



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARREA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**Dimensión Práctica Del Examen Complexivo Previo A La Obtención De
Grado Académico De Licenciatura En Enfermería**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO PRETERMINO
CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE.**

AUTORA

ALLICO MOROCHO ANDREA ELIZABETH

TUTORA

LCDA. MARTÍNEZ ANGULO MARÍA

Babahoyo – Los Ríos - Ecuador

2020

DEDICATORIA

Dedico este caso clínico primeramente a Dios porque ha estado conmigo siempre en cada paso que doy en mi vida, cuidándome dándome fortaleza para continuar en mis estudios.

De manera especial a mis adorados padres, María Morocho y Ángel Allico, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo fundamental en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

ALLICO MOROCHO ANDREA ELIZABETH

AGRADECIMIENTO

Agradecida siempre con Dios, por permitirme llegar a culminar esta etapa, no tanto por mí, sino más agradecida por permitirme regalarle esta satisfacción a mis padres, la cual servirá como ejemplo para mis hermanos, primos, y sobrinos, para que realice un camino mejor que el yo realice.

Agradecida con mis padres, ellos son para mí una muestra que, a base de trabajo, sacrificio, responsabilidad, perseverancia, constancia, pero sobre todo un amor cristalino e incondicional que solo un verdadero padre y una verdadera madre pueden regalarle a una hija, siempre seré consciente que parte de mi formación y lo bueno que llegue a ser mi vida, será para ellos y la otra Dios.

A mis compañeros con quienes he compartido gratos momentos de adversidad y alegrías.

A mis docentes que supieron transmitir sus conocimientos a lo largo de toda mi vida estudiantil, porque todos y cada uno de ellos fueron parte de este proceso, que culmina con la obtención de este título profesional.

A la Universidad Técnica de Babahoyo por abrirme las puertas y permitirme en cada una de sus aulas adquirir nuevos conocimientos y llegar a ser una gran profesional.

ALLICO MOROCHO ANDREA ELIZABETH

TÍTULO DE CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO PRETERMINO
CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| DEDICATORIA..... | 2 |
| AGRADECIMIENTO | 3 |
| TÍTULO DE CASO CLÍNICO | 4 |
| ABSTRACT | 8 |
| INTRODUCCIÓN..... | 9 |
| I. MARCO TEÓRICO | 10 |
| FUNCIONES DE ENFERMERÍA..... | 16 |
| 1.1. JUSTIFICACIÓN | 20 |
| 1.2. OBJETIVOS | 21 |
| 1.2.1. OBJETIVO GENERAL..... | 21 |
| 1.2.2. OBJETIVO ESPECIFICO | 21 |
| 1.3. DATOS GENERALES..... | 21 |
| I. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO..... | 22 |
| 1.1. ANÁLISIS DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE..... | 22 |
| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. | 22 |
| 1.2. PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS) | 23 |
| 1.4. INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS | 28 |
| 1.5.1. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: | 29 |
| 1.5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: | 29 |
| 1.5.3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | 29 |
| 1.6. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR..... | 29 |
| 1.7. INDICACIONES DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO LOS VALORES NORMALES | 33 |
| 1.8. SEGUIMIENTO | 34 |
| 1.9. OBSERVACIONES | 37 |

| | |
|---------------------------|-----------|
| CONCLUSIONES | 38 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 39 |
| ANEXOS..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| TABLA 1 CRITERIOS MODIFICADOS DE ESTATIFICACIÓN DE BELL PARA ECN, EN RECIÉN NACIDOS..... | 13 |
| TABLA 2 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS..... | 22 |
| TABLA 3 BIOMETRIA HEMATICA 23/04/20 | 28 |
| TABLA 4 BIOMETRIA HEMATICA 03/05/20 | 28 |

RESUMEN

El presente trabajo da lugar a la creación de un caso clínico con el tema PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO PRETERMINO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. Este caso se presentó en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda de la Parroquia Veintimilla.

Para realizar el siguiente caso clínico se usó una metodología del diagnóstico donde se conoce la historia clínica del paciente, la formulación de datos presuntiva, diferencial, definitiva y enfermero, seguimiento y observaciones.

Además se profundiza el marco teórico donde se indaga información acerca de cuidados al recién nacido con enterocolitis necrotizante. La enterocolitis necrotizante sigue existiendo como uno de las principales dificultades no determinadas en la atención neonatal. A pesar de la evolución en el cuidado intensivo neonatal, subsiste como una enfermedad peligrosa. Con el aumento en la sobrevivencia de los recién nacidos de muy bajo peso, surge como una procedencia trascendental de mortalidad neonatal, siendo la causa más habitual de alteración gastrointestinal severa en las Unidades De Cuidados Intensivos Neonatales.

Altera a cerca de un 10% de los recién nacidos que pesan menos de 1500gr, con tasas de mortalidad del 50% o más, dependiendo de la dificultad. Si bien es cierto es habitual en recién nacidos prematuros, además puede ser observado en bebés de término. A pesar de las multitudinarias indagaciones en el tema durante los últimos 30 años su causa sigue siendo desconocida.

El descubrimiento precoz a través de la valoración de enfermería es importante para el tratamiento oportuno. Son indispensables las habilidades clínicas por la enfermera o enfermero neonatal debido a que los signos clínicos de enterocolitis necrotizante pueden ser menudos o fatales.

PALABRAS CLAVES

Proceso de atención de enfermería, Enterocolitis Necrotizante, Recién nacido pretérmino, Mortalidad neonatal, Bajo peso al nacer.

ABSTRACT

The present work leads to the creation of a clinical case with the topic NURSING CARE PROCESS IN PRETERM NEWBORN WITH NECROTIZING ENTEROCOLITIS. This case was presented at the Alfredo Noboa Montenegro General Hospital in the city of Guaranda de la Parroquia Veintimilla. To carry out the following clinical case, a diagnostic methodology was used where the patient's clinical history is known, the formulation of presumptive, differential, definitive and nursing data, follow-up and observations.

In addition, the theoretical framework is deepened where information about the care of the newborn with necrotizing enterocolitis is investigated. Necrotizing enterocolitis continues to exist as one of the major undetermined difficulties in neonatal care. Despite the evolution in neonatal intensive care, it remains a dangerous disease. With the increase in survival of very low birth weight newborns, it emerges as a transcendental origin of neonatal mortality, being the most common cause of severe gastrointestinal disturbance in Neonatal Intensive Care Units.

It affects about 10% of newborns weighing less than 1500g, with mortality rates of 50% or more, depending on the difficulty. Although it is true it is common in premature newborns, it can also be observed in term babies. Despite the massive inquiries on the subject over the last 30 years, its cause remains unknown.

Early discovery through nursing assessment is important for prompt treatment. Clinical skills by the neonatal nurse or nurse are essential because the clinical signs of necrotizing enterocolitis can be minor or fatal.

KEYWORDS

Nursing care process, Necrotizing enterocolitis, Preterm newborn, Neonatal mortality, Low birth weight.

INTRODUCCIÓN

La enterocolitis necrotizante es una patología digestiva que se adquiere en el periodo neonatal la cual es grave y ocasiona aumento de la morbi-mortalidad, esta ocasiona mayor estancia hospitalaria, morbilidad a largo plazo ya sea por intestino corto o síndrome de malabsorción e inclusive infecciones del torrente sanguíneo que se asocia a nutrición parenteral crónica. (Sandoval, 2014)

Los factores de mayor riesgo en la enterocolitis se muestran en los recién nacidos menores de 28 semanas de gestación y los de peso bajo al nacer menor a 1000 gramos, existen otros factores de riesgo que deben considerarse como asfixia perinatal, persistencia del ducto arterioso y cardiopatía congénita. Existen factores que pueden disminuir o reducir el riesgo como la alimentación materna, a los 7 y 14 días de vida incluyendo el uso de prebióticos. (Sandoval, 2014)

Según datos a nivel mundial esta patología tiene una prevalencia de 7% en el recién nacido con peso entre 500 y 1500 gramos, con una tasa estimada de mortalidad asociada entre el 20 y 30%, siendo más alta en aquellos que requieren de una intervención quirúrgica, en otra investigación realizada nos indica que la incidencia general en los recién nacidos vivos es de 0,5% al 5%. (María J. Castro, 2016)

Para la elaboración de esta investigación se fundamentó en el siguiente caso clínico en el área de Neonatología ingresa un recién nacido de 24 horas con sintomatologías de disnea, vómitos, en la estimación se observa facies anormales, mucosas orales secas, irritable, abdomen globuloso doloroso a la palpación, presenta cianosis peri bucal, en reporte de radiografía se ve distensión de las asas intestinales, se lo coloca en termo cuna anticipadamente calentada y oxigenada, se canaliza vía venosa, se coloca sonda orogástrica, exámenes de laboratorio, con diagnóstico médico de enterocolitis Necrotizante.

El proceso de atención de enfermería es la técnica que motiva la asistencia tranquila, determinada y dirigida a las secuelas la cual permite combinar la práctica del cuidado positivo, basado en los conocimientos de resolución de dificultades y toma de decisiones, para lo cual se logra implementar en el caso clínico la teoría de enfermería de Sor Callista Roy Modelo de Adaptación.

I. MARCO TEÓRICO

La enterocolitis necrotizante es una enfermedad irritante rígida del intestino que altera en mayor proporción al íleon y colon es habitual en los recién nacidos y se determina por necrosis intestinal y falla multisistémica. (Heuser K, 2015)

Esta enfermedad además provoca aumento del flujo sanguíneo en el segmento del intestino afectado ocasionando edema de la mucosa, isquemia y necrosis intestinal lo cual facilita el movimiento de los virus y toxinas hacia la circulación sistémica logrando una contradicción inflamatoria generalmente peligrosas, sepsis y muerte del recién nacido (Sandy Montes, 2014).

Epidemiología

Según estudios realizados, el acontecimiento de este estudio es de 1 por 1.000 nacidos vivos, conmueve en mayor cadencia al prematuro con bajo peso y entre el 5-10 % se presenta en neonatos de término o pretérmino. (Gasque-Góngora, 2015)

Causas

La enterocolitis necrosaste ocurre cuando hay un revestimiento de la pares intestinal muere y el tejido se desprende. Se desconoce la causa de este trastorno, pero se cree que es una disminución del flujo sanguíneo hacia el intestino esto impide que produzca el moco que protege el tracto gastrointestinal, inestabilidad hemodinámica las bacterias del intestino pueden ser también una causa.

El trastorno por lo general se presenta en recién nacidos preterminos y bajo peso y con mayor frecuencia se lo presenta mientras el recién nacido está en el hospital. (Soto Alfán Claudia A, 2017)

Factores de riesgo

En cuanto a los componentes de riesgo se acierta el peso del recién nacido con menos de 1500 gramos y la edad gestacional, dichos componentes causan en los prematuros inmadurez intestinal, esto provoca disminución en la motilidad y la digestión, conteniendo además reglamento de la circulación, alteración en la función de barrera y cambios en el sistema inmunológico, mediante esto se puede

determinar que el 90% que desarrollan esta patología son pretérmino. (Soto Alfán Claudia A, 2017)

La procedencia de este estudio es multifactorial y se desarrolla cuando se presenta los siguientes sucesos patológicos entre los cuales están: isquemia intestinal, colonización del intestino por bacterias patológicas y exceso de sustrato proteico en la luz intestinal. (Soto Alfán Claudia A, 2017)

Los componentes de riesgo para desarrollar enterocolitis necrotizante son: sepsis tardía, edad gestacional menor de 31 semanas, transfusiones, raza negra o hispana, el traslado al momento de nacer a otro centro de salud, infecciones múltiples (más de dos positivos en sangre u orina) acidosis metabólica e hipotensión grave tratada con fármacos inotrópicos. (Sandoval, 2014)

Exteriorizar a los prematuros con edad gestacional menor de 28 semanas a saturaciones de oxígeno bajas aumenta el riesgo de muerte y enterocolitis necrotizante. (Carvajal Encina F, 2014)

Inmadurez intestinal es el factor de riesgo más importante la cual el tracto gastrointestinal del precoz es más susceptible para el progreso de esta patología íntegro a una situación inmadura de la barrera de la mucosa intestinal, disminución de la motilidad y vaciamiento gástrico, reduce la inmunidad intestinal, inadecuada digestión alimentaria y medida circulatoria inmadura lo cual inclinan al perjuicio intestinal. (Gasque-Góngora, 2015)

Cuadro Clínico

Esta patología está representada por vómitos, y diarrea, puede estar incorporado a síntomas como letargo, temperatura y presión arterial inconsistente, en los signos físicos exterioriza distensión abdominal, afección cutánea, decoloración de la pared abdominal y en estados más rígidos puede provocar shock. (Sendy Montes, 2014)

En otro concepto realizado los pacientes mostraron la sintomatología siguiente de mayor a menor porcentaje; distensión abdominal, vómito, dolor abdominal, dibujo de asas, ausencia de una serie de contracciones musculares, evacuaciones con

sangre macroscópica, rechazo por vía oral, ausencia de evacuaciones. (Bracho Blanchet, y otros, 2015)

Actualmente se utilizan los criterios de clasificación de Bell, los cuales, de manera esquemática, procuran evaluar el grado de severidad de la ECN. Estos toman en cuenta el cuadro inicial del paciente, la severidad del mismo, así como manifestaciones intestinales, estado hemodinámico y estudios radiológicos. (Gutiérrez, 2018)

| Criterios modificados de estadificación de Bell para ECN, en recién nacidos | | | | |
|--|--|---|--|---|
| Estadio | Clasificación del ECN | Signos sistémicos | Signos abdominales | Signos radiológicos |
| IA | Sospecha | Inestabilidad de la temperatura, apnea, bradicardia, letargo | Retención gástrica, distensión abdominal, emesis, hemopositivo de heces | Dilatación normal o intestinal, íleo leve |
| IB | Sospecha | Igual al anterior | Hemo-positivo de heces | Igual al anterior |
| IIA | Definitivo leve | Igual al anterior | Igual al anterior, además de ausencia de sonidos intestinales con o sin dolor abdominal. | Dilatación, intestinal, íleo, neumatosis intestinal |
| IIB | Definitivo moderado | Igual al anterior, más acidosis metabólica leve y trombocitopenia | Igual al anterior, además de sonidos intestinales ausentes, dolor definido, con o sin celulitis abdominal o masa del cuadrante inferior derecho. | Igual al IIA, más ascitis |
| IIIA | Definitivo avanzado. Intestino intacto | Igual al IIB, más hipotensión, bradicardia, apnea grave, | Igual al anterior, además de signos de peritonitis, sensibilidad marcada y distensión | Igual al IIA, más ascitis |

| | | | | |
|------|--|---|---------------|---------------------------------------|
| | | acidosis respiratoria y metabólica combinada, DIC y neutropenia | abdominal. | |
| IIIB | Definitivo avanzado. Intestino perforado | Igual al IIIA | Igual al IIIA | Igual al anterior, más neumoperitoneo |

Tabla 1 Criterios modificados de estadificación de Bell para ECN, en recién nacidos

Diagnóstico

Para establecer el análisis se debe principalmente conocer los signos y síntomas más importantes entre los cuales los más frecuentes son distensión abdominal, vómito con residuo gástrico y dolor abdominal. En el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio se realiza biometría hemática la cual refleja los resultados como sangre oculta en heces, leucopenia. Se efectúan estudios radiológicos en los cuales se evidencia inmadurez intestinal, residuos gástricos, oclusión intestinal.

Otro artículo de indagación exterioriza la elaboración de ecografía abdominal para el respectivo análisis de la enterocolitis necrotizante la cual arroja como resultado disminución de la pared intestinal y ausencia de la perfusión de la pared intestinal lo cual está concerniente con la necrosis intestinal. (Sandy Montes, 2014)

Los síntomas iniciales pueden ser sutiles y pueden incluir cualquiera de los siguientes: (Bracho Blanchet, y otros, 2015)

- Intolerancia a la alimentación o residuo gástrico
- Retraso en el vaciado gástrico (Bracho Blanchet, y otros, 2015)
- Distensión abdominal, sensibilidad abdominal, o ambas cosas
- Abdomen tenso (Bracho Blanchet, y otros, 2015)
- Íleo o disminución de los ruidos intestinales
- Eritema abdominal, en estadios avanzados
- Heces con sangre, o sangre oculta en materia fecal

Los signos sistémicos son inespecíficos y pueden incluir cualquier combinación de los siguientes: (Bracho Blanchet, y otros, 2015)

- Apnea
- Letargo
- Disminución de la perfusión periférica o relleno capilar aumentado
- Signos de shock en etapas avanzadas de la enfermedad
- Colapso cardiovascular o shock
- Alteraciones en la coagulación (coagulopatía de consumo)

Los signos radiológicos más habituales en la radiología convencional son: (Bracho Blanchet, y otros, 2015)

- Distensión intestinal generalizada, con patrón de íleo paralítico
- Gas en la pared intestinal: Neumatosis intestinal
- Gas en vena porta
- Engrosamiento de las asas
- Asas dilatadas de forma persistente
- Ascitis
- Neumoperitoneo

TEORIZANTES

MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue una profesora y teórica estadounidense que creó una técnica de valoración para enfermería conocida como los patrones funcionales de Gordon. Esta guía servía para ayudar a los enfermeros a hacer un reconocimiento completo de sus pacientes de forma más completa. (Puerta, 2019)

Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico en el campo de la enfermería. También formó parte de la Academia Americana de Enfermería y recibió el título de «leyenda viviente» por parte de la misma asociación en 2009. (Puerta, 2019)

Además de esto, Marjory Gordon también fue profesora emérita en el Boston College, donde impartía clases de enfermería. En esa misma universidad fue donde obtuvo su doctorado, tras haberse graduado en la Universidad de Nueva York. (Puerta, 2019)

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas. (Puerta, 2019)

Para examinar a los pacientes se usan tanto preguntas y cuestionarios como datos objetivos, extraídos de la observación por parte del enfermero. Marjory Gordon distinguió 13 patrones funcionales de conducta en sus trabajos. La lista completa es la siguiente: (Puerta, 2019)

- Percepción de la salud.
- Nutrición y metabolismo.
- Eliminación e intercambio.
- Actividad y reposo.
- Cognición y percepción.
- Autopercepción y auto concepto.
- Rol y relaciones.
- Sexualidad y reproducción.
- Adaptación - Tolerancia al estrés.
- Principios vitales -Valores y creencias.
- Seguridad y protección.
- Confort.
- Crecimiento y desarrollo.

CALLYSTA ROY

Callista Roy es una teórica de la enfermería, profesora y religiosa nacida en 1939 en los Estados Unidos. De familia muy creyente, la influencia de su madre, enfermera titulada, fue fundamental en su carrera posterior. (Montano, 2019)

Aún muy joven, con solo 14 años, entró a trabajar en un hospital, aunque en el departamento de comidas. Pronto cambió su cometido, siendo ascendida a ayudante de enfermería. Durante esa época decidió ingresar como monja en la congregación Hermanas de San José de Carondelet. (Montano, 2019)

A principios de la década de los 60, estudió enfermería en la universidad. Tras graduarse, realizó un máster, que resultaría fundamental para el desarrollo de su teoría. Una de sus profesoras le encargó que elaborara un modelo conceptual de enfermería. De ese encargo nació el Modelo de adaptación de Roy. (Montano, 2019)

FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Teniendo en cuenta todo lo anterior, Callista Roy sostiene que la labor de los enfermeros es promover las actuaciones que posibiliten la adaptación de la persona en las 4 esferas antes nombradas. Para hacer esto, debe usar los conocimientos científicos existentes. (Montano, 2019)

Para Roy, el profesional tiene que ser consciente en todo momento de la responsabilidad del paciente de participar en sus propios cuidados cuando pueda hacerlo. (Montano, 2019)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica

enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio. Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados. (Hernández Ledesma Y, 2018)

Entre los más conocidos figuran:

- **Cuidados funcionales** o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería
- **Cuidados Progresivos** se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- **Cuidados globales** o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.
- **Cuidados integrales** se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta. En la práctica, en este momento se trabaja con los Planes Integrales de cuidados. Esta filosofía de cuidados nació en los años setenta y considera el cuidado del individuo, familia y comunidad en su aspecto integral (bio-psicosocial).

Todos estos cambios revolucionarios de la práctica enfermera han conseguido beneficios tanto para los pacientes que perciben el aumento de la calidad de los cuidados, como para los profesionales, ya que ven incrementado su nivel de motivación, de competencia y por supuesto su responsabilidad.

Un sinónimo de acción cuidadora sería la actividad de enfermería y podríamos definir actividad enfermera como: “El conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad específica de salud” (Hernández Ledesma Y, 2018)

Las actividades se pueden clasificar en tres grupos:

– **Actividades autónomas**, las que están dentro del diagnóstico y del tratamiento de enfermería.

– **Actividades derivadas**, las que se realizan a demanda de otros profesionales.

– **Actividades de soporte**, las orientadas a facilitar la labor asistencial.

Protocolizar las técnicas y las actividades de enfermería nos resultará de interés para unificar aquellos criterios de actuación que nos servirán de base en el momento de desarrollar los Planes de Cuidado. (Hernández Ledesma Y, 2018)

Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones antes de comenzar a elaborar un Plan de Cuidados:

1. Determinar el grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados. Que los cuidados de enfermería sean homogéneos. Estancias hospitalarias semejantes.
2. Elegir un Modelo de Enfermería
3. Tener en cuenta todas las complicaciones potenciales y reales.
4. Enunciar los problemas como diagnósticos y utilizar la nomenclatura NANDA.
5. Definir objetivos en función de los problemas detectados.
6. Elegir los cuidados de enfermería, como actividades concretas.
7. Determinar los criterios de evaluación de los resultados.

Tipos de planes de cuidado:

- **Individualizados:** son los que se centran en que cada persona es un ser único.
- **Estandarizados:** se centran en que ante problemas comunes existen respuestas similares.

Los Planes de Cuidado estándar, nos proporcionan una guía completa de cuidados para situaciones específicas y proporciona unos menores tiempos de actuación de enfermería.

Los Planes de Cuidado estándar no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro Plan de Cuidados estándar a cada uno de nuestros pacientes.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente: Valoración Diagnósticos (NANDA) Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC) Intervenciones (Actividades) (NIC) Evaluación. (Hernández Ledesma Y, 2018)

RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO O PREMATURO.

El parto prematuro se produce por una serie de razones. La mayoría de los partos prematuros ocurren de forma espontánea, si bien algunos se desencadenan a la inducción de las contracciones uterinas o al parto por cesárea, ya sea por razones necesarias o médicas. (OMS, 2018)

Entre las causas más frecuentes del parto prematuro figuran los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión; ahora bien, a menudo no se identifica la causa. También hay una influencia genética. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permitirá avanzar en la elaboración de soluciones de prevención.

- Se estima que cada año nacen unos 15 millones de neonatos prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando.
- En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.

Si un recién nacido, vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación se considera prematuro:

- prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- muy prematuros (28 a 32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas)

El parto inducido y el parto por cesárea no deben planificarse antes de que se hayan cumplido 39 semanas de gestación, salvo que esté indicado por razones médicas. (OMS, 2018)

1.1. Justificación

Con la realización de este estudio de caso clínico que tuvo lugar en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda de la Parroquia Veintimilla, se logra realizar la explicación de manera científica y específica para los futuros licenciados en enfermería con el tema del caso clínico PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NEONATO PRETERMINO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, y lograr de esta manera determinar y conocer los diferentes factores potenciales que ponen en riesgo al neonato con enterocolitis necrotizante, lo que nos permitirá realizar el proceso de atención de enfermería mediante el cual podemos controlar o prevenir algunas de las complicaciones en el paciente.

El descubrimiento precoz a través de la estimación de enfermería es transcendental para el método adecuado. Son necesarias las prácticas clínicas por la enfermera/o neonatal íntegro a que los signos clínicos de esta enfermedad pueden ser ligeros o catastróficos. Esta enfermedad tiene dos tratados de presentación. Una representación calumniosa que normalmente se determina por signos inespecíficos, primordialmente en recién nacidos precoces, durante la segunda a cuarta semana de vida, cuando ya se han resuelto inconvenientes pectoral y de conciliación a la vida extrauterina. Hay otra manifestación que se designa fulminante, que se observa en recién nacidos de término con antecedentes de episodios de asfixia, o con factores de riesgo, y la aparición es más frecuente en la primera semana de vida.

El motivo para desarrollar este caso clínico es poner en práctica el proceso de atención de enfermería en la atención del paciente aplicando los conocimientos adquiridos y científicos de los docentes de la Universidad Técnica de Babahoyo especialmente utilizando los conocimientos que me impartió mi tutora y las practicas Pre-Profesionales adquirida en el internado rotativo, facilitando los cuidados de enfermería adecuado a su patología y mejorar su pronta recuperación.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Elaborar el proceso de atención en enfermería en neonato con enterocolitis necrotizante del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro.

1.2.2. Objetivo específico

- Establecer el proceso de atención de enfermería en paciente con enterocolitis necrotizante.
- Analizar el diagnóstico de enfermería de acuerdo a los signos y síntomas que presenta el paciente con enterocolitis necrotizante.
- Aplicar en proceso de atención de enfermería en el paciente con enterocolitis necrotizante para su pronta recuperación.

1.3. Datos generales

- **Nombre y Apellido:** NN
- **Sexo:** Masculino
- **Edad:** 24 horas de nacido
- **Numero de Historia Clínica:** 1556442
- **Lugar y Fecha de Nacimiento:** Guaranda, 23 de Abril del 2020
- **Lugar de Procedencia:** Guaranda
- **Residencia:** Guaranda - Guanujo
- **Sexo:** Masculino
- **Grupo sanguíneo:** ARH+
- **Grupo Cultural:** Mestizo

I.METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

1.1. Análisis de consulta y antecedentes. Historia clínica del paciente.

Neonato NN pre termino de sexo masculino con 24 horas de vida de madre múltipara de 39 años, casada y con un nivel de instrucción incompleta, la misma refirió haber tenido solo tres controles prenatales con amenaza de aborto más infecciones vaginales. Llega la madre al hospital en expulsión, el recién nacido nace por parto eutócico con un peso de 2.470 gramos bajo peso y con una talla de 45 cm, al momento recién nacido presenta disnea, aleteo nasal, vómitos biliosos, facies anormales, mucosas orales secas, irritable, mediante la escala de Eva se realiza la palpación del abdomen globuloso doloroso, cianosis peri bucal, se le diagnostica con la enfermedad enterocolitis necrotizante por lo cual fue ingresado en el área de neonatología.

Antecedentes Patológicos.

| Antecedentes patológicos personales | Antecedentes familiares | Antecedentes alérgicos |
|--|---|-------------------------------|
| Neonato NN pre termino de sexo masculino con 24 horas de vida de madre quien refiere haber tenido solo tres controles prenatales con amenaza de aborto + IVU | Madre de 39 años de edad, múltipara con embarazo mal controlado con amenaza de aborto, producto obtenido a las 36 semanas de gestación. Gestación: 3 Cesáreas: 0 Parto normal: 3 Abortos: 0 Hijos vivos: 3 Edad materna: 39 años. Periodo intergénésico: 6 años. Controles prenatales: Solo 3 controles. Abuelos: Por parte de la madre presenta hipertensión hace 8 años que es controlada con medicamentos. | No refiere |

Tabla 2 Antecedentes Patológicos.

1.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

Neonato de 24 horas de vida, sexo masculino se encuentra actualmente en termo cuna cerrada conciliando sueño, adoptando oxigenoterapia, presión positiva en las vías aéreas con oxígeno, con vía percutánea pasando nutrición parenteral parcial, con sonda oro gástrica, con vía periférica canalizada en miembro superior derecho, a la observación del monitor presenta ,frecuencia cardiaca 148xmin, saturación de oxígeno de 88-92%, con episodios de saturación a la irritabilidad, mediante la escala de Eva se realiza la palpación del abdomen globuloso doloroso, cianosis peri bucal, se le diagnostica con la enfermedad enterocolitis necrotizante por lo cual fue hospitalizado en el área de neonatología, según el historial clínico a un día de vida presenta vomito de contenido bilioso sin otra sintomatología el cual se interpretó como reflujo gástrico.

1.2. Examen físico (exploración clínica)

Al ingreso del neonato con 24 horas en el área de neonatología, se le prepara para realizar el examen físico – exploratorio, realizado por el personal de enfermería.

Peso: 2.470 kg

Talla: 45cm

Perímetro cefálico: 32cm

Perímetro torácico: 30cm

Test de apgar: 8/10

Signos vitales:

Frecuencia cardiaca: 140 por minuto

Presión Arterial: 88/50 mm Hg;

Frecuencia respiratoria 62 por minuto

Temperatura: 36.8 grados centígrados

Oximetría: 92% con oxígeno por cánula nasal

Piel, Color: Es de un color rosado lisa y brillante, cianosis peri bucal, con presencia de panículo adiposo.

Cabeza: Normocefálica

Fontanelas: Normo tensas

Ojos: Simétricos, cerrados por edema palpebral

Oídos: Conducto auditivo externo permeables, pabellón integro incurvado en la parte superior.

Nariz: Orificios nasales simétricos y permeables, aleteo nasal inicial.

Boca: simétrica, integra, paladar duro y blando, hendidura completa, labios íntegros, rosados, mucosas orales secas.

Cuello: Corto simétrico, móvil en todas las direcciones, sin masas, lesiones ni posturas anormales

Tórax: Simétrico, costillas horizontales blandos, apéndice xifoidea prominente, con retracciones subcostales moderadas, aleteo nasal, con periodos de apnea, nódulo mamario palpable,

Abdomen: Simétrico, cilíndrico, globuloso doloroso a la palpación, ruidos intestinales presentes.

Cordón umbilical: Con muñón umbilical limpio y seco, con 3 vasos 1 vena umbilical y 2 arterias umbilicales.

Genitales: Masculino normal, testículos no están descendidos, durante la palpación se descarta hernias inguinales.

Ano: Permeable, bien implantado, no presenta anomalías.

Espalda: Normal y simétrica completamente flexible en eje dorso ventral no presenta anomalías

Extremidades: Las extremidades superiores e inferiores simétricas en anatomía y función, con buen tono muscular de acuerdo a su edad, pliegues plantares bien definidas en la media anterior y surcos en cuarta anterior y los pliegues de las manos son mínimas, pulsos femorales y pedios presentes.

Neurológico: Reflejos presentes y activos, presenta debilidad para deglutir y hay regurgitaciones, llanto moderado.

VALORACIONES DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

- **PATRON PERCEPCION- MANEJO DE SALUD**

Madre del paciente refiere conocer el estado en la que se encuentra el recién nacido ya que el personal de salud le ha explicado y la ha puesto al tanto del riesgo que puede tener R/N.

- **PATRON DE NUTRICIONAL-METABOLICA**

NPO

Abdomen globuloso y doloroso, a la palpación

Reflejo de Succión débil.

Sonda oro gástrica a gravedad.

Presencia de residuo gástrico, bilioso.

Peso de Nacimiento: 2.470 kg

Leche materna: No

- **PATRON DE ELIMINACION E INTERCAMBIO**

Neonato con aleteo nasal, disnea con periodos de apnea, con retracciones subcostales moderadas, con frecuencia respiratoria de 62 por minuto, recibiendo oxígeno, saturando 91%.

Eliminación de meconio de color verdusco oscuro con exámenes que da resultado positivo de sangre oculta en heces.

- **PATRON ACTIVIDAD- REPOSO**

Movimiento del Recién nacido: Activo

Actividad muscular: Activo

Llanto: Moderado

Ciclo de sueño corto: Si

- **PATRON PERCEPCION Y COGNITIVO**

Responde a estímulos sonoros Si

Responde a estímulos: Si

- **PATRON AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

No aplica

- **PATRON ROL-RELACIONES**

Permanece en termo cuna, en observación.

- **PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCION**

Sexo masculino color y tamaño variable, testículos en escroto o conducto inguinal, hidrocele discreto unilateral derecho, pene 3 a 4cm, meato en la punta del glande.

- **PATRON ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Llanto moderado

Irritabilidad No

Bostezo No

- **PATRÓN DE PRINCIPIOS VITALES**

Católica

- **SEGURIDAD Y PROTECCION**

Sistema termo génico del neonato en adaptación

Se encuentra con medios invasivos: sonda oro gástrico, catéter venoso en miembro superior derecho.

- **CONFORT**

Presenta llanto frecuente moderado

Se observa tranquilo en su termo cuna

- **CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Neonato de 24 horas de vida con una talla de 45cm, **peso** 2.470 kg **perímetro cefálico** 32cm donde la curva de crecimiento está de acuerdo para la edad, la curva de ascenso de peso en los días de hospitalización tiende a subir en pocas cantidades ya que su proceso es lento por ser prematuro

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS.

- **PATRÓN 2. NUTRICIONAL METABÓLICO.**

Neonato abdomen globuloso y doloroso, a la palpación, NPO, con sonda oro gástrico, reflejo de succión débil, presencia de residuo gástrico bilioso.

PATRÓN 3. DE ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Neonato con aleteo nasal, disnea con periodos de apnea, con retracciones subcostales moderadas, con frecuencia respiratoria de 62 por minuto, recibiendo oxígeno, saturando 91%.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS. Llanto moderado del neonato, la reacción de la madre ante los cambios en el estado de salud de su hijo es de ansiedad.

1.3. Información de exámenes complementarios realizados

BIOMETRIA HEMATICA

23/04/20

| HEMATOLOGICO | RESULTADOS |
|--------------|------------|
| HEMATOCRITO | 49% |
| PLAQUETAS | 271.000 |
| LEUCOCITOS | 14.100 |
| SEGMENTADOS | 51 % |
| EOSINOFILOS | 4 % |
| LINFOCITOS | 44 % |

Tabla 3 BIOMETRIA HEMATICA 23/04/20

BIOMETRIA HEMATICA

03/05/20

| HEMATOLOGICO | RESULTADOS |
|--------------|------------|
| HEMATOCRITO | 46% |
| PLAQUETAS | 253.000 |
| LEUCOCITOS | 10.900 |
| SEGMENTADOS | 42 % |
| EOSINOFILOS | 5% |
| LINFOCITOS | 53 % |

Tabla 4 BIOMETRIA HEMATICA 03/05/20

1.4. Formulación de datos presuntiva, diferencial y definitivo

1.4.1. Diagnóstico presuntivo:

Perforación intestinal espontánea. Ocurre en prematuros de muy bajo peso (<1500g)

1.4.2. Diagnóstico diferencial:

Enteritis infecciosa. Pueden causar enterocolitis neonatal de etiología Infecciosa.

1.4.3. Diagnóstico definitivo:

Cianosis peri bucal.

1.5. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

Realizada la valoración por el equipo de salud se determina el diagnóstico definitivo, se le informa a la madre del neonato el tratamiento de mejor elección para su mejoramiento de su cuadro clínico.

Se realiza los siguientes cuidados constantes de

- Monitorización de signos vitales cada 3 horas.
- Monitorizar los estímulos y reflejos.
- Mediante la escala de Eva valorar el dolor.
- Administración adecuada de medicamentos.
- Dextrosa en agua al 10% 200ml + 3ml soletrol k + 2,6 ml de soletrol de Na pasar IV a 8.3ml /h C/12h
- Gluconato de calcio 100mg IV C/8h
- Ampicilina 150mg IV C/8h
- Gentamicina 15mg IV QD
- Control diario del peso y talla.
- Informar del diagnóstico, tratamiento y pronóstico a la madre.
- Brindar el apoyo, confianza a la madre y que no pierda las esperanzas.

Neonato NN pre termino de sexo masculino con 24 horas de vida de madre multípara de 39 años, casada y con un nivel de instrucción incompleta, la misma refirió haber tenido solo tres controles prenatales con amenaza de aborto más infecciones vaginales. Llega la madre al hospital en expulsión, el recién nacido nace por parto eutócico con un peso de 2.470 gramos bajo peso y con una talla de 45 cm, al momento recién nacido presenta disnea, aleteo nasal, vómitos biliosos, facies anormales, mucosas orales secas, irritable, mediante la escala de Eva se realiza la palpación del abdomen globuloso doloroso, cianosis peri bucal, se le diagnostica con la enfermedad enterocolitis necrotizante por lo cual fue ingresado en el área de neonatología.

NANDA: 00160
DOMINIO: 2 Nutrición
CLASE: 1 Ingestión
ETIQUETA: 00160

DX/C: Alteración del equilibrio hidroelectrolítico

R/C: Neonato pretermino de 24 horas de vida, bajo peso, incapacidad digestiva, NPO

E/P: Vómitos biliosos, mucosas orales secas.

M
E
T
A
S

Dominio: Salud fisiológica

Clase: líquidos y electrolitos

Etiqueta: 0602 Hidratación

Campo: Fisiológico Básico

Clase D: Apoyo nutricional

Etiqueta: 1160 Monitorización nutricional

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| Vómitos biliosos | | X | | | x |
| Índice de edad gestacional | | X | | X | |
| Membranas mucosas húmedas | X | | | x | |
| Tolerancia alimentaria | X | | | X | |
| Reflejo de succión y deglución | X | | | X | |

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

ACTIVIDADES

1. Monitorizar los signos vitales (Fc, Fr, T^o, SATO2)
2. Monitorizar el peso, la talla y estímulos.
3. Identificar los cambios recientes del peso en el neonato
4. Evaluar la deglución (ej. Función motora de los músculos faciales, orales, y linguales)
5. Realizar cambios posturales frecuentes.
6. Facilitar el vínculo / apego de la madre y el lactante.
7. Fomentar a la lactancia materna.
8. Monitorizar ingresos y egresos.

NANDA: 00030
DOMINIO 3: Eliminación e intercambio
CLASE: Función respiratoria
ETIQUETA: 00030

DX/C: Deterioro de intercambio gaseoso

R/C: Cambios de la membrana alveocapilar, e inmadurez neurológica.

E/P: Disnea, con retracciones torácica moderadas, aleteo nasal, con periodos de apnea, cianosis peri bucal

M
E
T
A
S

Dominio II: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta: 0403 Estado respiratorio: Ventilación

Campo: Fisiológico complejo

Clase k: Control respiratorio

Etiqueta: 3390 Ayuda a la ventilación

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

ESCALA DE LIKERT

| INDICADORES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| Frecuencia cardiaca | | | X | | X |
| Retracción torácica | | X | | X | |
| Disnea de reposo | X | | | | X |
| Expansión torácica asimétrica | | X | | X | |
| Cianosis | X | | | X | |

- ACTIVIDADES**
1. Monitorear los signos vitales (Fc, Fr, Tº, SATO2).
 2. Administrar oxígeno suplementario según la prescripción.
 3. Controlar periódicamente el estado de respiratorio y oxigenación.
 4. Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.
 5. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
 6. Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.
 7. Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.

1.6. Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando los valores normales

Las razones científicas en las que aplico mi plan de cuidados e intervenciones de enfermería es la teoría de Callista Roy nos habla de las formas de adaptación que tenemos las personas o las familias con el entorno esto quiere decir la manera de cómo vamos a reaccionar frente a una situación que se nos presente.

Para relacionar esta teoría con la patología en enterocolitis necrotizante nos basamos en los elementos y los modos de adaptación para lo cual lo principal es la adaptación tanto de enfermo como de la familia y su entorno para ello:

Enfermería en el primer elemento cumple un rol muy importante porque depende de sus conocimientos, habilidades y convicción para saber llegar no solo al paciente, sino a sus familiares y crear conciencia en ellos de su importante apoyo durante el periodo de la patología para adaptarse y adaptar al recién nacido con el entorno. (Sánchez Tamayo, y otros, 2016)

La nutrición en el recién nacido es primordial para lograr una mejoría en su evolución y así poder obtener una ganancia de peso adecuada durante el transcurso de la enfermedad; pero esta se encuentra afectada por la inmadurez que presentan sus sistemas metabólico y digestivo. (Sánchez Tamayo, y otros, 2016)

El profesional de enfermería debe estar altamente capacitado porque considero que en esta patología es donde el paciente necesita más un cuidado para que pueda mejorar su estado de salud, agregado a la valoración realizada por patrones; ya que presenta un bajo peso y debe de cuidarse más en su estado de salud y alimentarse para que pueda tener un peso normal. (Sánchez Tamayo, y otros, 2016)

1.7. Seguimiento

Se realiza seguimiento constante:

- Administración farmacológica según la prescripción médica.
- Charlas de autocuidado para la madre
- Control de signos vitales C/3horas
- Cambio de vías C/2 días o por razones necearías

23 abril del 2020, Neonato NN pretérmino de sexo masculino con 24 horas de vida, ingresa al área de neonatología por parto eutócico pesando 2.470 gramos y con una talla de 45 cm, al momento recién nacido presenta disnea, aleteo nasal, hematemesis en 2 ocasiones, facies anormales, mucosas orales secas, irritable, mediante la escala de Eva se realiza la palpación del abdomen globuloso doloroso, cianosis peri bucal, para ello se puede determinar mediante este caso clínico el respectivo cuidado que una enfermera puede brindar a un paciente con este tipo de enfermedad, se aplicó varios exámenes de laboratorio, radiografía se lo coloca en termo cuna se canaliza vía venosa, se coloca sonda orogástrica, además se aplicó una metodología disciplinaria al paciente con el respectivo PAE se aplicó la valoración de enfermería por patrones funcionales basada en la teoría de Marjory Gordon.

8:00 am 24 de abril del 2020 Neonato continua en termo cuna con los signos vitales de T°:36.8°C, Fc: 143x¹, Fr:40x¹, Sato2: 91%, se mantiene en su peso que nació con indicaciones de NPO, cuidados intermedios, posición flower, control de ingesta y excreta.

9:00 am Vacuna BCG

12:00 pm T°:37°C, Fc: 140x¹, Fr:40x¹, Sato2: 91%,

19:00 pm T°:36.8. 1°C, Fc: 142x¹, Fr:39x¹, Sato2: 92%, deja residuos de líquido bilioso.

9:00 am 25 de abril del 2020 Neonato continua en termo cuna con los signos vitales de T°:37.2°C, Fc: 145x¹, Fr:42x¹, Sato2: 91%, con un peso de 2.500 con mismas indicaciones de NPO, cuidados intermedios, con cambios posturales.

12:00 pm T°:36.9°C, Fc: 143x¹, Fr:42x¹, Sato2: 91%,

19:00 pm T°:37.1°C, Fc: 140x¹, Fr:41x¹, Sato2: 92%, deja 4ml de residuos de líquido bilioso.

9:00 am 28 de abril del 2020 Neonato continua en termo cuna con los signos vitales de T°:37.2°C, Fc: 147x¹, Fr:45x¹, Sat: 92%, con un peso de 2.530 con indicaciones de alimentar por SOG 15ml de leche artificial, recién nacido con un buen estímulo de succión y tolera los 15cc de leche artificial por SOG para que haya una buena succión y deglución con una diuresis de 20ml+ heces.

9:00 am 30 de abril del 2020 Neonato continua en termo cuna con los signos vitales de T°:37.2°C, Fc: 149x¹, Fr:47x¹, Sat: 95%, con un peso de 2.550 con indicaciones de dish y sus cuidados, retirar SOG, alimentar 15ml de leche artificial o cuando el recién nacido desee.

Al momento neonato continua con 15 ml de leche artificial y materna por SOG su buena tolerancia a la leche materna se le procede a retirar la SOG junto al personal médico.

9:00 am 2 de mayo del 2020 Neonato continua en termo cuna , con los signos vitales de T°:37.2°C, Fc: 150x¹, Fr:48x¹, Sat: 95%, con un peso de 3.020 con indicaciones de dish y sus cuidados, que cada 3 horas se lo vaya a dejar a madre en alojamiento conjunto para ayudar a fortalecer el apego, lactancia a libre demanda con una diuresis de 40ml + heces y en la noche con una diuresis de 20ml + heces

9:00 am 3 de mayo del 2020 Neonato continua en termo cuna con los signos vitales de T°:37.2°C, Fc: 150x¹, Fr:48x¹, Sat: 97%, con un peso de 3.050g con indicaciones de dish y sus cuidados, lactancia materna a libre demanda, alta con madre.

13 pm Alta junto a la madre con los, se le realiza un explicación amena y entendible para que lo realice los cuidados en casa a su bebe como es la limpieza diario del cordón umbilical, cambio de pañal y de ropa diario, lactancia materna exclusiva durante los 6 meses, baño cada día, tamizaje metabólico neonatal en el subcentro más cercano, y acercarse al hospital si presenta signos de alarma.

5 de mayo del 2020 se realiza una llamada a la madre para saber cómo sigue su bebe y si no ha tenido ninguna alteración si no se ha enfermado o algún suceso leve en el niño, durante su estadía en la casa.

23 de junio del 2020 se realiza otra llamada para hacerle acuerdo que tiene la vacuna de los 2 meses y que tiene que acudir al control, por motivos de la pandemia no puedo acompañarle y madre refirió que el personal del subcentro le visitaron y lo vacunaron y realizaron el control correspondiente. Donde también me supo manifestar que el niño se encuentra en perfectas condiciones y se adaptado muy bien a sus hogar, que alcanzado un peso y una talla excelente de acuerdo a su edad, madre refiere que se siente contenta por estar pendiente de ellos y más de su bebe en estos momentos que estamos pasando en el mundo.

1.8. Observaciones

Se le realizó una entrevista a la madre para recolectar datos que me ayuden a brindar los cuidados específicos de enfermería y así ayudar a mejorar la recuperación del recién nacido, y en la cual la madre se presentó muy colaboradora y brindo toda la información necesaria. Gracias a esta entrevista se logró identificar los diferentes factores que de alguna manera influyeron en la evolución de este estudio investigativo. Se revisaron diferentes guías clínicas y una extendida bibliografía con el fin de profundizar conocimientos acerca de este tema.

CONCLUSIONES

Se pudo concluir mediante fuentes bibliográficas investigativas que esta enfermedad es el estudio gastrointestinal más frecuente en los neonatos con mayor porcentaje en el pretérmino con bajo peso al nacer, con mayor frecuencia al sexo masculino, produciendo esto a diversas dificultades, secuelas e incluso la muerte.

Mediante la indagación en varios autores se ha enfrentado varios elementos predisponentes para el tratamiento de la enterocolitis necrotizante como son: el peso del recién nacido con menos de 1500 gramos, edad gestacional menor de 31 semanas, isquemia intestinal, colonización del intestino por bacterias patológicas, sepsis tardía, transfusiones sanguíneas, acidosis metabólica e hipotensión, entre otras.

En cuanto a la dependencia de la Teoría de Callista Roy y el Proceso de atención de enfermería, el personal de enfermería usa su predilección crítica para efectuar los roles de cuidado y es de mucha importancia porque depende de su capacidad para aumentar o disminuir los principios que originan el progreso de esta patología y así poder lograr excelentes resultados en los cuidados y alcanzar mayor relación de adaptación del recién nacido y la familia durante el desarrollo de la patología.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. (19 de febrero de 2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Bracho Blanchet, E., Torrecilla Navarrete, M., Zalles Vidal, C., Ibarra Rios, D., Fernández Portilla, E., & Dávila Pérez, R. (Julio - Agosto de 2015). Factores pronóstico para mortalidad en neonatos con enterocolitis necrosante. *Cirugía y Cirujanos*, 83, 287-288.
- Carvajal Encina F, I. P. (Septiembre de 2014). El mantenimiento de una saturación de oxígeno baja en prematuros extremos aumentaría el riesgo de muerte y de enterocolitis necrotizante. *Evidencias en Pediatría*, 10(3).
- Gasque-Góngora, J. J. (2015). Revisión y actualización de enterocolitis necrosante. *Revista Mexicana de Pediatría*, 82(5).
- Gutiérrez, D. P. (2018). ENTEROCOLITIS NECROTISANTE. *Revista Médica Sinergia*, 6.
- Hernández Ledesma Y, F. C. (2018). Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*, 46-53.
- Heuser K, P. L. (Octubre de 2015). CARACTERIZACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS MUY BAJO PESO QUE PRESENTARON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTES EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL BASE VALDIVIA. *Revista Chilena de Pediatría*(86), 97.
- Maria J. Castro, I. A. (Marzo de 2016). USOS CLÍNICOS DE LOS PROBIÓTICOS: MALABSORCIÓN DE LACTOSA, CÓLICO DEL LACTANTE, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, HELYCOBACTER PYLORI. 79(1). Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492016000100006
- Montano, J. (2019). *Lifeder.com*. Obtenido de Callista Roy: biografía, teoría y obras: <https://www.lifeder.com/callista-roy/>
- Puerta, A. R. (2019). *Marjory Gordon: Patrones Funcionales*. Obtenido de lifeder.com: <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
- S. Rellan Rodríguez, C. G. (2008). *El recién nacido prematuro*. Obtenido de Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología: file:///F:/ordenar%20otro%20respaldo/trabajos%20photoshop/CASO%20CLINICO/8_1.pdf

- Sánchez Tamayo, T., Espinosa Fernández, M. G., Affumicato, L., González López, M., Fernández Romero, V., Moreno Algarra, M. C., & Salguero García, E. (Julio de 2016). Reducción de la enterocolitis necrosante tras la introducción de un protocolo de alimentación enteral basado en la evidencia en recién nacidos de muy bajo peso. *Anales de Pediatría*, 85, 297.
- Sandoval, C. A. (2014). Índice de riesgo clínico para enterocolitis necrosante. *Revista Chilena*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600020
- Sendy Montes, C. C. (Julio de 2014). Enterocolitis necrotizante complicada con neumatosis portal en un recién nacido prematuro. Reporte de caso. *Revista Medica Herediana*, 25(3).
- Soto Alfán Claudia A, G. O. (Diciembre de 2017). Uso de probióticos como profilaxis de enterocolitis necrotizante en neonatos. *Revista Pediátrica Electrónica*, 14(4), 13.

Anexos

