



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE NEONATO
DE 8 DIAS CON SEPSIS NEONATAL.**

AUTOR

CINDY KATHERINE TASGACHO SUAREZ

TUTORA:

LIGIA ELIZABETH VARGAS ANGULO

BABAHOYO - LOS RIOS – ECUADOR

2021

INDICE GENERAL

INDICE

TITULO DEL CASO CLINICO	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
MARCO TEÓRICO.....	1
SEPSIS - CONCEPTO	1
CLASIFICACIÓN	1
SEPSIS DE INICIO TEMPRANO:.....	2
SEPSIS DE INICIO TARDÍO	2
EPIDEMIOLOGÍA.....	3
ETIOLOGIA	3
FISIOPATOLOGIA	4
<i>Inicio temprano</i>	4
<i>Inicio tardío</i>	4
MANIFESTACIONES CLINICAS	5
COMPLICACIONES.....	6
TRATAMIENTO	6
RECOMENDACIONES.....	7
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.2 OBJETIVOS.....	9
1.2.1 OBJETIVOS GENERALES	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
1.3 DATOS GENERALES.....	10
II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.	11
MOTIVO DE CONSULTA	11
ANTECEDENTES DEL PACIENTE	11
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANANNESIS)	12

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA).....	12
2.3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES TEORÍA DE MARYORI GORDON	13
2.3.2 PATRONES FUNCIONES ALTERADOS.	14
2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	14
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	17
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.	17
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	18
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.	21
2.8 SEGUIMIENTO	21
2.9 OBSERVACIONES	23
CONCLUSIÓN	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25
ANEXOS	28

TITULO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE NEONATO
DE 8 DIAS CON SEPSIS NEONATAL**

RESUMEN

La sepsis neonatal es una causa importante de muerte infantil, sobre todo en países en vías de desarrollo. En el Ecuador se clasifica como la tercera causa de muerte infantil, por es de suma importancia el diagnóstico temprano para establecer el tratamiento adecuado y prevenir factores de riesgo futuros por ende el presente estudio de caso trata de un paciente pediátrico de 8 días de nacido. El recién nacido a término precoz con valoración de Capurro de 37 semanas con peso de 2760 gramos que nace en el Hospital General IESS Quevedo, neonato del sexo masculino que nace por cesárea en esta casa de salud por madre con antecedente de cesárea anterior, neonato se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas, permanece en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con FiO_2 45% manteniendo $satO_2$ mayor de 95% con retracciones subcostales moderadas, neonato del sexo masculino que nace por cesárea por madre concesárea anterior.

Los casos que se han registrado con infecciones durante el embarazo, para que la sepsis neonatal se haga presente el neonato debe de pasar a partir de las 24 a 48 horas de vida; también se puede observar que en un porcentaje del 10 al 15% de los pacientes neonatos se encuentran febriles este indicador es un claro signo de que existe infección.

En los resultados de laboratorio se observa leucocitos 19.73, neutrófilos 5.94, linfocitos 11.46, monocitos 2.31, Neutrofilos 30.1%, Linfocitos 58.1, Eosinófilos 0%, Monocitos 11.7%, Basófilos 0.1%, Eritrocitos 3.99, Hemoglobina 14.4, Hematocrito 43.2, Vol. corpuscular medio 108.2, HGB. Corpuscular media 34.3, Conc. HGB. Corpuscular media 31.7, Rdw-cv 16.3, Edw-sd 66.6, Plaquetas 354, V. plaquetario medio 8.5, Urea 14, Creatinina 0.3. Tipificación sanguínea: ARh positivo.

Palabras claves: *Sepsis, infección, ventilación no invasiva, retracciones subcostales y cuidados de enfermería.*

ABSTRACT

Neonatal sepsis is a major cause of infant death, especially in developing countries. In Ecuador, it is classified as the third cause of infant, early diagnosis is of the utmost importance to establish proper treatment and prevent future risk factors therefore the present case study deals with a pediatric patient 8 days old. The early term newborn with Capurro assessment of 37 weeks with weight of 2760 grams born in the General Hospital IESS Quevedo, male newborn born by cesarean section in this health home by a mother with a history of previous caesarean section, newborn is in clinical care, in non-invasive ventilation nasal CPAP mode with moderate subcostal retractions, stays in non-invasive ventilation nasal CPAP mode with fiO_2 45% maintaining $satO_2$ greater than 95% with moderate subcostal retractions, male newborn born by cesarean section per previous cesarean mother.

Cases that have been recorded with infections during pregnancy, in order for neonatal sepsis to be present, the neonate must pass from 24 to 48 hours of life; It can also be observed that in a percentage of 10 to 15% of newborn patients are febrile this indicator is a clear sign of infection.

Laboratory results showed leukocytosis 19.73, neutrophils 5.94, lymphocytes 11.46, monocytes 2.31, neutrophils 30.1%, lymphocytes 58.1, Eosinophils 0%, Monocytes 11.7%, Basophils 0.1%, Erythrocytes 3.99, Hemoglobin 14.4, Hematocrit 43.2, Vol. corpuscular medium 108.2, HGB. Corpuscular mean 34.3, Conc. HGB. Corpuscular mean 31.7, Rdw-cv 16.3, Edw-sd 66.6, Platelets 354, V. platelet medium 8.5, Urea 14, Creatinine 0.3. Blood typing: positive ARh.

Keywords: *Sepsis, infection, non- invasive ventilation, subcostal retractions and nursing care.*

INTRODUCCIÓN

Sepsis neonatal conocida como motivo de muerte infantil, abordando en los países que se encuentra en vías de desarrollo. En Ecuador se clasifica como la tercera causa de muerte de infantes, por ello es de suma importancia el diagnóstico anticipado para establecer adecuadamente un tratamiento y estar atentos efectos futuros. Por consiguiente, se han diseñado varias escalas de valoración del riesgo para neonatos y lactantes entre estas se encuentran la Escala Hematológica de Rodwell y la Escala de Mendoza; métodos diagnósticos sencillos y acelerados (Tesini, 2018)

La sepsis neonatal es una infección invasiva, en usualmente bacteriana, que se produce durante el período neonatal. Las diversas señales son imprecisas y se le añade la reducción de la actividad espontánea, distensión abdominal, menor capacidad de succión, disnea, asfixia, bradicardia, la oscilación térmica, emesis, disentería, agitación, convulsiones e ictericia (Olazaval & Naranjo, 2015).

En el año, 2010, de acuerdo al INEC en el Ecuador, la sepsis neonatal ocupa la quinta y sexta causa de morbilidad y mortalidad infantil.

De acuerdo a la OMS, en el año 2017, 2,5 millones de niños fallecieron en su primer mes de nacido, aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón dentro de 6 días siguientes; la razón que se manifiesta es por sepsis neonatal es la causa principal.

En el caso del Ecuador, reportes previos plantean que la incidencia de sepsis neonatal es de aproximadamente 2,4%, En el Ecuador la sepsis neonatal se sitúa en las 3 principales causas de fallecimiento en el grupo etario con un porcentaje del 24%, por ende el objetivo al que se quiere llegar es de reducir este porcentaje y para lograr este cometido es unificar a los individuos que se encuentran afectados y examinar cual es el factor que desencadena esta patología (Borja, 2019).

La incidencia regional en años pasados ha tenido una gran reducción de casos, no ha reducido de gran manera pero si se ha logrado aumentar las posibilidades de vida de los neonatos en las áreas de unidad de cuidados intensivos neonatal; de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de la Sepsis Neonatal el tratamiento debe ser oportuno para reducir el índice de mortalidad neonatal; se toma en cuenta que en un 20% a 60% incide también factores que llevan al paciente a la muerte como lo es la resistencia de los microorganismos al momento de la administración de antibióticos (Suconota Jenny, 2019).

El presente estudio de caso en el Hospital General IESS Quevedo en el servicio de Neonatología, se encuentra paciente de 8 días de nacido con diagnóstico de Sepsis neonatal, por consiguiente, en el transcurso del trabajo el personal enfermero realiza el proceso de atención de enfermería en el paciente neonato.

MARCO TEÓRICO

SEPSIS - CONCEPTO

La sepsis neonatal hace relación a la sospecha clínica de infección asociada al Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) en el RN. La literatura, nos hace hincapié en el concepto sobre el SRIS fundamentándose en el diagnóstico inicial de sepsis y en el aislamiento del microorganismo originado en los cultivos para afirmar la patología (Patiño, 2007).

El SRIS relacionada con la sospecha del primer mes de vida de un bebé. De acuerdo a la edad puede ser dividida en sepsis temprana, si aparece en las primeras 72 horas de nacimiento, que es producida a microorganismos adquiridos por vía materna y sepsis tardía, la cual se presenta 72 horas posteriores a la vida extrauterina y es producida por microorganismos adquiridos después del nacimiento; esta se transmite por medio nosocomial o de la comunidad (INS, 2011).

CLASIFICACIÓN

La clasificación de sepsis neonatal se da primeramente por el modo en el que se transmite como podemos mencionar las siguientes maneras:

Sepsis de transmisión vertical: durante el parto al momento que el feto atraviesa por el canal vaginal es en este momento cuando ocurre la contaminación al feto debido al contacto que se da con las secreciones contaminadas en el canal del parto.

Sepsis nosocomial: ocurre cuando existen microorganismos situados en el servicio de neonatología que son transmitidos por el material que se utiliza y este contaminado.

Sepsis comunitaria: es la infección que se da en el domicilio del neonato por medio de microorganismos.

La sepsis neonatal se divide en dos síndromes por su presentación se divide en:

SEPSIS DE INICIO TEMPRANO: Se manifiesta en las primeras 72 horas de vida, de transmisión vertical, se genera como consecuencia de que durante el parto el bebé pasa por el canal vaginal, o por contacto directo del feto con secreciones maternas contaminadas.

El neonato es colonizado por microorganismos procedentes del tracto genital materno como Estreptococos del grupo B, E.coli, Streptococcus faecalis, Listeria monocitogenes, H.influenzae, Clamidia y Mycoplasma.

Los sitios primarios de colonización suelen ser piel, nasofaringe, orofaringe, conjuntiva y cordón umbilical. La infección puede ser de inicio repentino que llega a causar shock séptico, hasta la muerte.

SEPSIS DE INICIO TARDÍO: se presenta después de los primeras 72 horas de vida, el agente etiológico puede no proceder de la madre pero si por el contacto de humano y de equipo contaminado (nosocomial), por lo tanto es una transmisión horizontal; tiene predilección por el sistema nervioso central. La puerta de entrada puede ser desde la piel, vía respiratoria, el tubo digestivo y procedimientos invasivos tales como: catéteres vasculares, procedimientos para reanimación neonatal, maniobras de intubación, sonda orogástrica, sonda vesical, sonda endotraqueal; los prematuros tienen una susceptibilidad aumentada debido a defensas inmunes inmaduras que son menos eficientes para localizar y eliminar la invasión bacteriana (Heredia, 2015).

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es pobre en las naciones del tercer mundo por lo que se cita con frecuencia datos de países industrializados. La incidencia de infección en países subdesarrollados es de 2.2 a 8.6 por cada mil nacidos vivos; 48% sucede en los menores de un año y 27% en el periodo neonatal.

En el año, 2010, de acuerdo al Instituto Nacional Ecuatoriano y Censo en el Ecuador, la sepsis neonatal ocupa la quinta y sexta causa de morbilidad y mortalidad infantil.

A nivel nacional los estudios muestran datos estadísticos de prevalencia en sepsis neonatal en las ciudades de Quito (50-70%) y Cuenca (11.5%), en la ciudad de Guayaquil se encuentra información con respecto a diagnósticos, tratamiento, factores de riesgo y perfil epidemiológico en base a hemocultivos. (Zambrano Erika; Lopez Katherine, 2018).

En un contexto nacional también muestra que en la ciudad de Cuenca en el año 2012 se presentaron de 50% a 70% de los casos de sepsis neonatal (López. K; Zambrano. E, 2018).

Las infecciones neonatales provocan alrededor de 1.6 millones de muertes de bebés, en su mayoría debido a sepsis y meningitis. Durante la hospitalización de los neonatos en la UCIN la infección se da entre 33 y 66% (Coronell, 2009).

La incidencia local ha tenido una reducción de los casos en una manera considerable ya que en las áreas de cuidado intensivos de neonatología se han implementado tratamientos de una manera oportuna, de acuerdo a como está establecido en la Guía de Práctica Clínica de la Sepsis Neonatal, llegando a una tasa de entre un 20% a 60% de las muertes neonatales (Suconota Jenny, 2019).

ETIOLOGIA

En cuanto a la frecuencia con la que se presentan los diferentes agentes, existe la variación del servicio es decir tomamos a un país en vías de desarrollo, se hallan 289 hemocultivos positivos 60,5% fueron salmonella no tiphy, Gram

negativo (7,8), 11,4% stafilococos aureus, 9,7% E.coli, 6,2% salmonella tiphy, 4,1% klebsiella, 2% streptococos pneumoniae, 5,9% otros; en el servicio de neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires de 135 RN con sepsis confirmada los gérmenes más habituales implicados han sido cándida 17%, Staphylococcus epidermidis 21%, E.coli 9,5%, grupo KES (klebsiella, enterobacter y serratia) 17,5%, estafilococos aureus 14%, estreptococo del grupo B(EGB) 9%, y pseudomonas 9% (Coronell, 2009).

FISIOPATOLOGIA

Inicio temprano

Es visible hasta 72hrs después del nacimiento, hasta la traspasar de patógenos virales (rubéola, citomegalovirus), protozoos (Toxoplasma gondii) y treponemas (Treponema pallidum) ocasionando la esparción hemática y transplacentaria de la infección materna. Pocos patógenos bacterianos lograr llegar al feto por vía transplacentaria, aunque la mayor parte se transmite al están en el útero por vía ascendente o al momento del parto mientras el bebé atraviesa el canal vaginal.

Es cierto que existen situaciones en las que la madre no se encuentra colonizada en una intensidad mayor, pero lo que ocurre con los bebés es que son infectados con una alta densidad, debido a que por que hay una exposición directa entre el feto y el líquido amniótico; en esta instancia de colonización los microorganismos se proliferan, esto causa que al momento de romperse la membrana placentaria y es aquí donde se produce el acto de infección.

En cierto modo estos microorganismos ingresan al torrente sanguíneo por la ingestión del líquido amniótico que ya ha sido contaminado produciendo las bacterias.

Inicio tardío

Es visible después de las 72 hrs después del nacimiento, Los microorganismos Gram positivos (estafilococos coagulasa-negativos y Staphylococcus aureus) pueden provenir del ambiente o de la piel del paciente.

Las bacterias entéricas Gram negativas proceden de la flora endógena del paciente, pudiendo presentar alteraciones en la terapia con los antibióticos. Los microorganismos se pueden transmitir por medio de las manos o por medio del material que ha sido contaminado. Por ende las circunstancias que incrementan la exposición a microorganismos, como por ejemplo al momento de brindar la atención a los pacientes el lavado de manos al realizarlo de manera inadecuada se convierte en un factor de contaminación en el área donde laboren (Maldonado, 2017).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Esto sucede con regularidad en los casos donde las madres han contraído infecciones durante el embarazo.

Para que la sepsis neonatal se pueda manifestar deben pasar de 24 a 48 horas de vida de un neonato.

- La inconstancia de la temperatura que deriva a hipotermia e hipertermia.
- Respiraciones por mayores a 60x` más quejido, retracciones o disminución de la saturación de oxígeno.
- Complicaciones en el sistema digestivo como la intolerancia a la alimentación, distensión abdominal, emesis gravídica.
- Complicaciones neurológicas en la reducción de actividad, fontanelas tensas, movimientos de manera involuntaria, irritabilidad.
- Complicaciones cardiocirculatorios como la mala perfusión tisular, pulso débil, tensión arterial disminuida, buen llenado capilar, latidos; mayor de 180 o menor 100 latidos x`.
- Complicaciones hematológicas: ictericia, púrpuras, hemorragias (Maldonado, 2018).

En los pacientes que se observan febriles se da en un porcentaje de 10 a 15% cuando esta se mantiene es un claro indicador que existe una infección,

además de presentar; dificultad para respirar, Irritabilidad, convulsiones, Fontanela tensa: rechazo en la lactancia provocando regurgitaciones y vómitos, distensión abdominal y hasta producir ictericia dentro de las primeras 24 horas. (Maldonado, 2017)

COMPLICACIONES

Las complicaciones que más se ponen atención en la producción de la sepsis, se encuentra; la meningitis, siendo un factor de cuidado porque este conlleva a la muerte, al pasar de la semana de nacido la mortalidad es reducida pero puede presentar Shock séptico o también coagulación (Maya,M. 2018).

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en los siguientes puntos:

- Empezar el tratamiento en el área de UCIN.
- Monitorización y registro de los signos vitales; esto puede empezarse con un intervalo de cada 3 horas la toma de signos.
- Realizar HEMOCULTIVO cada 72 h con el propósito de prepararnos para cualquier tipo de complicación que se pueda presentar.
- En cuanto a la alimentación; nada por vía oral, la alimentación será de acuerdo a como la indique el médico.
- Aspiraciones gástricas de manera repetidas para evitar bronco aspiración.
- Mantener monitoreo de: la temperatura este indicador debe presentarse entre 36,5 a 37°C, S02, Frecuencia Cardiaca, Pulso Arterial, Equilibrio hidroeléctrico.
- Conceptuar la bioseguridad del RN.
- Realizar balance hídrico y gasto urinario.
- Seguimiento de alteraciones neurológicas, visuales y auditivas.
- Realizar debido tratamiento con antibióticos (Naranjo & Olazával, 2015).

Es importante que el tratamiento para sepsis neonatal no sobrepase los 10 días si es una sepsis con infección focal. Y si la sepsis se relaciona con Meningitis, la duración del tratamiento es de 14 días (Fernández, 2008).

RECOMENDACIONES

- Realizar el lavado de manos
- Utilización de guantes para manipular al RN.
- Realizar tratamiento en la Unidad de Cuidado Neonatal UCIN.
- Iniciar la alimentación enteral con leche de fórmula y de a poco introducir la leche materna.
- Es recomendable la nutrición parenteral si el ayuno se establece, ya que el recién nacido dispone de reservas energéticas escasas y la infección produce aumento del catabolismo.
- En los países en vías de desarrollo, la falta de agua y jabón son los principales inconvenientes; además, el personal de enfermería insuficiente, el hacinamiento hospitalario y un ambiente físico inadecuado de unidades neonatales no favorecen su aplicabilidad.
- Se debe educar y retroalimentar a los progenitores y al personal médico de la importancia del lavado de manos ante la manipulación del RN.
- Se recomienda utilizar soporte ventilatorio en casos de signos claros de insuficiencia respiratoria, esto para mantener el nivel de oxigenación estable.
- Se recomienda observar y valorar el mantenimiento de la perfusión tisular.
- Controlar signos vitales. (Maldonado, 2017).

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de caso lo realice porque esta patología se presenta a nivel mundial en las áreas de cuidados intensivos de neonatología siendo la principal causa de muerte neonatal, es por eso que el desarrollo de este tema es de suma importancia ya que la sepsis neonatal es la infección que se presenta en los primeros días de vida de un recién nacido y el personal de enfermería es quien da los cuidados a los recién nacidos, por eso se debe identificar los factores de riesgo de sepsis neonatal y contar con un plan de cuidados, cuando se presenten estos casos.

La Sepsis neonatal se clasifica como la tercera causa de muerte tanto en el Ecuador como países con vías de desarrollo causando millones de muertes de neonatos cada año esta cifra va en aumento.

Esta patología como lo es la Sepsis Neonatal se presenta como el reto de todas las áreas de Neonatología por ellos, es necesario que el personal de enfermería sepa identificar los factores de riesgo, signos que identifiquen sepsis en el neonato, e ir más allá en cuanto a la visión de la valoración de enfermería y poder mejorar el diagnóstico y el servicio de atención de los pacientes con esta patología y así cumplir con el objetivo de reducir la incidencia de la patología, debido a que el personal de enfermería es quien se encarga del cuidado del neonato cuando es ingresado a observación y obtener resultados esperados.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVOS GENERALES

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en el paciente neonato con sepsis neonatal en el área de Neonatología - UCIN.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Ejecutar el plan de atención de enfermería en el paciente con sepsis neonatal.
- Mejorar las intervenciones enfermería en pacientes que se sospecha y se confirman un diagnóstico de sepsis neonatal.
- Llevar un registro de la evolución del paciente de acuerdo al plan de intervención de enfermería.

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre:** NN
- **Edad:** RN 8 días
- **Sexo:** Masculino
- **Historia clínica:** 000000
- **Estado civil:** Soltero
- **Raza:** mestiza
- **Fecha de nacimiento:** 03 Julio del 2020
- **Lugar de Nacimiento:** Quevedo
- **Lugar de residencia:** Mocache
- **Religión:** No aplica
- **Grupo sanguíneo:** ARH positivo

II METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE.

MOTIVO DE CONSULTA

Neonato masculino pretermino con 13 horas de vida, el cual se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas, manteniendo satO2 mayor de 95%, antecedente materno de herpes simple IGM positivo, madre sin lesiones evidentes, neonato sin lesiones evidentes, se solicita torch en recién nacido, nos comunican por vía verbal que no se cuenta con reactivo en la institución, neonato que nace sin complicaciones.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Antecedentes patológicos personales: No refiere.

Antecedentes familiares: Madre con infección genitourinaria materna, la ultima 2 semanas antes del parto.

Antecedentes alérgicos: No refiere

2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANANNESIS)

Recién nacido a término precoz con peso adecuado al nacimiento, rpm de 7 horas aproximadamente, madre con IGM positivo para herpes simple. Neonato de sexo masculino, neonato de 10 horas de vida que permanecía en alojamiento conjunto con su madre, el personal de enfermería reporta 2 vómitos y pasa a neonatología, se da dos tomas por personal de enfermería en neonatología sin presentar vómitos, buena succión, pendiente eliminaciones, realizo micción y deposición al nacimiento. Se solicitó perfil de infección por antecedentes de infección genitourinaria materna, la ultima 2 semanas antes del parto, presentando resultados alterados con PCR 12. Además que por condiciones clínicas se encuentra con ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderada.

2.3 EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN CLÍNICA)

VALORACION CEFALO - CAUDAL

Cabeza: Normo cefálica, fontanelas normotensas, cabalgamiento de suturas

Cuello: corto flexible, sin masas, sin lesiones.

Oído: con buena implantación, no agenesia, no deformaciones.

Nariz y boca: sin patología aparente, con ventilación no invasiva modo CPAP nasal.

Cuello: Simétrico no se observa anomalías.

Tórax: Con retracciones subcostales moderadas, manteniendo satO2 mayor de 95%.

Abdomen: Globuloso pero blando depresible, no tumoraciones, no vicemegalias, ombligo; 2 arterias y 1 vena

Extremidades superiores e inferiores: simétricas movibles, no agenesia, maniobra de Ortholani negativa.

Apgar: 8/ 9

Valoración de capurro: 37 semanas

2.3.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES TEORÍA DE MARYORI GORDON

PATRÓN 1: Nutrición – Digestión

Paciente con un peso de 2760 gramos, con una talla de 46. 5 cm peso adecuado para el nacimiento, al momento de la alimentación el paciente presenta reflujo gástrico.

PATRÓN 2: Eliminación/ intercambio – Función gastrointestinal

El paciente presenta trastorno de la digestión, se evidencia vómitos.

PATRÓN 3: Actividad/reposo – sueño/ reposo

Paciente se despierta a cada 1 o 2 hora 2 con hambre.

PATRÓN 4: Percepción/ Cognición

Recién nacido.

PATRÓN 5: Rol/ relaciones

No se encuentran alteraciones.

PATRÓN 6: Sexualidad- reproducción

No se encuentran alteraciones.

PATRÓN 7: Principios vitales- Creencias

Los padres no refieren

PATRÓN 8: Seguridad/ Protección – Infección

Recién nacido a término precoz con peso adecuado al nacimiento, madre con IGM positivo para herpes simple. Paciente se encuentra en cuidado clínico, con en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas.

PATRÓN 9: Confort- Confort del entorno

No presenta alteraciones.

PATRÓN 10: Crecimiento/ Desarrollo

Paciente de sexo masculino nacimiento a término precoz, con peso adecuado al nacer; 2760 kg. Y una talla de 46,5 cm.

2.3.2 PATRONES FUNCIONES ALTERADOS.

- Patrón Nutrición – Digestión
- Patrón Eliminación - Función gastrointestinal
- Patrón Seguridad – Infección

2.4 INFORMACIÓN DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.

Hematología

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA

Muestra No. 01 Asignada a: 2020/07/10 11:29

	RESULTADO	VALOR
REFERENCIAL		
LEUCOCITOS: 10.0010e3/ μ L	19.73	5.00 -

NEUTROFILOS #:	5.94	2.0 -
7.010e3/ μ L		
LINFOCITOS #:	11.46	1.0 -
5.810e3/ μ L		
MONOCITOS #:	2.31	0.2 -
4.810e3/ μ L		
EOSINÓFILOS #:	0	0.2 -
0.810e3/ μ L		
BASÓFILOS #:	0.02	10e3/ μ L
NEUTROFILOS%:	30.1	45.0 -
65.0%		
LINFOCITOS%:	58.1	20.0 -
40.0%		
MONOCITOS%:	11.7	0 - 8%
EOSINOFILOS%:	0	0 - 5%
BASOFILOS%:	0.1	0 - 2%
ERITROCITOS:	3.99	4.60 -
5.6010e6/ μ L		
HEMOGLOBINA:	14.4	14.00 -
18.00g/dL		
HEMATOCRITO:	43.2	42.00 -
52.00%		
VOL. CORPUSCULAR MEDIO:	108.2	80 - 100fl
HGB. CORPUSCULAR MEDIA:	34.3	27.0 - 34.0pg
CONC. HGB. CORPUSCULAR MEDIA:	31.7	31.00 -
37.00g/dl		

PLAQUETAS: 354 150.00 -
450.0010e3/ μ L

V. PLAQUETARIO MEDIO: 8.5 6.5 - 12.0fL

EXAMEN: PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE - INMUNOLOGIA

PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIB: 6 UI

EXAMEN: NITROGENO UREICO (BUN) /UREA - QUIMICA

UREA: 14

EXAMEN: CREATININA - QUIMICA

CREATININA: 0.3

RESULTADOS EVALUADOS POR MEDICO PEDIATRA

SE LE SOLICITO PERFIL DE INFECCION A LAS 24 HORAS DE VIDA
CON EL SIGUIENTE

RESULTADO:

PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIB: 12 UI

LEUCOCITOS (WBC): 23.710

HEMOGLOBINA (HGB): 14.9

HEMATOCRITO: 45.6

PLAQUETAS: 250.000

LINFOCITOS %: 28.5

NEUTROFILOS %: 61.2

RENAL Y METABOLICO: Diuresis extensa, recibe LT a expensas de vía oral. Sin signos clínicos de hipoglicemia. Madre ORh (+) Rn ARh (+) realizar bilichek

SIGNOS VITALES

Frecuencia respiratoria: 54 respiraciones por minuto

Presión arterial: 60/30 mmHg

Pulso (P): 143 l/m

Temperatura: 36.9 °C

Peso: 2760 kg

Talla: 46,5 cm

SPO2= 97%

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

Diagnostico presuntivo: temprano de la patología es difícil al principio saber, los signos y síntomas más característicos; vómitos, irritabilidad, sepsis neonatal prematuro.

El diagnóstico diferencial: de acuerdo con los signos y síntomas se toma en cuenta que existen diversas patologías relacionadas a los síntomas a las patologías como Gastroenteritis, sepsis, reflujo gastroesofágico, Dificultad respiratoria.

Diagnóstico definitivo: Sepsis neonatal- sin especificar.

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

El recién nacido a término precoz nacido de 37 semanas por cesárea con un peso adecuado al nacer, neonato de sexo masculino, hasta las 10 horas de nacido permanece en alojamiento conjunto con su madre, personal de enfermería reporta 2 vómitos y es trasladado a neonatología, al nacer realizo micción y deposición, se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas no se evidencian lesiones en boca, mucosa oral, paladar duro y lengua sin malformaciones visibles. Inmunizaciones HB y BCG cumplidas al día siguiente del nacimiento al examen físico se encuentra afebril, hidratado, con buen color en piel y mucosas, llenado capilar 2 segundos, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, tórax simétrico normo expansible mv audible en ambos campos pulmonares sin agregados, abdomen blando, depresible sin visveromegalias Rs Hs As presentes, muñón, umbilical dentro de límites normales, genitales masculinos anormoconfigurados, se solicitó perfil de infección por antecedentes de infección genitourinaria materna, la ultima 2 semanas antes del parto, presentando resultados alterados con PCR 12.

Después de la valoración realizada por los Pediatras, establecen el siguiente plan;

- Iniciar terapia antimicrobiana
- Tomar muestra para hemocultivo antes de iniciar antibióticos
- Vigilar signos de respuesta inflamatoria sistémica

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Lavado de manos
- Control y registro de signos vitales (PA, FC, FR, SpO2, T°).
- Canalización de vía periférica, y brazaletes de identificación.
- Alimentación de leche materna y/o formula de 20 Kcal mínimo 30 ml

V.O cada 3 horas

- Vigilar tolerancia oral
- Administración la medicación de acuerdo a la prescripción médica.
- Control de ingesta y excretas.
- Manipulación gentil
- Diuresis horaria
- Baño diario del neonato
- Cuidado y limpieza del cordón umbilical
- Iniciar terapia antimicrobiana con Ceftazidima 81mg intravenosos cada 12 horas (30mg/k/dosis) y Amikacina: 40mg intravenoso cada 24 horas (15mg/kg/dia)
- Tomar muestras de hemocultivo antes de iniciar con antibióticos

➤ *PAE Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (pág. siguiente).*

NANDA:00033
NOC:2112
NIC:6680



DX: SEPSIS NEONATAL

**Dominio: Actividad/reposo
cardiovasculares/ pulmonares**

clase 4: Respuestas



**R/C: Disminución de la saturación de
oxígeno arterial (SaO2).**

E/P: Fatiga de los músculos respiratorios.

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0415: Estado respiratorio

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

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase K: Control respiratorio

Etiqueta 3390: AYUDA A LA VENTILACIÓN

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
041501 Frecuencia respiratoria			X		
041532 Vías aéreas permeables				X	
041508 Saturación de oxígeno			X		
041511 Retracción torácica		X			

ACTIVIDADES

1. Mantener una vía aérea permeable.
2. Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
3. Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción.
4. Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
5. Manejo de las vías áreas artificiales.
6. Auscultar los ruidos respiratorios, observando las zonas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de ruidos adventicios.
7. Monitorización de los signos vitales.
8. Colocar al paciente de forma que se facilite la concordancia ventilación/perfusión, según corresponde.

2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.

Las intervenciones de enfermería en las que se basa la atención del paciente es por la teorizante Virginia Henderson, teorizante la cual se basa en la filosofía de las necesidades humanas como enfermeros ayudamos a satisfacer las necesidades del paciente tomando como criterio la importancia en la recuperación del paciente recién nacido.

2.8 SEGUIMIENTO

03/07/20

Se recibe neonato del sexo masculino que nace por cesárea por madre con cesárea anterior, hora de nacimiento 20:13 PM, de sexo masculino, se observa líquido amniótico meconial liviano, en moderada cantidad, cefálico, sin circular del cordón, se recepciona con toallas limpias y tibias y se coloca bajo una fuente de calor, se seca, se clamplea cordón umbilical, se recoge muestra del cordón umbilical para grupo y factor Rh, se realiza profilaxis oftálmica y hemorrágica, se realizan cuidados generales, para un Apgar 8/9 al primer y quinto minuto, la valoración por Capurro es de 37 semanas con un peso de 2760 gramos, talla; 46,5 cm, PC; 32.5 cm, PT; 31 cm, PA; 31.5. No refiere ningún antecedente personal, ni familiar. Madre con infecciones de vías urinarias por 3 ocasiones vaginosis durante el embarazo, recibe tratamiento ambulatorio

04/07/2020

Recién nacido a término precoz, peso adecuado al momento de nacer, neonato con 10 horas de vida, que permanece en alojamiento conjunto con su madre y el personal de enfermería reporta 2 vómitos y pasa a neonatología, se dan cuatro tomas de biberón y presenta dos vómitos, buena succión, pendiente eliminaciones, realizo deposición al nacimiento, murmullo vesicular normal no estertores, no tiraje, quejido audible, no bamboleo toracoabdominal, ruidos

cardiacos de buen tono, buen llenado capilar, sin evidencia de lesiones en boca, ni mucosas.

Se recomienda vigilar tolerancia gástrica, vigilar diuresis, realizar perfil de infección a las 24 horas y comunicar novedades.

Inmunizaciones HB y BCG cumplidas el día 04/07/2020.

05/07/2020

Neonato masculino pretermino, el cual se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas, manteniendo satO2 mayor de 95%, la ventilación es no invasiva con FiO2 45%. Se mantiene FC y TA dentro de percentiles normales para la edad, diuresis 1,9 ml/k/hora. En cuanto a los antecedentes de infección genitourinaria materna recurrente, embarazo mal controlado.

06/07/2020

Plan: Pendiente tamizaje metabólico al 4to día de vida en el MSP, biometría hemática, PCR y comunicar novedades

07/07/2020

Se toma hemocultivo antes de iniciar terapia antimicrobiana.

Cuidados de enfermería y se retira ventilación no invasiva.

08/07/2020

Se continúa con los cuidados prescritos por el médico pediatra.

09/07/2020

El paciente ya no vomita, succión muy buena tolerancia a la leche materna y leche de formula.

10/07/2020

Responde positivamente a la terapia antimicrobiana, tolera alimentación con biberón y leche materna, en condiciones clínicas estables, evolución favorable,

buen pronóstico, orientaciones por escrito de los cuidados y signos de vigilancia se indica aislamiento preventivo dado a la situación de la pandemia (covid 19).

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de sexo masculino de 8 días de nacido, con un diagnóstico de sepsis neonatal, paciente con retracciones subcostales moderadas, se encuentra en condiciones clínicas de cuidado, en ventilación no invasiva modo CPAP nasal con retracciones subcostales moderadas, manteniendo satO2 mayor de 95%, la ventilación es no invasiva con FiO2 45%; Al quinto día Se toma hemocultivo antes de iniciar terapia antimicrobiana se realiza Cuidados de enfermería y se retirar ventilación no invasiva, paciente ya no presenta vómitos, tolera la alimentación. Al octavo día, el neonato responde favorablemente a la terapia antimicrobiana al ser dado de alta el personal de enfermería da las recomendaciones para su cuidado.

CONCLUSIÓN

En el presente caso clínico se aplicó el proceso de atención de enfermería en el neonato con diagnóstico de sepsis neonatal observándose una respuesta favorable al iniciar con la terapia antimicrobiana en el paciente neonato.

Se mejora la intervención del personal de enfermería día a día por el cuidado que se le brinda al paciente y aun teniendo en cuenta que cada paciente puede presentar diversas necesidades, cuidados el cual el enfermero debe adaptar de acuerdo a las necesidades del paciente y se lleva un registro de los cuidados de enfermería que garantizan que se llevó a cabo la intervención oportuna de parte del equipo de salud ante la presencia de esta patología de sepsis neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Manual MSD- Versión para profesionales (2018). La sepsis neonatal es una causa importante de muerte infantil. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>

Repositorio pontifica Universidad Católica del Ecuador (2015). Tesis Sepsis neonatal. Recuperado de [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20\(2\).](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20(2).)

Borja James Edward Neira (2019). Sepsis neonatal en pacientes del Hospital General del Norte Guayaquil IESS Los Ceibos. Revista Médica, pág 2.

Patiño, N. (2007). Sepsis Neonatal. Revista de la sociedad Bolivariana de Pediatría. V.26. n.3. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007030000009#:~:text=La%20sepsis%20neonatal%20se%20refiere,\(RN\)1%2C2.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007030000009#:~:text=La%20sepsis%20neonatal%20se%20refiere,(RN)1%2C2.)

Maldonado, L. Cuidados de enfermería en sepsis neonatal, Hospital San Vicente de Paúl, 2016–2017(trabajo de tesis). Recuperado de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7610/1/06%20ENF%20905%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

Instituto Nacional de Salud (2011). Hospital Infantil de México Federico Gomez. Recuperado de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>

HEREDIA, H.A. (2015). Validación de la escala hematológica de Rodwell y escala de Mendoza en recién nacidos para el diagnóstico de sepsis neonatal. Recuperado de [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20\(2\).](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20(2).)

Dr. Coronell, W. Pérez, C.& Guerrero, C.(2009). Sepsis neonatal. Revista Medigraphic, 57. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revenfinfped/eip-2009/eip094f.pdf>

Maya, M.M (2018) Proceso de atención de enfermería en sepsis neonatal precoz. Unidad académica de ciencias químicas y de la salud, Machala, Ecuador.

Naranjo, G & Olazával, N. (2015). Validación de la escala hematológica de rodwell y escala de mendoza en recién nacidos para el diagnóstico de sepsis neonatal en el servicio de neonatología de la maternidad isidro ayora en los años 2013-2014. (Tesis de grado). Recuperado de [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20\(2\).](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8363/TESIS%20SEPSIS%20NEONATAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20Ecuador%20a%20sepsis%20neonatal,%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os%20(2).)

Fernández, B. (2008). Sepsis del recién nacido. Servicio de Neonatología Hospital Universitario Central de Asturias. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf

López, K. & Zambrano, E. (2018) Prevalencia de Sepsis Neonatal en el servicio de la unidad de cuidados intensivos neonatales en un Hospital de Segundo

nivel de la ciudad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11202/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-479.pdf>

ANEXOS

```
Origen: UM 2221010000 Dp ..... H.C. 215732
                               1701
                               Orden No. 2588917
                               PAGINA: 01
-----
EXAMEN: PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE - INMUNOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2020/07/10 11:29 VALOR REFERENCIAL
PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIB.: 6 Hasta 6 - IU
Comentarios:
-----
Uer. Validación: LCDA. IVANNA MARIA ZAMBRANO MURRILLO-1206888754
-----
EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA - HEMATOLOGIA
Muestra No. 01 Asignada a: 2020/07/10 11:29 VALOR REFERENCIAL
LEUCOCITOS.....: 19.79 5.00 - 10.0010e3/µL
FORMULA LEUCOCITARIA.....:
NEUTROFILOS #.....: 5.94 2.0 - 7.010e3/µL
MÁS...
F3=Salir F17=Inicio F18=Final
```