



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADOS
POSGRADO EN NEONATOLOGIA

“PROCESO ENFERMERO DE UN NEONATO:
RNT DE 39 SDG/ PAEG/ REFLUJO GASTROESOFAGICO, PB
OBSTRUCCION INTESTINAL, DESHIDRATACION MODERADA”.

Elaboro

Josefina Campos Colexcua

Asesor

Susana Montaña Sánchez

Enero 2012



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN

Enfermería en la actualidad está pasando por grandes cambios, tanto en su organización, estructura y en cuanto a su nivel de conocimiento; el objetivo de mejora ha sido y sigue siendo el cuidado del paciente, aunque uno de los retos a vencer es la no dependencia con otras disciplinas afines; los esfuerzos de los profesionales de enfermería están enfocados hacia la consolidación de un cuerpo de conocimientos concretos que permita el continuo desarrollo enfermería como disciplina científica y profesión reconocida; para ello es fundamental asegurar una práctica basada en la evidencia respaldada por el avance de la investigación, gestión y la educación. Este trabajo es una reflexión acerca de la necesidad que tenemos los, profesionales de enfermería de comprometernos en el desarrollo disciplinar y la investigación.

El proceso enfermero es un método reflexivo ordenado y analista, el cual se apoya en la metodología científica sin olvidar al individuo de acuerdo a sus problemas, necesidades, creencias, la salud y la enfermería misma

JUSTIFICACIÓN

La aplicación de un proceso enfermero en determinado paciente permite que los cuidados sean individualizados y únicos, lo que permite valorar aspectos culturales, económicos, físicos, emocionales, etc., que le permitan a la familia del paciente apoyarlo en su recuperación

Este proceso es realizado con la necesidad de proporcionar y además tener una visión de lo que un neonato RNT DE 39 SDG/ PAEG/REFLUJO PROBABLEMENTE POR OBSTRUCCION INTESTINAL requiere para evitar ser dado de alta sin diagnosticarlo previamente, y mejorar su atención en el proceso de recuperación del defecto al nacimiento, con el propósito de aplicar las acciones inmediatas para designar los cuidados que evitaran las complicaciones y mejore su nivel de supervivencia Así como disminuir la estancia hospitalaria y la angustia de los padres.

La incidencia de la atresia duodenal es de 1 por 6000 nacimientos en los Estados Unidos. Intrínseco de la obstrucción duodenal congénita constituye los dos tercios de todas las obstrucciones duodenal congénita (atresia duodenal, 40-60%; web duodenal, 35-45%, páncreas anular, 10-30%, estenosis duodenal, 20.7%). No hay predilección racial, y la incidencia de la atresia duodenal y estenosis duodenal es aproximadamente igual en hombres y mujeres.

La mitad de los recién nacidos con atresia o estenosis duodenal son prematuros, ocurre en aproximadamente el 40% de los neonatos con obstrucción duodenal.

En el país no hay cifras concretas de este padecimiento y la incidencia en el Hospital General de San Juan del Río es muy rara solo se recuerdan 5 casos en la existencia de este, sin embargo es importante conocer la sintomatología, los factores predisponentes, para prevenirla y diagnosticarla oportunamente.

OBJETIVO GENERAL

Diseñar un proceso enfermero para un Recién nacido a Término de 39 semanas de gestación con reflujo Gastro esofágico por probable obstrucción intestinal estableciendo las intervenciones de enfermería adecuadas durante su estancia hospitalaria que evitarán una prolongar su estancia hospitalaria por eventos adversos que tengan como resultado un daño irreparable.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Plantear diagnósticos de enfermería que resuelvan problemas reales o prevengan problemas potenciales de salud durante su estancia hospitalaria.
- Identificar las acciones de enfermería que le permitan al paciente mantener su estado de salud, así como mantener una valoración continúa de los cambios que requiera según su evolución.
- Mantener evaluación continua del plan de cuidados que se diseñará para modificar las intervenciones de enfermería necesarias para el recién nacido que le permitan mejorar su estado de salud.

MARCO TEORICO

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Podemos mencionar que un De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica

RN pre término: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación

RN inmaduro : Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

RN prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos

Recién nacido a término : Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más

Recién nacido pos término : Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación

De bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

La obstrucción del duodeno se presenta con una frecuencia de uno por cada 2 500 recién nacidos vivos; para su estudio se ha dividido en estenosis u obstrucción incompleta que puede ser debida a un diafragma o una membrana con o sin perforación y en atresia u obstrucción completa que puede ser debida a un cordón muscular fibroso o falta completa de un segmento duodenal con una zona de brecha. El diagnóstico de las membranas fenestradas suele ser tardío, oscila entre las cinco semanas y los 14 años, esto debido a que la fenestración permite el paso de alimento líquido; su tratamiento es quirúrgico mediante una laparotomía con duodenotomía y resección de la membrana o duodeno–duodeno anastomosis, también está reportado en los últimos años la corrección mediante laparoscopia, y sólo existen reportes anecdóticos de resección completa de las membranas mediante ondas de alta frecuencia o láser y endoscopia.

Se analizó el artículo de Ziu–ul–Miraj y col. en el cual se describe cómo mediante laparotomía abre el duodeno y realiza únicamente una incisión en la membrana duodenal con lo que logra que se retraigan los bordes, obteniendo un calibre adecuado, es decir demuestra que no es indispensable la resección completa de la membrana. Este hecho se asoció con otros reportes de resecciones completas por vía endoscópica de las membranas mediante ondas de alta frecuencia o láser con resultados aparentemente buenos, pero que necesariamente requieren de una infraestructura técnica avanzada. Debido a que en nuestro servicio hemos adquirido experiencia en esfinterotomías biliares, nos preguntamos si sería posible efectuar la apertura y ampliación de las membranas duodenales incompletas con un simple corte por medio de un esfinterotomo de vías biliares con corriente eléctrica por endoscopia y con esto evitar una cirugía formal.

La etiología de la membrana duodenal sigue aún sin aclararse, sin embargo la teoría más aceptada menciona la falta de canalización durante la onda de epitelización céfalo–caudal de un segmento de intestino, principalmente a nivel del ámpula de Váter, la membrana suele tener algunos milímetros de espesor y llevar

en el centro fibras musculares cubierta en ambas caras por epitelio intestinal, cuando se encuentra fenestrada el orificio puede ser central, excéntrico o múltiple con un diámetro de 1 mm a 1 cm (con un promedio de 5 a 6 mm); esta lesión suele presentarse en más de 80% de los casos a la altura de la región del ámpula. En el estudio realizado por Mikaelsson y col. se asoció a otras anomalías hasta en 75%, Fonkalsrud y col. en un estudio de colaboración reportaron 503 pacientes y encontraron la presencia de atresia de esófago con obstrucción duodenal en 7% de sus casos y su diagnóstico fue tardío y se manifestó por la presencia de vómitos persistentes, como en este caso que se asoció también a una malformación ano–rectal; en este estudio como en otros se ha mencionado que la serie esófago gastro duodenal es el método que permite realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos al mostrar una dilatación del estómago y de la primera, y parte de la segunda, porción del duodeno, quedando en un segundo término la realización de endoscopia o ultrasonido. En la serie realizada a nuestro paciente quedó la duda del diagnóstico por lo que se recurrió a la endoscopia, dicho estudio se ha llevado a cabo en la mayoría de los pacientes en quienes se sospecha la posibilidad de membrana duodenal después de la etapa de recién nacidos, lo que ha permitido familiarizarse con otras imágenes como: grosor de las membranas, identificación de las diversas ubicaciones de la papila en relación al diafragma, así como saber si es prevateriana o postvateriana y la extracción de residuos de alimentos que provocan incluso obstrucción del orificio en la membrana.

La obstrucción duodenal puede ser intrínseca o extrínseca. La anatomía de las anomalías intrínsecas varía desde la atresia que es la obstrucción completa de la luz intestinal con poca o ninguna conexión entre las partes proximal y distal del intestino, hasta la estenosis que es la obstrucción incompleta con un pequeño orificio en un diafragma o en una membrana. Los lactantes con obstrucción duodenal intrínseca completa, durante el primer día de vida, presentan vómitos biliares persistentes y poca o ninguna distensión abdominal.

La atresia y estenosis duodenal se deben a una afección en la cual el duodeno no se desarrolla correctamente, caracterizada por obstrucción incompleta de la luz intestinal con un pequeño orificio en un diafragma o membrana,

impidiendo que el contenido del estomago pase al intestino. Durante la tercera semana del desarrollo embriológico, la segunda parte del duodeno da el cordón pancreático y biliar que va a guiar la formación del sistema hepatobiliar y pancreático. Simultáneamente el duodeno pasa de una fase sólida a una fase donde se restablece el lumen entre la octava y décima semana. Es en este periodo embriológico donde se presentan las atresias y las estenosis.

Ocasionalmente la atresia esta asociada con un defecto en el cual el tejido pancreático se encuentra rodeando el duodeno. Este fenómeno es probablemente más un fracaso en el desarrollo del duodeno que un verdadero páncreas anular.

Clínicamente se caracteriza por un recién nacido que consulta por la presencia de vómito bilioso o de contenido alimentario, falta de deposiciones y distensión abdominal. Que se observa desde el primer día de la vida. Además:

- Ultrasonido fetal anormal
- Vómito temprano en grandes cantidades
- Vómito continuo, incluso cuando el lactante no ha sido alimentado por varias horas.
- Ausencia de orina después de las primeras micciones

- Ausencia de movimientos intestinales después de las primeras deposiciones del meconio.

Atresia duodenal representa la destrucción total de la luz duodenal (ver las imágenes a continuación). Un diafragma duodenal (o en la web duodenal) se cree que representan una forma leve de la atresia. Estenosis duodenal (obstrucción incompleta de la luz duodenal) se discute con atresia duodenal debido a los 2 trastornos en conjunto representan un amplio espectro de eventos similares intrauterina.

Anatomía

En la mayoría de los casos, la atresia duodenal se produce por debajo de la ampolla de Váter. En muy pocos casos, la atresia ocurre proximal a la ampolla. El páncreas anular se produce cuando el tejido pancreático rodea la segunda porción del duodeno. Si el cerco se ha completado, puede estar asociada con obstrucción duodenal completa o incompleta. Debido a que la atresia duodenal o estenosis duodenal se presenta en todos los casos de páncreas anular, el páncreas anómala se debe considerar un cambio secundario en lugar de una causa principal de la obstrucción duodenal.

Examen preferente

Las radiografías simples que muestran el aspecto de una doble burbuja, sin gas distal son característicos de la atresia duodenal (ver las imágenes a continuación). Gas intestinal distal indica la estenosis, la membrana incompleta, o una anomalía hepatopancreática ductal. De vez en cuando, una radiografía se debe obtener con el paciente en la erección o la posición de decúbito para delinear el componente duodenal. Si una combinación de la atresia esofágica y atresia duodenal está presente, la ecografía es el preferido.

Proyección antero posterior del tórax y abdomen muestra el signo de la doble burbuja de la atresia duodenal en el abdomen, así como una bolsa proximal dilatado como consecuencia de la atresia esofágica, lo que desplaza la tráquea, hacia el lado derecho de la mediastino superior. La presencia de aire en el estómago y el duodeno está relacionada con la existencia de una fístula distal.

Limitaciones de la técnica

Ningún material de contraste por vía oral es necesario en la evaluación de la obstrucción duodenal completa. De vez en cuando, una pequeña cantidad de material de contraste positivo puede ser inculcado a través de una sonda de

alimentación en el estómago y el duodeno distal para diferenciar el diafragma de una estenosis larga.

En ocasiones, enema de bario se plantea como un estudio complementario en la evaluación de la atresia duodenal. Resultados de enema de bario puede demostrar un ciego mal posicionado, pero esto no siempre es diagnóstico de mal rotación y el vólvulo. Además, si un micro colon se demuestra la presencia de atresias adicionales, más distal se pueden sugerir. Entericus Succus puede ser impedido de llegar al colon debido al área adicional de obstrucción intestinal. Atresias múltiples están presentes en aproximadamente el 15% de los pacientes. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos pueden determinar la presencia de mal rotación y atresias adicionales en el momento de la cirugía.

Aire de bario con contraste de estudio de la membrana duodenal en la proyección lateral muestra una pequeña cantidad de bario que sale en el intestino más distal. Casualmente, dos vértebras hendidura coronal se observan.

Diagnóstico diferencial y otros problemas a considerar

Atresia duodenal o estenosis duodenal puede estar asociada con otras anomalías del tracto gastrointestinal y biliar (malrotación, atresia esofágica, ano ectópico, páncreas anular, la vesícula biliar o la atresia biliar, anomalías vertebrales, atresia anal, fístula traqueo-esofágica con atresia esofágica, anomalías renales y radiales). Anomalías de los riñones puede ocurrir en asociación de Váter, el más común de estas alteraciones renales incluyen aplasia, Displasia, hidronefrosis, ectopia, uraco persistente, reflujo vesico ureteral y obstrucción ureteropielica.

Rotura de aneurisma de aorta abdominal y vólvulo del intestino medio son considerados en el diagnóstico diferencial de la atresia duodenal y estenosis duodenal. Además, otras condiciones para ser considerados incluyen la vena porta pre duodenal, bandas de Ladd, la duplicación del duodeno, tumor o hematoma del duodeno, y un tumor retroperitoneal.

El tratamiento de la membrana duodenal fenestrada es quirúrgico, previa descompresión del estómago y con una sonda oro gástrica y estabilización hidroelectrolítica del paciente.

Las alternativas quirúrgicas varían desde la cirugía abierta hasta la cirugía laparoscópica. La corrección endoscópica resuelve rápida y eficazmente la obstrucción; tiene menos complicaciones y reduce el tiempo de hospitalización. El procedimiento quirúrgico en neonatos de muy bajo peso debe ser resección de la membrana, con cirugía abierta cuando no se cuenta con endoscopios e instrumentos pequeños, y un endoscopista con experiencia.

La intervención quirúrgica consiste en una anastomosis duodeno-duodenal latero-lateral puenteando la zona atrésica y el anillo pancreático para no dañar la ampolla de Vater. Se deja una sonda nasogástrica o sonda por gastrostomía y otra sonda de silastic transanastomótica por gastrostomía unos centímetros por debajo de la anastomosis. En los casos de membrana duodenal con orificio central en la membrana, se corta el duodeno en sentido longitudinal y se sutura en sentido transversal, una duodeno-plastia en la zona de la membrana, dejando también las sondas de gastrostomía y la sonda gastroduodenal traspasando la zona de la plastia practicada.

MANEJO POST-OPERATORIO:

1. Derivación a UCIN.
2. Conexión a ventilación mecánica, en el postoperatorio inmediato hasta que haya remitido el efecto anestésico y por el compromiso respiratorio que produce el violento ascenso diafragmático. (Si es necesario)
3. Régimen 0. Hasta que el paciente recupere su tránsito digestivo (más o menos 05 días).
4. SNG a caída libre.
5. Alimentación Parenteral (catéter percutáneo).

6. Enfermería de UTIN

- Monitorización invasiva y no invasiva según lo requiera el paciente.
- Oximetría de pulso.
- Balance hídrico estricto.

7. El Recién nacido debe permanecer en posición Fowler.

8. Mantenimiento de antibiótico terapia.

9. Continuar el manejo del Recién Nacido con técnica estéril si la reparación quirúrgica ha sido parcial.

10. Como antiséptico utilizamos clorhexídina para la piel de la base del abdomen.

11. Observar presencia de signos de infección.

12. Mantener al R.N. contenido para que en forma accidental no vaya a dañar las vísceras contenidas en el silo.

13. Cuidados específicos dependiendo de la cirugía realizada.

14. Informar a los padres sobre el estado del R.N.

15. Facilitar la relación con su R.N.

16. Propender y fomentar la lactancia materna (poner en contacto a la madre con el lactario).

La cirugía neonatal es una de las disciplinas más complejas de la pediatría debido, entre otras cosas, a que el recién nacido está expuesto a un sinnúmero de factores que pueden influir de manera adversa una vez que se integra a la vida posnatal. Esa labilidad puede verse magnificada si en su entorno existen inconvenientes que conduzcan a una intervención quirúrgica, una infección generalizada o hipotermia. Los neonatos con atresia duodenal típicamente presentan dilatación gástrica, así como vómito biliar (cuando el bloqueo es distal al ampolla de Váter) que se

presenta de inmediato al nacimiento, por lo que identificar este síndrome es relativamente sencillo. El tratamiento consiste en resolver el bloqueo mecánico mediante una intervención quirúrgica, siendo el inicio oportuno y eficaz de la vía oral la principal dificultad en el posoperatorio. Existe controversia respecto a cuál es la mejor técnica quirúrgica. La operación de Kimura o duodeno-duodeno anastomosis "en diamante", que consiste en que una vez que se expone el duodeno, se efectúa una incisión horizontal en el segmento dilatado y otra vertical equivalente en el adelgazado. Hecho esto, el punto medio de los bordes de la herida proximal se sutura en los vértices de la incisión vertical

Las complicaciones más comunes son síndrome de asa ciega, esofagitis, pancreatitis, colelitiasis, colecistitis, megaduodeno

HISTORIA CLINICA

CASO CLINICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: B.B. R.N MASCULINO

DIRECCIÓN: AVE. DE LOS PATOS NO. 264 COL INDECO

EDAD: 10 DIAS

FECHA DE NACIMIENTO: 03 10 11

LUGAR DE NACIMIENTO; HOSP. GRAL. SAN JUAN DEL RIO

SEXO: MASCULINO

INGRESO: 13 10 11

PESO AL NACER: 3.275 GR

PERÍMETRO ABDOMINAL: 28CM

PERÍMETRO CEFÁLICO: 32CM

APGAR: 8-9

VALORACION DE ENFERMERIA

HISTORIA PRENATAL, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EN EL PARTO

- Control del embarazo: fue un embarazo con solo 06 consultas de control, sin patologías de importancia aparentes de la madre solo en el segundo trimestre con infección de vías urinarias tratada con Dactil durante siete días. La madre es primigesta y tiene 19 años -Sala de partos: es un niño que nace de término, con una edad gestacional de 38.4 semanas, con un peso al nacer de 3170 gramos. Obtenido por parto normal, producto único vivo con un Apgar de 8/9, sin alteraciones aparentes.

Neonato que nace el día 03 de octubre del 2011, por vía natural eutócico, producto de la gesta 1 que llora y respira al nacer, con un peso de 3.275 kg, talla de 48 cm; Apgar 8/9; Capurro 38.4 al parecer sin datos de hipoxemia en el nacimiento el embarazo de 38.5 S.D. G. se le realizo tamiz neonatal y la aplicación de vacunas B.C.G y anti hepatitis b

- *Antecedentes del neonato.* Inicia padecimiento aproximadamente hace una semana (6 octubre) Teniendo tres días de vida extrauterina con reflujo y vómito 8 veces al día siendo contenido gástrico asistiendo a facultativo privado quien indica tratamiento para reflujo con (ranitidina, cisaprida) disminuyendo los vómitos a 1 vez por día. Sin embargo reincide hace 3 días (10 octubre) siendo continuo 12 vómitos por día por lo acuden nuevamente al médico indicando tratamiento con bactrin cada 8 hrs. Hoy 13 de octubre presenta fiebre de 38.2° C y deshidratación nuevamente es llevado a facultativo, quien lo refiere a Hospital General San Juan del Río. Realizan Rx de abdomen observando poca distribución de aire
Sus diagnósticos médicos de ingreso.

Descartar Pseudo obstrucción de membrana duodenal, GEPI deshidratación leve

Patrón 1. Percepción de la salud.

-Antecedentes familiares no significativos. No hay antecedentes de malformaciones intestinales en la familia.

- Hábitos tóxicos en la familia: madre y padre con alcoholismo social.

Patrón 2. Nutricional – metabólico.

Se encuentra en ayuno con sonda orogástrica a derivación, en este momento ya que hay vómitos continuos solo obteniendo aportes de líquidos por vía parenteral y continuara hasta ser valorado por cirugía pediátrica, presenta ruidos peristálticos así como motilidad intestinal y deshidratación leve Estado de la piel y mucosas: presenta mínima alteración de la integridad cutánea por manipulación, encontrándose semihidratada.

- Vías canalizadas: presenta una vía central para infusión intravenosa insertada perifericamente en el miembro pélvico superior derecho la cual esta funcional.

Patrón 3. Eliminación.

Eliminación intestinal: La eliminación intestinal es mínima y aunque existe peristalsis solo son restos meconiales.

Eliminación urinaria: se lleva control de líquidos, pesando cada pañal de orina por turno, hasta el momento la diuresis media horaria de es de 5.5 ml/kg/hora

Patrón 4 Actividad y ejercicio.

Frecuencia cardiaca de 160X´; Frecuencia respiratoria de 60X`llenado capilar de 2" ritmo cardiaco sin alteraciones, no presenta secreciones broncopulmonares, con buena fuerza muscular.

Patrón 5 sueño – reposo

El recién nacido se encuentra irritable la mayor parte del día como consecuencia del ayuno.

Patron 6 Cognitivo-perceptual

Fontanela posterior y anterior normotensa Los padres manifestaron gran capacidad para tomar decisiones, ya que depositaron toda su confianza en el médico y en la institución

Patrón 7 autoimagen – auto concepto

Existe preocupación y una gran angustia de los padres por la salud de su hijo ya que responsabilizan al equipo de salud por no ponerles la atención necesaria las veces anteriores que acudieron a la unidad; se encuentran inquietos e inseguros por el riesgo de la cirugía a la que someterán a su hijo.

Patrón 8 Rol-Relaciones

Hubo mucha incertidumbre de los padres cuando no les daban respuestas sobre el padecimiento real de su hijo; sin embargo cuando se inicio el protocolo para saber su patología y empezó haber respuesta se sintieron arrojados por la esperanza.

Patrón 9 afrontamiento-tolerancia al estrés

Los papás lo visitan dos veces al día durante su estancia hospitalaria, hubo varios momento de estrés ya que sintieron impotencia cuando lo manejaron como un simple reflujo gastrointestinal y mal manejo materno de alimentación; así mismo cuando se dio la intervención quirúrgica, pero siempre reflejaron optimismo.

Patron 10 Valores- creencias

Los padres realmente no consideraron el llamado de un sacerdote ya que a pesar de la angustia e incertidumbre tenían mucha confianza en que todo saldría bien.

EXPLORACION FISICA

Cabeza: Fontanela anterior normotensa, escaso cabello pero bien implantado, pupilas normoisocóricas, con reacción fotomotora presente, fosas nasales permeables, boca hidratada, paladar íntegro, buena implantación de pabellón auricular, cuello corto y cilíndrico sin compromiso, cuenta con sonda orogástrica a derivación con drenaje gastrobiliar.

- Tórax íntegro con ruidos cardíacos con ritmo y frecuencia normal, ruidos pulmonares presentes con entrada y salida de oxígeno, permeable,
 - Abdomen, ruidos peristálticos mínimos presentes, no visceromegalias hasta el momento de la exploración, columna vertebral íntegra sin compromiso.
 - Genitales acorde a edad gestacional e íntegros y adecuado a sexo, presencia de testículos en bolsas escrotales y descendidos, ano permeable.
- Extremidades superiores e inferiores sin compromiso y acorde para su edad. Cuenta con catéter percutáneo en miembro pélvico superior derecho permeable.

14 10 11

Se realiza valoración por cirugía pediátrica quien solicita ultrasonido abdominal el cual reporta duodeno normal, canal pilórico permeable. También solicitan una Serie Esófago Gastro Duodenal la cual reporta diagnóstico de membrana transpilórica, duodenal.

18.10.11

Solicitan interconsulta con cardiología para poder programar cirugía le realizan un Ecocardiograma, cuyo diagnóstico es PCA pequeño, por citometría hemática reportan anemia.

20.10.11

Se coloca catéter venoso central en la yugular externa derecha y se ministra 1 concentrado eritrocitario

22.10.11

Pasa a quirófano realizando duodeno plastia durante la cirugía se encontró tejido hipertrófico en duodeno así como hipoplasia intestinal distal y corroboran permeabilidad.

Termina cirugía sin complicaciones y pasa a la UCIN en fase I de ventilación en ayuno por 5 días con líquidos totales de 120 ml con tratamiento de 10 días de antibiótico.

27.10.11

Inicia la vía oral con Leche Modificada en Proteínas 30ml cada 3 hrs reportando vómitos en el transcurso de la toma en escasa cantidad y siendo de contenido alimenticio; deciden cambio de fórmula indicando fórmula hidrolizada aceptándola las 2 primeras tomas. La herida quirúrgica se encuentra afrontada limpia, sin datos de infección.

TABLA DE RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO

DATOS DE VALORACION	INFERENCIAS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA
<p>PATRON NUTRICIONAL METABOLICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peso de 3.170 kg 2. Recién nacido a término 3. Ayuno 4. Sonda orogástrica con drenaje biliar 5. Vómitos continuos 6. Disminución de ruidos peristálticos 7. Deshidratación leve de mucosas y piel. 8. Catéter percutáneo 2 Fr. 9. Infusión de líquidos parenterales 	<p>4, 5, 6.</p> <p>3,5,6.</p> <p>2, 8, 15.</p>	<p>Lactancia materna inefectiva R/C anomalías del lactante E/P vómito constante, disminución de los movimientos peristálticos, presencia de sonda orogástrica</p> <p>Riesgo nutricional por defecto R/C incapacidad para absorber los nutrientes debido a factores biológicos.</p> <p>Alto riesgo Infección R/ C defensas primarias, inadecuadas procedimientos invasivos.</p>
<p>PATRON DE ELIMINACION</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Diuresis media horaria de 5.5 ml/Kg/hr 	<p>5,7,10.</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos, r/c pérdidas excesivas a través de vías normales e/p vómito, diuresis media horaria de 5.5 ml/kg/hr, deshidratación leve de piel y mucosas</p>

<p>PATRON. REPOSO/ SUEÑO.</p> <p>11. Llanto constante 12. Irritabilidad</p>	<p>11, 12.</p>	<p>Alteración del patrón sueño R/C factores sensoriales M/P irritabilidad, llanto</p>
<p>P. ROL / RELACIONES</p> <p>13. R.N. de la 1ª gesta 14. Edad de la madre de 19 años</p>	<p>11,12, 13, 14</p>	<p>Riesgo de cansancio en el desempeño del rol cuidador R/C falta de experiencia</p>
<p>P. COGNITIVO/ PERCEPTUAL</p> <p>15.Alteración del estilo de vida del cuidador 16.Ejecución del rol de padres 17.Afrontamiento de problemas.</p>	<p>15, 16, 17,</p>	<p>Riesgo al desempeño inefectivo del rol</p>
<p>P. ROL / RELACIONES</p> <p>18. apoyo emocional al niño 19 Expresa deseos de reforzar la maternidad/ paternidad.</p>	<p>18, 19</p>	<p>Disposición para mejorar el rol Parental M/P apoyo emocional al niño</p>
<p>P. AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>20.Afrontamiento del problema 21. Autocontrol de la depresión 22. funcionamiento de la familia</p>	<p>15, 18, 19, 20, 21, 22</p>	<p>Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y los lactantes</p>

DOMINIO: 11 Seguridad /protección CLASE:1 Infección	NIVEL: IV CONOCIMIENTO DE CONDUCTA DE SALUD DE RIESGO Y SEGURIDAD		CLASE: T CONTROL	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos. RIESGO DE INFECCIÓN, RELACIONADO CON DEFENSAS PRIMARIAS INADECUADAS	1902 Control del riesgo	Reconoce factores de riesgo y supervisar cambios en el estado de salud Evitar factores de riesgo	4 4	DE: 8 AUMENTAR: 10
INTERVENCIONES (NIC): 6550 PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES		INTERVENCIONES (NIC): 6540 CONTROL DE INFECCIONES		
<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>Campo: IV SEGURIDAD Nivel: V CONTROL DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones ✓ Vigilar recuento de granulocitos absoluto, recuento de glóbulos blancos y resultados diferenciales ✓ Mantener las normas de asepsia para el paciente en riesgo ✓ Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel y membranas mucosas ✓ Inspeccionar el estado de la herida quirúrgica ✓ Toma de cultivos 		<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES</p> <p>Campo: IV SEGURIDAD Nivel: V CONTROL DE RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener técnicas de aislamiento, si procede ✓ Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir ✓ Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente ✓ Poner en prácticas precauciones universales ✓ Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada ✓ Administrar terapia de antibióticos, si procede ✓ Mantener un sistema cerrado mientras se realice monitorización hemodinámica invasiva 		

DOMINIO: 11 Seguridad/protección CLASE:2 lesión física	NIVEL: II SALUD FISIOLÓGICA TISULAR		CLASE: L INTEGRIDAD	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DEFINICION: riesgo de alteración cutánea adversa RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADA CON EL DÉFICIT INMUNOLÓGICO	1101 Integridad tisular	Integridad de la piel Lesiones cutáneas Descamación cutánea Raspado cutáneo Eritema	4--4 4--5 3--4 4--5 4—5	DE: 19 AUMENTAR: 25
INTERVENCIONES (NIC): 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL				
ACTIVIDADES				
<p>Campo 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO Nivel: L control de la piel / heridas</p> <p>Observar su color, calor, pulsos, textura, inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas Vigilar el color y la temperatura de la piel Observar si hay excesiva sequedad y humedad de la piel Observar si hay zonas de fricción o presión Observar si hay infecciones especialmente en las zonas edematosas</p>				

El riesgo de deterioro de la integridad cutánea logro aumentarse a 23 puntos la descamación disminuyo notablemente; así como el raspado cutáneo y ya no presento eritema

DOMINO: 4 Eliminación/intercambio. CLASE: 2 función gastrointestinal	NIVEL: II SALUD FISIOLÓGICA CLASE: ELIMINACIÓN
---	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	RESULTADO NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<p>DEFINICION: Riesgo de aumento, disminución, e ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.</p> <p>RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL R/C INMOVILIDAD</p>	0501. Eliminacion intestinal	Patrón de eliminación Color de las heces Cantidad de heces en relación con la dieta Facilidad de eliminación de las heces Eliminación fecal sin ayuda Ruidos abdominales	3 3 2 3 2 2	De: 15 Aumentar a: 30
INTERVENCIONES (NIC) Manejo intestinal: 0430 establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular				
ACTIVIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ACTIVIDADES: ✓ tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal. ✓ Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color. ✓ Observar si hay sonidos intestinales. ✓ Observar si hay signos y síntomas de estreñimiento e impactación. ✓ Estimulación rectal cada 24 horas. ✓ Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales. 				

PLAN DE ALTA PARA EL PACIENTE B.B

DATOS PERSONALES

NOMBRE: LACTANTE B.B R.N

EDAD: 10 DIAS

SEXO MASCULINO

ESCOLARIDAD NINGUNA

PROCEDENCIA AVE. DE LOS PATOS NO.264 COL. INDECO

FECHA DE NACIMIENTO: 03 OCTUBRE 2011

CUIDADOR/ES RESPONSABLES MADRE Y PADRE

PARENTESCO HIJO AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL SEGURO
POPULAR

FECHA DE INGRESO 13-10 -11 SERVICIO: __NEONATOLOGIA

DX MEDICO ACTUAL (ES) DUODENOPLASTIA

ESTADO ACTUAL: Se encuentra recién nacido masculino con buena coloración de tegumentos , mucosas hidratadas, signos vitales con parámetros dentro de lo normal con herida quirúrgica limpia sin datos de infección con vía parenteral periférica permeable se realiza curación de catéter y de herida quirúrgica, se proporciona vía oral con buena tolerancia y sin alteraciones abdominales se proporcionan cuidados generales y se deja al siguiente turno sin variaciones

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES	ESTRATEGIA
CONTROL DE RIESGOS	Indicar a quienes tengan contacto con el recién nacido que se laven las manos antes y después de entrar a la habitación y al tener contacto con el paciente	A través de enseñanza de técnica de lavado de manos y devolución del procedimiento
CONTROL DE INFECCION	Curación de herida quirúrgica Administración de antibioticoterapia	En presencia del familiar se realiza limpieza de la herida, explicándole los pasos y preguntado las dudas
FAVORECER LA RELACIÓN DE CONFIANZA CON LA FAMILIA	Animar a los padres para mayor contacto al recién nacido Apoyo emocional e información adecuada a los padres sobre el manejo	Fomentar que los padres platiquen con el recién nacido así como dejar que tengan contacto físico durante su estancia hospitalaria
INSTRUIR SOBRE LA ALIMENTACION	POSICION ANTIREFLUJO: Inmediatamente después de alimentación colocar en porta bebe para evitar vómitos	Enseñar a los padres a la preparación adecuada así como el proceso de alimentación y la posición en que se debe dejar al recién nacido
NOTIFICAR DE SEÑALES DE ALARMA A LOS PADRES Y A QUIENES ESTEN ALREDEDOR DE SU DESARROLLO	Explicar que deben acudir a una unidad de salud en cuanto haya el primer signo de alarma	Informar a los padres sobre la vigilancia de la presencia de nauseas y-o vómitos, irritabilidad, distensión abdominal; vigilancia de herida quirurgica en caso de que haya eritema, dolor, inflamación o salida de secreción si se presenta alguno de estos signos acudir de manera inmediata al centro de atención más cercana.

CONCLUSIONES

La finalidad de la aplicación del PLACE permite de manera planeada, sistematizada y organizada proporcionar cuidados de enfermería con calidad y calidez, priorizando las necesidades de cada individuo sano o enfermo y, evidentemente de esta forma la profesión ira adquiriendo relevancia en su quehacer profesional fundamentando los cuidados que se aplican; sin embargo es de suma importancia que el equipo multidisciplinario trabaje en equipo para lograr el objetivo mencionado.

Es muy importante realizar proceso de enfermeria ya que nos permite mayor familiarización con los pacientes, familiares así como con el equipo de salud y contar con un documento científico que demuestren la profesionalización de la enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- El Portal de la Salud
<http://www.elportaldelasalud.com> Potenciado por Joomla! Generado: 20 October, 2011, 12:28

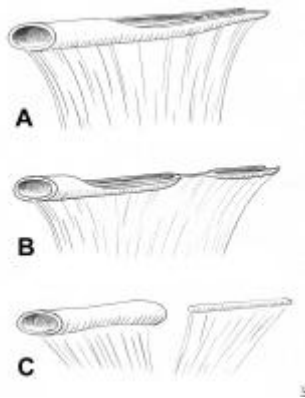
- Gregorio Perez Palacios Normas y Procedimientos de Neonatologia Instituto Nacional de Perinatología 2009.

- Raquel Nacimiento Tames Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 3ª edición editorial panamericana 2006.

- Mosby, Diccionario de medicina quinta edición , editorial Océano 2006.

- Normas y Procedimientos de neonatología 2011; Instituto Nacional de Perinatologia, México D.F

ANEXOS



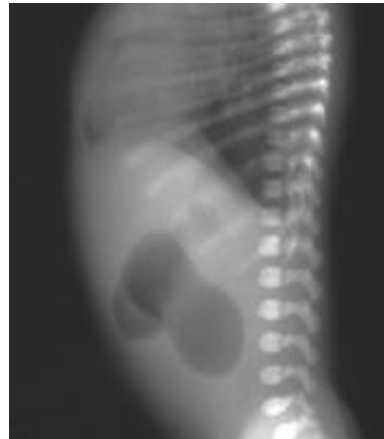
Dibujo 1

Tipos de anomalías recanalización duodenal. La dilatación del segmento normal proximal se ve en cada tipo. A. Diafragma. B. Sólidos del cordón umbilical y la atresia. C. ausencia segmentaria.

DIBUJO



Radiografía anteroposterior del abdomen muestra el signo de la doble burbuja de la atresia duodenal. Tenga en cuenta los ángulos acetabulares aplanados.



Radiografía lateral muestra el signo de la doble burbuja de la atresia duodenal.



Radiografía antero posterior del abdomen muestra el signo de la doble burbuja de la atresia duodenal.

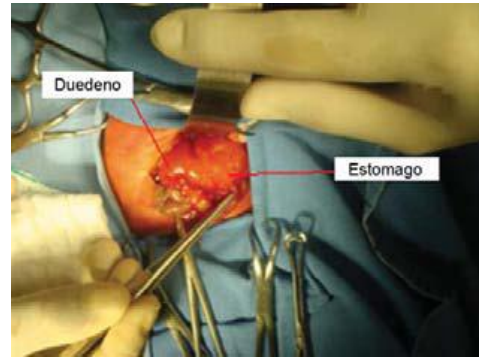


Figura 3. A. Transoperatorio con el estómago y el duodeno dilatados. **B.** Control postoperatorio contrastado; se observa la duodenoplastia permeable.

