién nacidos afectados.

La prevalencia y la mortalidad varían mucho entre los centros, pero hay un hecho que se presenta invariablemente a menor edad gestacional, mayor frecuencia y gravedad de la enfermedad.

En el presente trabajo nos referimos a los aspectos relevantes de la epidemiología, los principales conceptos sobre fisiopatología la formas de presentación clínica, tratamiento y la prevención del enterocolitis necrotizante.

El trabajo está constituido por el marco teórico, el presentación del caso clínico incluyendo la valoración por patrones de respuesta humana, diagnósticos de Enfermería, planeamiento de objetivos y prioridades, ejecución de las intervenciones y evaluación de los resultados, culminando con las conclusiones y recomendaciones.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **1. ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE**

#### **1.1. DEFINICIÓN**

Es una enfermedad gastrointestinal de etiología multifactorial, caracterizado por edema, ulceración y necrosis de la mucosa o pared intestinal, principalmente íleo, colon, con o sin perforación. (1)

La Enterocolitis Necrosante es un trastorno neonatal adquirido que representa una expresión extrema de lesión intestinal grave que sigue a una combinación de lesiones vasculares, mucosas y metabólicas (aún a otras no identificadas de un intestino relativamente inmaduro). (2)

#### **PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTANEA**

Es un síndrome clínico similar a enterocolitis necrotizante con compromiso sistémico menor y evolución menos agresiva. Es posible que se trate de una variante de la enterocolitis necrotizante clásica.

**1.2. ETIOPATOGENIA:** Se identificaron algunos factores importantes para su desarrollo como:

##### **1.2.1. PREMATUREZ:**

La secreción gástrica de ácidos es menor en el recién nacido prematuro, y este medio favorece una mayor proliferación bacteriana. El coeficiente que indica el grado de acidez elevado impide la digestión de las proteínas, y permite el pasaje de moléculas al intestino delgado. La deficiente actividad enzimática expone al intestino del recién nacido prematuro a mayor cantidad de toxinas bacterianas y alimentos no digeridos. El prematuro posee menor



inervación intestinal, la motilidad intestinal es menor y menos organizada. De esta manera el alimento permanece más tiempo en el intestino, favoreciendo la intolerancia alimentaria y la estasis del alimento en la luz intestinal. El alimento menos digerido y que permanece por más tiempo en el intestino causa mayor desarrollo bacteriano y distensión por los gases, que son los productos secundarios de la fermentación.

#### **1.2.2. ALIMENTACIÓN:**

La alimentación enteral también es un factor de riesgo para la enterocolitis necrotizante. Un 95% de los pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante habían sido alimentados antes de comenzar con la enfermedad. Este es un mecanismo no muy bien entendido, pero se supone que la alimentación enteral da lugar a una proliferación de bacterias potencialmente patógenas que invaden la pared intestinal.

#### **1.2.3. COLONIZACIÓN BACTERIANA:**

El tracto gastrointestinal es estéril al nacimiento y la colonización con gérmenes se produce durante las primeras horas de vida. El proceso comienza al pasar por el canal del parto, con la flora vaginal, la alimentación y la exposición al ambiente. En recién nacidos sanos, la flora intestinal se caracteriza por un predominio de bacterias anaerobias facultativas como bifidobacterias y lactobacilos.

Esa colonización se ve reforzada por la presencia de oligofructosa, un componente de la leche humana, que se encuentra en el lumen intestinal. Los enteros cocos y los lactobacilos usan la lactosa como fuente de energía primaria, lo que evitaría el crecimiento de microorganismos patógenos que utilizan el mismo recurso para su subsistencia. Además su metabolismo genera productos como los ácidos grasos de cadena insidiosa. Hay algunos autores que definen la enterocolitis necrotizante como una enfermedad con la presencia de microorganismos patógenos. Uno de los hallazgos de la enfermedad

es la presencia de gas intramural en las asas intestinales como consecuencia del gas hidrógeno producido durante la fermentación bacteriana de sustratos alimenticios. Los bebés que reciben alimentación con fórmula tienen un predominio de otros gérmenes especialmente Gram negativos, Gram positivos y enterobacterias, tales como el Clostridium. Estos gérmenes se asocian a enterocolitis necrotizante especialmente y producen exotoxinas que causan daño en la mucosa intestinal.

#### **1.2.4. LESIÓN ISQUÉMICA INTESTINAL:**

Es un mecanismo de escape autor regulatorio, con restitución de la oxigenación tisular; sólo una isquemia prolongada puede alterar estos mecanismos compensadores. La evidencia actual sugiere que los fenómenos hipóxicos y el daño isquémico son eventos secundarios que se agravan por otros factores como los mediadores inflamatorios, la inmadurez del control vasomotor gastrointestinal y los estímulos químicos. Este mecanismo se denomina “escape autorregulador”.

Así se explica que no todos los recién nacidos con asfixia presenten enterocolitis necrotizante. La inmadurez de la barrera intestinal la hace muy sensible a la hipoperfusión esplácnica. El factor activador de plaquetas ha sido encontrado como mediador primario en la patogénesis de la enterocolitis necrotizante y se relaciona con los tres factores implicados en su aparición. (3)

#### **1.3. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS:**

La incidência varia entre 1 a 5 % dentro de lãs unidades de terapia intensiva neonatal. Afecta principalmente a neonatos prematuros entre 60 a 90 %. El grupo de Mayor riesgo: < 1500 gr, no asociación sexo, raza, estaciones y nivel socioeconómico. La edad de início: Inverso a Peso y Edad gestacional. Se presencia con mayor frecuencia entre 4º y 10º día, pero puede hacerlo desde el primer día hasta varias semanas después del nacimiento. (4)

#### **1.4. ANATOMIA PATOLOGICA:**

La enterocolitis necrotizante 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 presenta 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.(5)

#### **1.5. FISIOPATOLOGÍA:**

En la actualidad, no hay una teoría única sobre la patogenia de la enterocolitis necrotizante que logre explicar todos los signos clínicos asociados con este trastorno. Se considera que la secuencia fisiopatológica más aceptada es la de un daño mucoso isquémico o toxico inicial que provoca la pérdida de la integridad mucosa.

Entonces con la disponibilidad de un sustrato apropiado que brinda la alimentación enteral, existe una proliferación bacteriana a la que la invasión de la mucosa intestinal dañada por el gas (metano e hidrógeno), que produce microorganismos que causan gas intestinal intramural (neumatosis intestinal). Entonces, esta secuencia de

acontecimientos puede progresar hasta la necrosis transmural o la gangrena intestinal, por último, hasta la perforación y la peritonitis. (6)

#### **1.6. CUADRO CLINICO:**

El inicio de la enfermedad es usualmente de 3 a 10 días después del nacimiento, con extremos de 24 horas a 3 meses.

Los signos son:

##### **➤ GASTROINTESTINAL**

- ✓ Distensión Abdominal
- ✓ Tensión abdominal
- ✓ Intolerancia a la alimentación
- ✓ Vaciamiento gástrico retardado
- ✓ Vómitos biliosos
- ✓ Sangre oculta en heces, rectorrágia
- ✓ Cambio en el patrón evacuatorio
- ✓ Diarrea
- ✓ Masa abdominal
- ✓ Eritema o induración de la pared abdominal
- ✓ Ascitis

##### **➤ SISTEMICOS**

- ✓ Letárgica
- ✓ Apnea
- ✓ Distres respiratorio
- ✓ Hipo/ Hiperglucemia
- ✓ Pobre perfusión
- ✓ CID
- ✓ Oliguria
- ✓ Bradicardia
- ✓ Hemocultivos positivos. (7)

### 1.7. CLASIFICACIÓN:

Clasificación según criterios de Bell / Kliegman (8)

Etapa	Clasificación	Signos Sistémicos	Signos Intestinales	Signos Radiológicos
Grado	Enterocolitis necrotizante sospechada.	Inestabilidad térmica, apnea, bradicardia, letargia.	Residuo elevado, distensión abdominal leve, emesis, thevenon (+) en heces.	Normal o dilatación intestinal, Íleo Moderado.
Grado	Enterocolitis necrotizante sospechada.	Igual grado IA.	Sangrado rojo, brillante por recto.	Igual IA
Grado	Enterocolitis necrotizante probada. Levemente enfermo.	Igual a grado IA.	Igual que arriba, más ausencia de ruidos intestinales, con o sin tensión abdominal.	Dilatación intestinal, ileo neumatosis.
Grado	Enterocolitis necrotizante probada. Moderadamente Enfermo.	Igual a grado IA, más acidosis metabólica leve. Leve trombocitopenia.	Igual más ausencia de ruidos intestinales, sensibilidad abdominal definida, con o sin celulitis abdominal o masa en cuadrante inferior derecho	Igual más gas en vena porta , ascitis
Grado IIIA	Enterocolitis necrotizante avanzada, severamente enfermo, intestino intacto.	Igual a grado IIB, más hipotensión, bradicardia, apnea severa, acidosis mixta, coagulación intravascular diseminada y neutropenia.	Igual que arriba, más peritonitis generalizada, sensibilidad marcada y distensión del abdomen	Igual más ascitis definida

Grado IIIB	Enterocolitis necrotizante avanzada, severamente enfermo, intestino perforado.	Igual a grado IIIA	Igual a grado IIIA mas neumoperitoneo.	Igual más neumoperitoneo.
------------	--	--------------------	--	---------------------------

### 1.8. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO:

Las formas de presentación clínica son:

#### 1.8.1. Súbito (Prematuros o a Términos)

- ✓ Deterioro agudo catastrófico
- ✓ Descompensación respiratoria
- ✓ Shock / Acidosis
- ✓ Distensión abdominal marcada

#### 1.8.2. Insidioso (Usualmente Pre-términos)

- ✓ Evoluciona en 1 a 2 días
- ✓ Intolerancia alimentaria
- ✓ Cambios en el patrón evacuatorio
- ✓ Distensión abdominal intermitente (9)

### 1.9. CRITERIOS DE LABORATORIO:

- ✓ Hemocultivos positivo
- ✓ Trombocitopenia
- ✓ Leucocitosis o leucopenia
- ✓ Acidosis metabólica persistente
- ✓ Hiponatremia refractaria
- ✓ Thevenon y sustancias reductoras positivas en heces

### 1.10. CRITERIOS RADIOLOGICOS:

- ✓ Distensión de asas
- ✓ Edema de pared (más de 2mm)
- ✓ Asa fija
- ✓ Neumatosis quística intestinal (quistes llenos de gas en las capas suberosas y submucosa)
- ✓ Aire en el sistema porta

- ✓ Neumobilia o neumoperitoneo

#### **1.11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:**

- ✓ Perforación focal del óleum
- ✓ Vólvulo
- ✓ Intususcepción
- ✓ Trombosis mesentérica
- ✓ Enfermedad de Hirschsprung's

#### **1.12. EXAMENES AUXILIARES:**

##### **1.12.1. De Patología Clínica:**

- ✓ Hemograma
- ✓ Perfil de coagulación
- ✓ Cultivos de sangre y orina

##### **1.12.2. Imagenología:**

- ✓ Radiografía de abdomen: se debe realizar cada 6 – 8 horas por 2 o 3 días.
- ✓ Ecografía de abdomen.

##### **1.12.3. Exámenes Especializados:**

- ✓ Thevenon en heces.

#### **1.13. TRATAMIENTO:**

- ✓ Soporte respiratorio.
- ✓ Soporte cardiovascular (control hemodinámico de presión arterial, presión venosa central) apoyo de inotrópicos, transfusión de plasma fresco.
- ✓ Soporte metabólico: Expansión de volumen, bicarbonato de sodio, control sérico de electrolitos y función hepática.
- ✓ Soporte nutricional: nada por vía oral y sonda oro gástrica a gravedad para descompresión gastrointestinal.
- ✓ Antibióticos: previamente se tomaran cultivos de sangre, orina. Heces, etc.
- ✓ Soporte hematológico: transfusión de hemoderivados, mantener hematocrito 35 %.

- ✓ Función renal: mantener el flujo urinario adecuado, monitorizar urea, creatina, electrolitos séricos.
- ✓ Función neurológica: identificar y tratar inmediatamente enterocolitis necrotizante, hemorragia Interventricular. (10)

GRADO IA	Nada por vía oral; Antibióticos por 3 días
GRADO IB	Nada por vía oral; Antibióticos por 3 días
GRADO IIA	Nada por vía oral; Antibióticos por 7 a 10 días
GRADO IIB	Nada por vía oral; Antibióticos por 14 días. Bicarbonato por acidosis
GRADO IIIA	Igual IIB mas plasma, inotrópicos, VM, paracentesis, cirugía se prepara paciente en 24 a 48 horas.
GRADO IIIB	Igual IIIA, más cirugía.

### **Quirúrgico:**

La cirugía está altamente reservada para infantes con necrosis intestinal y perforación, esta consiste en resección intestinal y formación de enterostomías.

Indicaciones altamente específicas:

- ✓ Neumoperitoneo
- ✓ Paracentesis positiva
- ✓ Asa fija en radiografías seriadas
- ✓ Eritema de la pared abdominal
- ✓ Masa abdominal
- ✓ Gas en vena porta
- ✓ Indicaciones no específicas:
- ✓ Tensión abdominal
- ✓ Trombocitopenia persistente ( < 1000 000 mm<sup>3</sup> )
- ✓ Neutropenia progresiva
- ✓ Deterioro clínico
- ✓ Severo sangrado gastrointestinal



## **1.14.COMPLICACIONES:**

### **1.14.1. Estoma:**

- ✓ Retracción, prolapso, hernia periestomal.
- ✓ Cambio de coloración y/o ausencia de funcionamiento.

### **1.14.2. Herida Abdominal:**

- ✓ Infección.
- ✓ Dehiscencia.
- ✓ Fistulas entero cutáneas o entero entéricas.
- ✓ Abscesos intra abdominales.

## **A largo plazo hay trastornos intestinales–nutricionales:**

### **1.14.3. Ostomias:**

Perdida de electrolitos interfiere el crecimiento. Predisposición a deshidratación y acidosis.

### **1.14.4. Herida operatoria:**

Aéreas de cicatrización y bridas. Síntomas de obstrucción por bridas. Solo el 10% de los niños con enterocolitis necrotizante tienen trastornos intestinales a largo plazo.

### **1.14.5. Intestino corto:**

Es la complicación más grave.

### **1.14.6. Colestasis:**

Complicación de nutrición parenteral en el momento del alta deben haberse descartado otras causas. (11)

## **2. TEORIAS DE ENFERMERIA:**

### **2.1. SEGÚN SU ORIGEN**

- ✓ Naturalista y ecologista.
- ✓ Suplencia y ayuda.
- ✓ Interrelación
- ✓ Sistémicos
- ✓ Necesidades

- ✓ Interacción-comunicación
- ✓ Desarrollo Evolucionista
- ✓ Escuela de necesidades
- ✓ Escuela de interacción
- ✓ Escuela de objetivos.

### **3.2. HISTORIA**

La enfermería ha respondido y siempre responderá a las necesidades de sus pacientes. En tiempo de guerra la respuesta enfermera fue satisfacer las necesidades de los heridos en zonas de combate y en los hospitales militares en los Estados Unidos y en el extranjero. Cuando las comunidades se enfrentan a crisis sanitarias, tales como brotes de enfermedades o insuficiencia de recursos sanitarios, las enfermeras establecen programas comunitarios de vacunación y detección precoz, centros de tratamiento y actividades de promoción de la salud.

Por ello entra el trabajo de Florence Nightingale durante la guerra de Crimea. Ella estudió e implementó métodos para mejorar la higiene sanitaria en el campo de batalla, los cuales redujeron en última instancia enfermedades, infecciones y mortalidad.

- ✓ En 1859 Florence Nightingale fue la primera en encaminar a la enfermería hacia la profesionalización, sin embargo no creó el proceso de enfermería, en 1860 desarrolló su “Teoría del entorno”, 1952 funda la revista “Nursing Research”.
- ✓ En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de relaciones interpersonales”.
- ✓ En 1955, Virginia Henderson publica “Definition of Nursing”.
- ✓ En 1955 Lydia Hall creó el concepto de proceso de enfermería.
- ✓ En 1960 Un grupo de enfermeras determinan los pasos específicos del proceso de enfermería.

- ✓ En 1960 Faye Glenn Abdellah publica su “teoría de tipología de los problemas de enfermería”, clasificó 21 problemas clínicos del paciente para agregarlos al proceso de enfermería.
- ✓ En 1967 Yura y Walsh publicaron un libro donde describe el proceso de enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación.
- ✓ En 1969 Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas conductuales”
- ✓ En 1970 Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios” En 1971 Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”
- ✓ En 1973 American Nurses Association introduce el Proceso Enfermería a la práctica clínica.
- ✓ En 1974 Gabbie y Lavie separan el diagnóstico de la fase valoración, creando así la quinta fase del proceso.
- ✓ En 1978 Marjory Gordon organiza los datos del paciente en patrones funcionales, estos son tomados y modificados por la NANDA.
- ✓ En 1982 NANDA publica Taxonomía I, con 9 patrones de respuesta humana, en 2003 publica Taxonomía II, contando con 13 Dominios, 46 clases y más de 200 diagnósticos que continúan actualizándose hasta hoy.

### **3.3. ANÁLISIS DE LA TEORÍA DE DOROTEA OREM.**

En la Unidad de cuidados intensivos neonatales los paciente internados son de grado dependencia IV, donde el neonato requiere un cuidado completo, no participa en su autocuidado con factores de riesgo de mediana a alta prioridad.

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem (2001) se centra en las necesidades de autocuidado del paciente. Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada a un objetivo, dirigida hacia el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. El

objetivo de la teoría de Orem es ayudar al paciente a realizar el autocuidado y gestionar sus problemas de salud.

El cuidado enfermero es necesario cuando el paciente es incapaz de satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas, de desarrollo o sociales. Esta teoría funciona bien en todas las etapas del proceso enfermero (George, 2011). La enfermera valora y determina por qué un paciente es incapaz de satisfacer estas necesidades, identifica los objetivos para ayudar al paciente, interviene para ayudar al paciente a realizar el autocuidado y evalúa cuánto autocuidado es capaz de realizar el paciente. De acuerdo con la teoría de Orem, el objetivo de la enfermería es aumentar la capacidad del paciente que es lo que se requiere en el neonato.

#### **3.4 Organización por patrones de respuesta humana:**

Patrón 1: Intercambio

Patrón 2: Comunicación

Patrón 3: Relaciones

Patrón 4: Valores

Patrón 5: Elección

Patrón 6: Movimiento

Patrón 7: Percepción

Patrón 8: Conocimiento

Patrón 9: Sentimientos / sensaciones

## **II.SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

### **3. DESCRIPCIÓN:**

Recién nacidos de 4 días de vida, sexo masculino se encuentra actualmente en incubadora cerrada conciliando sueño, recibiendo oxigenoterapia fase II , presión positiva en las vías aéreas con concentración de oxígeno en la mezcla del aire inspirado de 40% ,PEEP 5 ,FLUJO 6 litros, con vía percutánea pasando nutrición parenteral parcial a 7 cc/h, con sonda oro gástrica a gravedad donde se evidencia secreción biliosa con puntos porráceos en trayecto, con vía periférica salinizada en miembro superior derecho, a la observación del monitor presenta ,frecuencia cardiaca 148xmin, saturación de oxígeno de 88-91%, con episodios de saturación a la irritabilidad, también se evidencia piel con acrocianosis distal en manos y pies, abdomen globulosos reticulado, según el historial clínico a los 4 días de vida presenta cuadro de episodio de vomito de contenido alimentario sin otra sintomatología el cual se interpretó como reflujo gastroesofágico. Al día siguiente presenta deterioro clínico como, distensión abdominal, persistencia de episodios de vómitos postprandiales, residuo gástrico del 70%, deposiciones con rasgos de sangre macroscópica e hipoglicemia, por tanto se realiza el diagnóstico de Enterocolitis Necrotizante Estadio I. Se suspende la vía oral, se realizan hemograma, química sanguínea, se toman hemocultivos y se inicia esquema antibiótico de primera línea con ampicilina gentamicina que fue reemplazado con otros antibióticos.

### **3.1. VALORACION:**

#### **3.1.1. DATOS DE FILIACION:**

Apellidos del RN:	Q.T.RN
Servicio:	UCIN
Numero de incubadora:	04
Fecha de ingreso:	05/11/17
Numero de HCL:	19240

#### **3.1.2. DATOS GENERALES:**

Edad: 04 días  
Sexo: masculino  
Fecha de Nacimiento: 05/11/17  
Tipo de Parto: Cesárea

**3.1.3. ANTECEDENTES MATERNOS:**

Gestación: 5  
Cesáreas: 0  
Abortos: 0  
Hijos vivos: 4  
Edad materna: 39 años.  
Periodo intergénésico: 6 años.  
Controles prenatales: Solo 3 controles.  
Ruptura prematura de membranas: 7 horas.  
No se constata infección.  
No grupo y factor materno.

**3.1.4. ANTECEDENTES INTRAPARTO:**

Líquido Amniótico claro.

**3.1.5. ANTECEDENTES NEONATALES:**

APGAR: 3 = 1' 5 = 7' 9 = 10'  
Peso de Nacimiento: 1,900 gr.  
Talla de Nacimiento: 46 cm  
Perímetro Cefálico: 34cm.  
Perímetro Torácico: 32cm  
EG Capurro: 36 semanas

**3.1.6. MOTIVO DE INGRESO:**

Neonato ingresa de sala de operaciones a las 03:40 de la madrugada por presentar de saturaciones de oxígeno 70% al medio ambiente, síndrome de distres respiratorio leve, prematuridad pasa a la unidad de cuidados intensivos neonatales para su monitorización, descartar sepsis.

**3.1.7. DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL:**

Recién nacido pre término de 36 semanas al nacer bajo peso al nacer, adecuado para la edad gestacional. Sepsis neonatal probable, enterocolitis necrotizante grado I, riesgo de trastorno metabólico.

**3.1.8. TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:**

- ✓ Monitorización hemodinámica.
- ✓ Nada por vía oral.
- ✓ Nutrición parenteral parcial a 7cc/h.
- ✓ Reposición de pérdidas por sonda orogastrica volumen a volumen con Cloruro de sodio 0.9% C/6 horas.
- ✓ Aminofilina 3mg Endovenoso c/ 12 horas.
- ✓ Meropenem 25 mg Endovenoso c/ 12 horas.
- ✓ Metronidazol 9.5 mg Endovenoso c/ 24 horas.
- ✓ Amikacina 19 mg Endovenoso c/ 36 horas.
- ✓ Fentanilo 0.2 cmg + 0.8 cc Cloruro de sodio 0.9% PRN.
- ✓ Nebulización c/sf 3 cc c/6 horas.
- ✓ Hemoglucotex c/8 horas.
- ✓ Presión positiva en las vías aéreas, con Presión positiva al final de la espiración de 5 FIO2 =40% y cuidados.
- ✓ Transfusión de paquete globular 28 cc Endovenoso por 2 horas.
- ✓ Remitidita 1 mg endovenoso c/12 horas.
- ✓ Control de funciones vitales, balance hídrico.
- ✓ Observación de signos de alarma.

**3.1.9. ECOGRAFÍA TRANSFONTANELAR:** Normal.

**3.1.10. RX ABDOMINAL FRONTAL Y TANGENCIAL:**

Edema de asa intestinal, íleo leve y se aprecia línea de radio y humeros entre borde hepático (Enterocolitis necrotizante I)

**3.1.11. EXÁMENES DE LABORATORIO:**

(05/11/17):		Valores normales.
Hemoglobina:	11.2 gr/dl	14 - 16 gr/dl
Hematocrito:	32.9%	37% a 50.3%

Glucosa:	53 mg/dl	70-100 mg/dL
Leucocitos:	14.080 mm	10,0-30,0mm3
Abastondados:	0	
Recuento de plaquetas:	376.00	100-300x10 cúbicos
Tp:	13.8	
Tpp:	56.7	
LCR:	Normal.	

(05/11/17)

### **AGA**

AGA: Alkalosis metabólica compensada, hipocalcemia x alkalosis.

PH:	7.46	7.35-7.45
pCO2:	65 mmHg	36-46 mmHg
pO2:	58 mmHg	83-100 mmHg
HCO3:	44 mmol/L	22-25mmol/litro.
Sat:	88%	95-100%
Na:	142 mmol/L	136-146 mmol/L
K:	2.4 mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
Ca:	1.7 mmol/L	1.15 a 1.29 mmol/L
cBase (B):	-0.2 mEq/L	0+-2

### **3.1.12. EVALUACION CEFALOCAUDAL:**

#### **➤ CABEZA:**

- ✓ Fontanela: Blanda, pulsátil, levemente depreciable.
- ✓ Suturas: Presentes, con cierto grado de cabalgamiento.
- ✓ Ojos: Cerrados, párpados edematosos.
- ✓ Nariz: Permeable.
- ✓ Labios: Rojos.
- ✓ Oídos: Pabellones auriculares blandos, buena implantación.
- ✓ Cuello: Corto y simétrico.



➤ **TÓRAX:**

- ✓ Frecuencia Respiratoria: 52 por minuto, irregular.
- ✓ Clavículas: Superficie lisa y uniforme.
- ✓ Nódulo mamario: Palpable.
- ✓ Expansión torácica simétrica.
- ✓ No tiraje pulmonar MV en ACP.
- ✓ Presión positiva en vías espiratorias ,PEEP 4 FIO2 40%

➤ **CARDIOVASCULAR:**

- ✓ Frecuencia Cardíaca: 158 por minuto.
- ✓ RCR de regular cantidad.
- ✓ No soplos.
- ✓ Pulso periféricos palpables de regular intensidad.

➤ **ABDOMEN:**

- ✓ Perímetro abdominal: 26 cm con aumento de 2 cm.
- ✓ Nada por vía oral + Sonda oro gástrica a gravedad.
- ✓ Distensión Abdominal poco blanda con asa en relieve.
- ✓ Presenta función disminuida.
- ✓ RG con rasgos borraeos, biliosos.
- ✓ Presenta Ruidos Hidroaereos (++) timpánico.

➤ **MIEMBROS SUPERIORES:**

- ✓ Móviles Simétricos

➤ **MIEMBROS INFERIORES:**

- ✓ Móviles Simétricos.
- ✓ Caderas buena abducción.

➤ **PIEL Y TEGUMENTOS:**

- ✓ Piel reticulada, acrocianosis.
- ✓ Temperatura 36.4 °C hipotérmico.
- ✓ Frialdad distal.
- ✓ Bebe en incubadora en cpap nasal.

➤ **GENITALES:**

- ✓ Se observa que los labios mayores cubren completamente los labios menores y el clítoris. Se observa el himen.

➤ **NEUROLOGICO:**

- ✓ Reactivo.
- ✓ Hipo activo.
- ✓ Regular estado general.

➤ **REFLEJO:**

- ✓ Reflejo de succión disminuida.

**3.1.13. EVALUACIONES POR PATRONES DE RESPUESTA HUMANA:**

**PATRON INTERCAMBIO:**

➤ **CARDIACO:**

- ✓ Frecuencia Cardias: 158 por minuto.
- ✓ RC rítmicos.

➤ **OXIGENACION:**

- ✓ Frecuencia Respiratoria: 62 por minuto, irregular, abdominal.
- ✓ Acrocianosis.
- ✓ Presión positiva en vías espiratorias.

➤ **NEUROLOGICO:**

- ✓ Hipotonía.

➤ **REPRODUCCION:**

Genitales de aspectos normales de acuerdo a edad y sexo.

➤ **NUTRICION:**

- ✓ Reflejo de Succión débil.
- ✓ Nada por vía oral + Sonda oro gástrica a gravedad.
- ✓ Presencia de residuo gástrico borraceo, bilioso.
- ✓ Peso de Nacimiento: 1.900 gramos.

➤ **ELIMINACION:**

- ✓ Abdomen globuloso moderado depresible.
- ✓ Eliminación de meconio con rasgos de sangre

- **TERMOREGULACION:**
  - ✓ Temperatura axilar: 36.4 °C.
  - ✓ Frialdad distal.
- **PATRON DE COMUNICACIÓN:**
  - ✓ Llanto débil, hipo activo.
- **PATRON RELACION:**
  - ✓ Permanece en incubadora, en observación.
- **PATRON VALORES:**
  - ✓ Los padres profesan la religión católica.
  - ✓ Todavía no es bautizado
- **PATRON ELECCION:**
  - ✓ No evaluable.
- **PATRON MOVIMIENTO:**
  - ✓ ACTIVIDAD: Neonato hipo activo.
  - ✓ REPOSO: Conserva sus periodos de sueño 16 – 20 horas.
  - ✓ RECREO: No evaluable.
- **PATRON PERCEPCION:**
  - ✓ No datos significativos
- **PATRON CONOCIMIENTO:**
  - ✓ No datos significativos.
- **PATRON SENTIMIENTOS**
  - ✓ No datos significativos.

### **III. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

#### **4. DIAGNÓSTICOS:**

- ✓ Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de la capacidad pulmonar secundario distensión abdominal e/p frecuencia respiratoria 62x, acrocianosis prematurez.
- ✓ Perfusión tisular gastrointestinal inefectiva R/C desequilibrio ventilación - perfusión, inmadurez de la mucosa intestinal, proliferación bacteriana
- ✓ Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos; inmadurez del sistema inmunitario y destrucción tisular.
- ✓ Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C eliminación de RG, deposición, incapacidad de ingerir nutrientes.
- ✓ Alteración del vínculo materno filial R/C separación precoz forzada y prolongada, nacimiento prematuro e internación en unidad de cuidados intensivos.
- ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones, vía aérea artificial, evidenciado por agitación, desaturación.

**IV. PLANEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES**  
**(PRIORIZACION DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA)**

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA</b>	<b>N° DE ORDEN</b>	<b>FUNDAMENTO</b>
Perfusión tisular gastrointestinal inefectiva R/C desequilibrio ventilación - perfusión, inmadurez de la mucosa intestinal, proliferación bacteriana.	<b>1</b>	El aparato digestivo no sólo ejerce como órgano de absorción y secreción, sino que también posee funciones de barrera, de regulación hormonal y de defensa. El recién nacido presenta una inmadurez en su estructura, y en su funcionalidad, que irán mejorando con el paso de los meses. Este cambio implica en el recién nacido una respuesta conjunta del tracto gastrointestinal que comprende, succión y deglución adecuadas, vaciamiento gástrico y motilidad intestinal eficaces; Es preciso, además, el desarrollo de la función inmunitaria del intestino. En esta patología el aparato

		gastrointestinal dañado constituye la puerta de entrada de muchos antígenos potenciales, y por ello la función inmunológica de su mucosa es esencial para controlar las respuestas frente a las infecciones.
Alteración limpieza ineficaz de vías aéreas R/C retención de secreciones, vías aéreas artificial E/P agitación, de saturaciones.	<b>2</b>	La función respiratoria es el intercambio gaseoso entre los tejidos y el medio ambiente que esto no ocurre cuando hay acumulo de secreciones que impedirá este intercambio, además es sabido que la vía aérea del lactante contiene una mayor proporción de glándulas mucosas. Estos factores hacen que un adecuado manejo de secreciones sea fundamental para evitar la presencia de atelectasias.

Alteración del vínculo materno filial R/C separación precoz forzada y prolongada, nacimiento prematuro e internación en unidad de cuidados intensivos.	<b>3</b>	El proceso De esta patología causa a menudo un deterioro súbito, sin motivo aparente, razón por la cual los recién nacidos con enterocolitis necrotizante, plantean un problema especial, además, la posibilidad imperiosa de una intervención quirúrgica y la elevada mortalidad junto con el pronóstico incierto, esto hace una situación más difícil para los familiares neonatos. Ineludible que el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, aprenda a compartir y anticipar la información y formar un apoyo y colaboración con la familia, para que fluya confianza.
Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de la capacidad pulmonar secundario distensión	<b>4</b>	El principal objetivo de la función respiratoria es el intercambio gaseoso entre los tejidos y el

<p>abdominal e/p</p> <p>Frecuencia respiratoria 62x, acrocianosis prematurez.</p>		<p>medio ambiente</p> <p>Es decir, llevar oxígeno (O<sub>2</sub>) a las células y remover el bióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), producto del metabolismo celular, para su eliminación a la atmósfera.</p> <p>Para que esto ocurra deben presentarse 2 procesos en forma interrelacionada:</p> <p>Ventilación e intercambio gaseoso.</p> <p>En los prematuros los músculos son débiles por, el centro del cerebro que rige la respiración es inmaduro y los alvéolos pulmonares no han completado su desarrollo. Todos estos factores provocan que la respiración sea rápida, superficial e irregular, con apneas (pausas en la respiración) que pueden provocar una oxigenación cerebral incorrecta (hipoxia),</p>
---	--	--



		también debiéndose a la comprensión torácica que impide a los pulmones expandirse con facilidad.
Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos; inmadurez del sistema inmunitario y destrucción tisular	<b>5</b>	La piel es la primera línea de defensa frente a la infección, cualquier lesión puede generar además problemas de termorregulación, balance electrolítico, afectando directamente a la mortalidad y morbilidad del recién nacido. En estos prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Esta patología corremos en riesgo de infectar al neonato por tener inmunidad baja el uso de medios invasivos como vía percutánea, vías de acceso venoso, colocación de sonda

		<p>pueden ser medios para la invasión de microorganismos cuyas toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular y llevar a que se presente hipotensión arterial y funcionamiento deficiente de los órganos nobles.</p>
<p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C eliminación de residuo gástrico, deposición, incapacidad de ingerir nutrientes.</p>	<b>6</b>	<p>El agua en que ésta es el principal componente de nuestro cuerpo. En el feto, más del 90% del peso corporal es agua, porcentaje que desciende al 75% en los recién nacidos. La importancia de mantener al niño hidratado es vital para evitar un shock por deshidratación que podría causar secuelas en el bebé. El riesgo es mayor ya que el neonato presenta residuo gástrico, pérdida de líquidos por vías anormales como lesión en los intestinos. Por</p>

		ello el objetivo de la terapia con líquidos y electrolitos es garantizar que el recién nacido prematuro tenga una transición adecuada.
--	--	--

## V. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y EBE

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos subjetivos</b></p> <p>Enfermera del turno anterior refiere que neonato presentó residuo gástrico bilioso.</p> <p><b>Datos objetivos:</b></p> <p>De la historia clínica- Distensión abdominal, piel tensa, brillante, hipotermia, mala perfusión tisular.</p>	<p>Perfusión tisular gastrointestinal inefectiva R/C desequilibrio ventilación - perfusión, inmadurez de la mucosa intestinal, proliferación bacteriana</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <p>El recién nacido evidenciará mejoría en la alteración de la perfusión hística gastrointestinal restableciendo las alteraciones recuperables durante su estancia hospitalaria.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>El recién nacido mantendrá un Equilibrio nutricional adecuado durante la hospitalización.</p> <p>Mantendrá los valores</p>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se coloca de sonda oro gástrico numero 8 a gravedad en nada por vía oral.</li> <li>✓ Se Continúa con un aporte nutricional adecuado según indicación médica. (Nutrición parenteral parcial) dextrosa al 10% más electrolitos a 7cc/h.</li> <li>✓ Se controla la tolerancia oral: náuseas, regurgitación, vómitos.</li> <li>✓ Se evalúa en forma periódica (cada 2 horas)</li> </ul>	<p>Recién nacido mantiene alimentación parenteral parcial y enteral adecuado.</p>

		normales de electrolitos: Na :135 a 146 mEqui/ml K: 3.5 a 5	características de la pared abdominal. ✓ Se mide perímetro abdominal (dejar marca referencial). ✓ Se Vigila si hay distensión abdominal, Presencia de asas intestinales, eritema y sensibilidad en pared abdominal (zona peri umbilical y flancos derecho e izquierdo). ✓ Se Monitoriza ruidos hidroaéreos: Presentes, ausentes o disminuidos e informar al médico. ✓ Se cuantifica residuo gástrico y características:	
--	--	---	---	--

			<p>volumen, color, olor.</p> <p>✓ Se repone la cantidad de pérdidas por sonda oro gástrica volumen a volumen con ClNa 0.9% C/6 horas por indicación médica.</p> <p>✓ Se administra tratamiento de ranitidina, metronidazol.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería	1
		Cuidados de enfermería de	Departamento de enfermería servicio de	
VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
LIC. Patricia Rodríguez Delgado.	2015	<a href="http://www.youtube.com/watch?v=SeFWBjPs_q0">www.youtube.com/watch?v=SeFWBjPs_q0</a> .	Cuidados de enfermería en la enterocolitis necrosante.	2

<p><b>Datos subjetivos:</b> Enfermera del turno anterior refiere que neonato presentó secreciones en boca que fue aspirado cada 3 horas.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> <b>Del Examen físico</b> Presencia de secreciones en ambos carrillos, Roncantes en ACP, agitación por momentos, desaturaciones.</p>	<p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con retención de secreciones, vía aérea artificial, evidenciado por agitación, desaturación</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b> Recién nacido mantendrá vías aéreas permeables.</p> <p><b>Objetivos específico:</b> El recién nacido mantendrá la vía aérea permeables mediante la eliminación de secreciones.</p>	<p><b>Intervenciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se ausculta ambos campos pulmonares en busca de ruidos roncacos, estertores o sibilancias.</li> <li>✓ Se coloca y se mantiene al neonato en posición semifowler y lateralizado.</li> <li>✓ Se monitoriza frecuencia respiratoria.</li> <li>✓ Se coloca oximetría de pulso</li> <li>✓ Se aspira secreciones de la boca a necesidad.</li> <li>✓ Se nebuliza con 3cc de suero fisiológico cada 6 horas.</li> <li>✓ Se registra e informa la cantidad, consistencia y color de las secreciones.</li> </ul>	<p>Recién nacido mantiene vías aéreas permeables, SatO2= 92%.</p>
---	--	---	---	---

			✓ Se reevalua la presencia de ruidos respiratorios. ✓ Se mantiene preparado el equipo de aspiración cerca del recién nacido ✓ Se toma de gases arteriales.	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Hospital María Auxiliadora	2012	servicio de uci pediatría	Guías de cuidados de enfermería	2
Lic. Frank W. Castro López	2007	<a href="http://bookmedico.blogspot.com">http://bookmedico.blogspot.com</a>	Manual de enfermería en neonatología	2



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos subjetivos:</b> No evaluable</p> <p><b>Datos objetivos:</b> Padre desconoce el estado de salud, Madre quecha hablante, 3 controles prenatales.</p>	<p>Alteración del vínculo materno filial. R/C. Separación precoz forzada y prolongada, nacimiento prematuro e internación en UCIN.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b> Fomentará la integración familiar.</p> <p><b>Objetivos específico:</b> Se establecerá una relación de encariñamiento y apego entre la madre y el neonato. Lograr que el neonato y sus padres se integren precozmente</p>	<p><b>Intervenciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular las visitas lo más precoz posible de la madre e incentivar a la extracción de leche materna.</li> <li>✓ Brinde al padre información diaria sobre los cuidados de la paciente.</li> <li>✓ Se da orientación a los padres sobre las normas de ingreso a la unidad.</li> <li>✓ Se Informa oportunamente el estado del niño.</li> <li>✓ Se Permite a la madre tocar y acariciar al niño.</li> <li>✓ Se Permite a los padres la participación progresiva a los cuidados del neonato.</li> <li>✓ Se enseña a los padres</li> </ul>	<p>La madre estableció una relación de apego y encariñamiento hacia su bebe.</p>

			mediante la educación individual en el transcurso de la hospitalización.	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería.	1
Josefina Gallegos Martinez. Luciana Mara Monti Fonseca.	2007	Revista. <a href="http://www.scielo.br">http://www.scielo.br</a>	Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal.	2
María Fernanda Acosta.	2016	Revista UNIMAR	Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.	2

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
<p><b>Datos Subjetivos:</b> Enfermera del turno anterior refiere que neonato presenta dificultad respiratoria, silverman 5 puntos.</p> <p><b>Datos objetivos:</b> <b>De la Historia Clínica</b> Uso de presión positiva de vías aéreas burbuja FiO2=40%.</p> <p><b>Del Examen físico</b> Presión positiva de vías aéreas , PEEP: 5, flujo :6 Saturación de</p>	<p>Patrón respiratorio ineficaz r/c disminución de la capacidad pulmonar secundario distensión abdominal.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b> Recién nacido mantendrá patrón respiratorio eficaz mediante una adecuada expansión pulmonar. gasometría adecuada ( AGA de ph 7.35-7.45 Pco2:35-45).</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> Recién nacido Mantendrá vías aéreas permeables.</p>	<p><b>Intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se Coloca oxígeno por presión positiva de vías respiratorias a 6 litros.</li> <li>✓ Se monitoriza frecuencia respiratoria.</li> <li>✓ Se coloca oximetría de pulso para controlar saturación de oxígeno.</li> <li>✓ Se Controla el uso de oxigenoterapia.</li> <li>✓ Se Auscultar y verifique la ventilación en ambos campos pulmonares.</li> <li>✓ Se vigila la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>✓ Se Verifica el buen</li> </ul>	<p>El recién nacido mantiene un adecuado patrón respiratorio: Saturación de O2 = 92%, Frecuencia Respiratoria 40-60 X` Silverman 1, niveles adecuados en los análisis de AGA: Ph: 7.40 pCo2 :36 HCO3 :24</p>

<p>oxígeno: 88%, FC: 158x', FR: 52x'</p> <p>Roncantes en ACP.</p> <p>Secreciones en boca.</p>			<p>funcionamiento de los circuitos del uso de presión positiva de vías respiratorias burbujas y su adecuada colocación del circuito al recién nacido.</p> <p>✓ Se Coloca al recién nacido en posición de cubito dorsal.</p> <p>✓ Se ausculta ambos pulmones para verificar el pasaje de oxígeno adecuado.</p> <p>✓ Se Aspira secreciones por boca y fosas nasales según sea necesario</p> <p>✓ Recibe sesiones de nebulización al paciente con suero fisiológico para</p>	
---	--	--	---	--

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
------------	-------------	---------------	--------------	------------

			<p>fluidificar secreciones según indicaciones médicas.</p> <p>✓ Se Monitoriza la frecuencia cardiaca inmediatamente antes, durante y después de la aspiración.</p> <p>✓ Si el paciente presenta bradipnea, de saturación, suspender la aspiración e hiperoxigenar.</p> <p>✓ Control de AGA.</p>	
--	--	--	---	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NOC/libro	Clasificación de resultados de enfermería	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson	2014	NIC/libro	Clasificación de intervenciones de enfermería	1
Hospital María Auxiliadora	2012	servicio de uci pediatría	Guías de cuidados de enfermería	2
Lic. Frank W. Castro López	2007	<a href="http://bookmedico.blogspot.com">http://bookmedico.blogspot.com</a>	Manual de enfermería en neonatología	2

<p><b>Datos Subjetivos:</b> No evaluable</p> <p><b>Datos objetivos:</b> <b>De la Historia Clínica</b> Temperatura corporal 36.4°C, Orden de inserción de catéter percutáneo, prematurez.</p> <p><b>Del Examen físico</b> Uso de catéter percutáneo, sonda nasogástrica, vía periférica, frialdad de miembros inferiores, temperatura de 36.4 °C.</p>	<p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos; inmadurez del sistema inmunitario y destrucción tisular</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b> Prevenir la infección del Recién nacido.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> Recién nacido disminuirá el riesgo de infección asociado a procedimientos invasivos</p>	<p><b>Intervención.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Se aplica medidas de bioseguridad en cada procedimiento (lavado de manos, colocación de guantes estéril, mandilón y gorra mascarilla).</li> <li>✓Se mantiene al neonato en constante monitorización.(temperatura Corporal, frecuencia cardiaca, presión arterial).</li> <li>✓Se Administra antibióticos (amikacina, meropenen).</li> <li>✓Se efectiviza resultados de hemocultivo (-), cultivo de punta de catéter, orina y heces.</li> <li>✓Se realiza cambio de sonda interdiario según protocolo del servicio.</li> <li>✓Se vigila los puntos de inserción</li> </ul>	<p>El paciente no presento signos de infección</p> <p>Resultado de cultivos negativos</p>
--	--	--	--	---

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
			<p>de las vías perineales en busca de signos de flogosis.</p> <p>✓Se realiza curación de la vía percutánea con asepsia.</p> <p>✓Se cambia diario las gasas de la vía epicutanea.</p> <p>✓Se realiza lavado de manos antes, durante y despues de cada procedimiento.</p>	

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	1
Rigoberto soriano.	2014	UPB/artículo de revisión.	Cuidados de enfermería al neonato con enterocolitis necrosante.	2

<p><b>Datos</b></p> <p><b>Objetivos:</b></p> <p>Reporte de enfermería: residuo gástrico en regular cantidad.</p> <p><b>Del Examen Físico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sonda oro gástrica con rasgos borraceos – biliosa.</li> <li>✓ Bebe en nada por via oral.</li> <li>✓ Bebe con catéter periférico central.</li> </ul>	<p><b>Potencial:</b></p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos R/C eliminación de RG, deposición, incapacidad de ingerir nutrientes.</p>	<p><b>Objetivos Generales:</b></p> <p>El RN mantendrá un adecuado volumen de líquidos.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>El recién nacido mantendrá un balance hídrico positivo.</p> <p>Recién nacido mantendrá hidratación adecuada: mucosas hidratadas, piel turgente, flujo urinario adecuado: 1-3cc/k/h.</p>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se valora el estado general del neonato, color, turgencia de la piel, lagrimas presentes.</li> <li>✓ Se vigila el aporte nutricional calórico pasando por la infusión.</li> <li>✓ Se monitoriza frecuencia cardiaca, respiratoria, temperatura corporal.</li> <li>✓ Se controla el peso diario, ganancia diaria.</li> <li>✓ Se monitoriza debito urinario: frecuencia, cantidad, color.</li> <li>✓ Se controla el balance hídrico en forma diaria y por turno.</li> <li>✓ Evaluar signos de</li> </ul>	<p>El neonato mantiene un adecuado volumen de líquidos evidenciado por: Un balance hídrico positivo y piel y mucosas hidratadas.</p> <p>Flujo urinario entre 1 a 3 cc/Kg / h</p>
--	--	--	---	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ BH + 32.</li> <li>✓ Flujo urinario entre 4.3cc/kg7h.</li> </ul>			<p>deshidratación (mucosas secas, piel reseca, ausencia de lágrimas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Se evalúa el número, cantidad y consistencia del residuo gástrico.</li> <li>✓Se controla el peso de pañales.</li> <li>✓Se realiza reposición de pérdidas por sonda oro gástrica volumen a volumen con cloruro de sodio al 0.9% C/6 horas por indicación médica.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

AUTOR	AÑO	BASE/FUENTE DE DATOS	TÍTULO	NIVEL
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NOC/libro.	Clasificación de resultados de enfermería.	1
Moorhead, Johnson, Maas y Swanson.	2014	NIC/libro.	Clasificación de intervenciones de enfermería.	1
Rigoberto soriano.	2014	UPB/artículo de revisión.	Cuidados de enfermería al neonato con enterocolitis necrosante.	2

## VI. EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Los cuidados de enfermería se llevaron a cabo durante el tiempo que estuvo hospitalizado el neonato, cumpliéndose en un 90% con lo programado.

## VII. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

**En la valoración:** Se tomó datos obtenidos de la historia clínica de mucha relevancia y se agrupó mediante patrones de respuesta humana, abarcando globalmente las esferas del ser humano.

**En la planificación:** se priorizó los problemas que se encontraron, se planteó objetivos y se detalló los cuidados de enfermería a seguir.

**Evaluación:** se volvió a evaluar al paciente encontrándose cambios favorables por el momento tales como:

- ✓ Neonato con destete progresivo de oxigenoterapia, no se evidencia esfuerzo respiratorio.
- ✓ Neonato presenta vías aéreas permeables a la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares, saturando de oxígeno 90%.
- ✓ Neonato con inicio de alimentación atrófica.
- ✓ neonato presenta temperatura corporal entre 36.8°-37°c, con la piel hidratada.
- ✓ Neonato cumpliendo el tratamiento médico.

## CONCLUSIONES

- ✓ Recién nacido mantiene alimentación parenteral parcial y enteral adecuado
- ✓ Recién nacido mantiene vías aéreas permeables, SatO<sub>2</sub>= 92%.
- ✓ La madre estableció una relación de apego y encariñamiento hacia su bebe.
- ✓ El recién nacido mantiene un adecuado patrón respiratorio: Saturación de O<sub>2</sub> = 92%, Frecuencia Respiratoria 40-60 X', Silverman 1, niveles adecuados en los análisis de AGA: Ph: 7.40, pCo<sub>2</sub>:36, HCO<sub>3</sub>:24.
- ✓ El paciente no presento signos de infección.
- ✓ Resultado de cultivos negativos.
- ✓ El neonato mantiene un adecuado volumen de líquidos evidenciado por: Un balance hídrico positivo y piel y mucosas hidratadas, flujo urinario entre 1 a 3 cc/Kg / h.

## RECOMENDACIONES

- ✓ Gracias a los cuidados que dio la enfermera al neonato con esta patología se mantenido con alimentación y nutrición parenteral parcial y enteral adecuado. Ya que la alimentación por vía endovenosa también es un proceso de introducción de nutrientes en nuestro organismo.
- ✓ Continuar manteniendo las vías aéreas permeables, SatO<sub>2</sub>= 92%.para favorecer una buen pasaje de oxígeno, mejorar el proceso respiratorio y evitar secuelas.
- ✓ Gracias al personal encargado del cuidados del bebe, quien ayudo a establecer una relación de apego y encariñamiento hacia su bebe, ya que La presencia frecuente de la madre ayuda a promover el apego con su hijo, además de incentivar a la recuperación del niño por tanto continuar con esta acción.
- ✓ Continuemos manteniendo el patrón respiratorio adecuado: Saturación de O<sub>2</sub> = 92%, Frecuencia Respiratoria 40-60 por minuto, Sin dificultad respiratoria que mejorar la calidad de vida de los neonatos y evitar futuras complicaciones como la atelectasia.
- ✓ Gracias al uso de medidas de seguridad como uso de mascarilla, gorra, el lavado de manos y calzado de manos se evitó signos de infección, continuemos a ser conscientes de manejar nuestra bioseguridad en bien del neonato y el nuestro.
- ✓ Hacer el seguimiento de los resultados de hemocultivo diario para el manejo adecuado de los antibióticos. El resultado de cultivos que siga negativo ya que continuemos con las medidas de bioseguridad.
- ✓ Gracias a la evaluación continua y a la administración de líquidos de acorde al peso se mantuvo hidratado al neonatos, se mantuvo un flujo urinario de 1 a 3 cc, tenemos que conocer que la hidratación es importante, que mantenga el nivel correcto de agua, para permitir que se produzcan las reacciones químicas vitales y que los nutrientes se transporten a los órganos y tejidos.

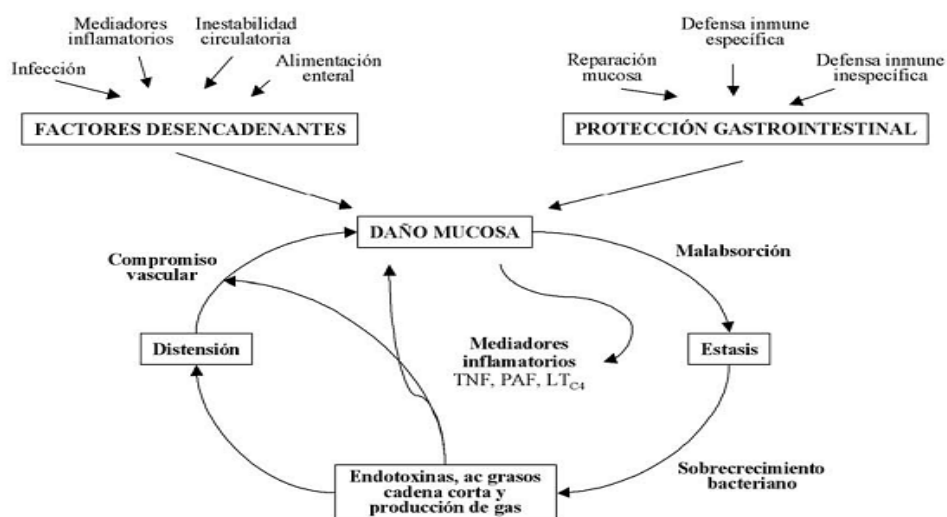
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Perez DRH. GUIA Y PROCEDIMIENTOS DE NEONATOLOGIA INMP LIMA; 2012.
2. Chattas LG. <http://www.fundasamin.org.ar/archivos>. [Online].
3. Cernadas C. neonatologia practica. 4th ed. Buenos Aires Bogota: Panamericana; 2010.
4. Chattas LG. [http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados%](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados%20). [Online].
5. Cernadas JC. neonatologia practica. 4th ed. Buenos Aires: Panamericana; 2012.
6. Fustiñana CA. <https://www.hospitalitaliano.org.ar/>. [Online].; 2011.
7. JJ GG. <http://www.medigraphic.com>. [Online].; 2015.
8. Cernadas JC. neonatologia practica. 4th ed. Buenos aires - Bogota: panamericana; 2012.
9. TAMEZ S. ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. 3rd ed. BRAZIL: PANAMERICANA; 2010.
10. X. Demestre Guasch FRT. <https://www.aeped.es/>. [Online].
11. Gasque-Góngora JJ. <http://www.medigraphic.com>. [Online].; 2015.
12. Perez DRH. Guia y procedimientos del INMP LIMA; 2013.

## **ANEXOS**

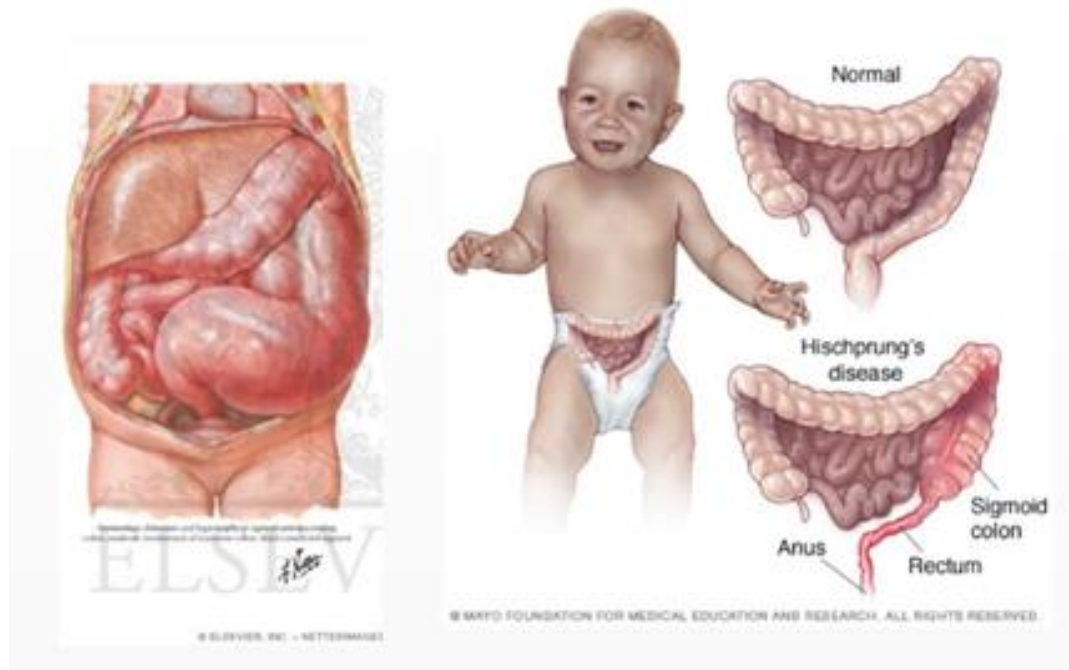
### **Cuadro N° 1**

## Patogenia



## Cuadro N° 1

## Patogenia



## Fotografía N° 1



ABDOMEN CON PATOLOGIA DE ENTEROCOLOTIS NECROTIZANTE



**Fotografía N° 2**  
NEONATO HOSPITALIZADO



**Fotografía N° 3**

## REALIZANDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA



**Fotografía N° 3**

## REALIZANDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

