UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

FASCITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON

GUALOTO UREÑA ANDREA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RAMIREZ GODOY YORGI ALEJANDRO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

FASCITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON

GUALOTO UREÑA ANDREA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RAMIREZ GODOY YORGI ALEJANDRO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA
2021

UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

FASCITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON

GUALOTO UREÑA ANDREA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

RAMIREZ GODOY YORGI ALEJANDRO
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

CHAMBA TANDAZO MARLENE JOHANA

MACHALA, 06 DE ENERO DE 2021

MACHALA
2021

ESTUDIO DE CASO

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%	0%	0%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	bvs.sld.cu Fuente de Internet	<1%

Excluir citas	Apagado	Excluir coincidencias	< 20 words
Excluir bibliografía	Apagado		

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, GUALOTO UREÑA ANDREA ELIZABETH y RAMIREZ GODOY YORGI ALEJANDRO, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado FASCITIS NECROTIZANTE EN RECIÉN NACIDO Y APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LA TEORÍA DE MARJORY GORDON, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de enero de 2021

GUALOTO UREÑA ANDREA ELIZABETH
0706165693

RAMIREZ GODOY YORGI ALEJANDRO
0924006083

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de titulación en primer lugar a Dios por permitirnos llegar a cumplir esta meta con éxito. A nuestros padres por sabernos guiar y brindarnos su apoyo incondicional para seguir adelante, perseverantes y optimistas. A nuestros docentes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala por cada conocimiento brindado para formarnos como profesionales. Y a todas las personas que en estos años de estudio nos apoyaron para culminar este proceso.

RESUMEN

Introducción: La fascitis necrotizante es una patología poco común y se la considera como una de las principales causas de morbimortalidad en los recién nacidos, es definida como aquella infección que evoluciona de una forma muy rápida afectando a la piel y a los tejidos subcutáneos hasta ocasionar necrosis, su presentación frecuente es en las extremidades inferiores, no obstante, también puede aparecer en la cabeza, la cara, el cuello, el tronco y en las extremidades superiores. A pesar de las investigaciones que se han venido dando en los últimos años el diagnóstico sigue siendo un reto muy grande para el equipo de salud porque suele ser confundida con la celulitis no complicada por las manifestaciones clínicas similares que se presenta en ambas condiciones, por este motivo es fundamental llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar posibles complicaciones en el paciente que pueden llevar hasta la muerte. El equipo de salud cumple un rol importante en el cuidado de estos pacientes por las diversas actividades que realizan los profesionales como el confort a través del control nutricional, exploración física, curación de las heridas, administración de medicamentos y alivio del dolor, dichas actividades ayudarán en la mejoría del paciente, lo cual es muy importante para para su pronta recuperación.

Objetivo: Analizar un caso clínico real de un recién nacido con fascitis necrotizante a causa de sepsis bacteriana, mediante revisión de la historia clínica y fuentes bibliográficas se aplica el proceso de atención de enfermería basándose en los patrones funcionales de Marjory Gordon, mejorando la calidad de atención y logrando la disminución de las complicaciones neonatales.

Metodología: Para la realización del presente estudio de caso se empleó metodología científica, descriptiva, explicativa y analítica, la información relevante sobre el objeto de estudio fue recolectada principalmente de la Historia clínica del paciente y a través de una revisión bibliográfica de revistas científicas y artículos científicos relacionados a la temática para así dar a conocer datos importantes del mismo.

Conclusión: La fascitis necrotizante es una infección bacteriana poco común en el recién nacido que afecta a la piel y a los tejidos blandos subcutáneos, su evolución es muy rápida llegando a ocasionar necrosis y aunque existe información sobre esta patología, ésta no es específica en el período neonatal, por este motivo es esencial que se estudie esta

enfermedad para disminuir las tasas de morbimortalidad neonatal. Enfermería cumple una función importante en la atención de los recién nacidos con fascitis necrotizante porque son estos profesionales los encargados del cuidado directo ya que aplican planes de cuidado con las cinco etapas del proceso de atención de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NIC Y NOC; realizando la respectiva valoración y exploración física para identificar los patrones funcionales alterados. Cabe mencionar que sus intervenciones están enfocadas al control de signos vitales, control de síntomas, administración de antibióticos, cuidados de la herida y curación de la misma, alimentación y educación a los familiares para brindar una atención integral y de calidad.

Palabras claves: fascitis necrotizante, recién nacido, proceso de atención de enfermería, Marjory Gordon.

SUMMARY

Introduction: Necrotizing fasciitis is an uncommon pathology and it is considered one of the main causes of morbidity and mortality in newborns, it is defined as an infection that evolves very quickly, affecting the skin and subcutaneous tissues until causing necrosis Its frequent presentation is in the lower extremities, however it can also appear on the head, face, neck, trunk and upper extremities. Despite the investigations that have been carried out in recent years, the diagnosis continues to be a very great challenge for the health team because it is usually confused with uncomplicated cellulite due to the similar clinical manifestations that occurs in both conditions, for this This is why it is essential to reach a timely diagnosis and treatment to avoid possible complications in the patient that can lead to death. The health team plays an important role in the care of these patients due to the various activities carried out by professionals such as comfort through nutritional control, physical examination, wound healing, administration of medications and pain relief, these activities will help in the improvement of the patient, which is very important for his speedy recovery.

Objective: To analyze a real clinical case of a newborn with necrotizing fasciitis due to bacterial sepsis, by reviewing the clinical history and bibliographic sources, the nursing care process is applied based on the functional patterns of Marjory Gordon, to improving the quality of care and achieving the reduction of neonatal complications.

Methodology: To carry out this case study, scientific, descriptive, explanatory and analytical methodology was used, the relevant information on the object of study was collected mainly from the patient's clinical history and through a bibliographic review of scientific journals and scientific articles related to the subject in order to publicize important information about it.

Conclusion: Necrotizing fasciitis is an uncommon bacterial infection in the newborn that affects the skin and subcutaneous soft tissues, its evolution is very rapid, causing necrosis and although there is information on this pathology, it is not specific in the period neonatal disease, for this reason it is essential that this disease be studied to reduce neonatal morbidity and mortality rates. Nursing plays an important role in the care of newborns with necrotizing fasciitis because these professionals are in charge of direct care since they apply care plans with the five stages of the nursing care process using the NANDA, NIC and NOC taxonomies; performing the respective assessment and physical examination to identify altered functional patterns. It is worth mentioning that their interventions are focused on the control of vital signs, symptom control, administration of antibiotics, wound care and wound healing, food and education to family members to provide comprehensive and quality care.

Key words: necrotizing fasciitis, newborn, nursing care process, Marjory Gordon.

ÍNDICE

DEDICATORIA 1

RESUMEN 2

SUMMARY 4

INTRODUCCIÓN 8

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO 10

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio 10

1.2. Hechos de interés 10

1.3. Objetivo de la investigación 11

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO 11

2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia 11

2.2. Bases teóricas de la investigación 12

2.2.1. Definición 12

2.2.2. Patogenia 12

2.2.3. Clasificación y etiología 13

2.2.4. Factores de riesgo 13

2.2.5. Clínica 13

2.2.6. Diagnóstico 14

2.2.7. Escala LRINEC 14

2.2.8. Estudios por imágenes 15

2.2.9. Complicaciones 15

2.2.10. Tratamiento 16

3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO 16

3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada 16

3.1.1. Tipo de investigación 16

3.1.2. Unidad de análisis 17

3.1.3. Área de estudio 17

3.1.4. Tipo de estudio 17

3.1.5. Método de estudio 17

3.1.6. Técnicas a utilizar 17
3.1.7. Instrumentos de investigación 17
3.1.8. Categorías 18
3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación 18
3.3. Sistema de categorización en el análisis de los datos 19
3.3.1. Resumen de evolución y complicaciones 19
3.4. Proceso de atención de enfermería 23
3.5 Valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon 24
Patrón 1: Percepción - manejo de la salud 24
Patrón 2: Nutricional-Metabólico 24
Patrón 3: Eliminación 25
Patrón 4: Actividad - ejercicio 25
Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés 25
3.6 Proceso de atención de enfermería con taxonomías NANDA, NIC y NOC 25
4. CAPITULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN 33
4.1. Descripción de resultados 33
4.2. Argumentación teórica del proceso 33
4.3. Conclusión 34
4.4. Recomendaciones 35
BIBLIOGRAFÍA 36
ANEXOS 42

INTRODUCCIÓN

“La infección en el periodo neonatal es considerada una de las primeras causas de morbimortalidad entre los recién nacidos (RN) de países desarrollados”.(1) La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente a nivel mundial 4 millones de recién nacidos mueren anualmente, de los cuales el 25-45% ocurren en las primeras 24 horas de vida y el porcentaje restante se da en la primera semana de vida.(2,3) Según los datos descritos anteriormente, del total de muertes entre el 30% y 40% corresponden a procesos infecciosos.(4)

La fascitis necrotizante es una de las primeras causas de sepsis bacteriana, la cual es una infección que avanza de manera rápida y afecta piel, grasa subcutánea, fascia superficial y regularmente la profunda, a medida que esta infección se disemine va a provocar necrosis hística y un grave daño sistémico.(5) Se la conoce también, como: “úlcera maligna del siglo XVIII, enfermedad “come carne”, gangrena de hospital”.(6) La sepsis bacteriana neonatal es una condición clínica, se presenta durante los primeros 28 días de vida y afecta el torrente sanguíneo del recién nacido proveniente del ataque e incremento de hongos, virus o bacterias.(7)

“A nivel de América Latina no se encuentran reportes sobre fascitis necrotizante en niños”.(8) Los casos nuevos de sepsis neonatal alcanzan desde el 0,6% al 1,2% del total de recién nacidos en países desarrollados, en cambio en países en desarrollo se encuentra un porcentaje del 20% al 40%.(3) De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en nuestro país la sepsis neonatal en el año 2010 fue la 6ta causa de morbilidad infantil y 5ta causa de muerte.(9) Para el 2016 la sepsis bacteriana en el recién nacido ocupó el segundo lugar como causa de muerte infantil con el 7,13% lo que corresponde a 217 casos de muerte.(10) Según datos actualizados del 2019, en Ecuador, la sepsis bacteriana del recién nacido ocupa el 4to lugar dentro de las 5 primeras causas de muerte infantil.(11)

Referente a las manifestaciones clínicas de la fascitis necrotizante por sepsis bacteriana se caracteriza por estadios, en el estadio 1 que es el de inicio temprano se encuentra: dolor, edema, calor y eritema; después tenemos el estadio 2 en donde se presentan ampollas, fluctuación e induración de la piel y finalmente en el estadio 3 hay necrosis de la piel con decoloración y progresión a gangrena, bullas hemorrágicas y anestesia al tacto. (12,13)

Dentro de las causas maternas, se encuentran antecedentes de alumbramiento contaminado como un parto en un auto, cama, casa, o que el recién nacido se haya contaminado con las heces de la madre, entre otras causas. Sin embargo, las causas del padecimiento de esta patología en el neonato, está el déficit de inmunidad que tiene el recién nacido, a diferencia de los lactantes y niños de avanzada edad. Incide más en nacidos prematuros o con bajo peso al nacer; ya que está ligado a causa de riesgos como técnicas invasivas que elevan el peligro a que el recién nacido sea vulnerable a infecciones. (9)

Con relación al tratamiento, éste se basa principalmente en: "soporte hemodinámico, la debridación quirúrgica y uso de antimicrobianos", aunque el de elección es el desbridamiento de la parte afectada. (12)

Por lo tanto, la importancia de adquisición de conocimiento es primordial para enfermería; puesto que, la atención de estos pacientes se familiariza a los cuidados integrales que brinda la enfermera/o para el confort total del mismo, a través del control nutricional, exploración, curación de las heridas, administración de medicamentos, mejoría del dolor y el estado psicológico que se aplica en la intervención. (14)

Para disminuir las tasas de morbimortalidad es ideal que se brinde una atención integral con un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. Teniendo en cuenta el papel fundamental que cumple el equipo de salud, en especial el profesional de enfermería.

El objetivo del presente trabajo es analizar un caso clínico real de un recién nacido con fascitis necrotizante a causa de sepsis bacteriana, mediante revisión de la historia clínica y fuentes bibliográficas, basándose en la teoría de Marjory Gordon y los patrones funcionales para la aplicación del proceso de atención de enfermería, la cual nos permite valorar los patrones alterados del recién nacido y priorizar los problemas de salud, mejorando su estado. Aplicando las 5 etapas de atención de enfermería, se brinda atención de calidad y calidez, empezando con la valoración integral del recién nacido, seguido al diagnóstico precoz, luego se planifica el plan de cuidados; una vez expuesto los planes, aplicamos las intervenciones adecuadas en el neonato como curación y rehabilitación de la patología, sin dejar de lado la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; finalmente evaluamos el estado actual del recién nacido, evidenciando resultados esperados favorables.

1. CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y contextualización del objeto de estudio

El presente caso se evidencia en el Hospital San Vicente de Paúl de la cuidad de Pasaje, con el ingreso de un recién nacido de 8 días de vida con diagnóstico médico de fascitis necrosante a causa de sepsis bacteriana.

La fascitis necrosante pertenece a una clase variada de afecciones que atacan las partes blandas comenzando por la piel, tejido subcutáneo y muscular; estos pacientes permanecen un mayor lapso de tiempo en la unidad de cuidados intensivos por motivo de la respuesta inflamatoria ante la infección.(15) Esta patología ataca cualquier zona del cuerpo, como extremidades superiores e inferiores, cavidad oral, zonas genitales, perianales y pared abdominal, en raros casos se evidencia en la zona del cuello.(6)

Es una enfermedad poco común, en la que los doctores alcanzan un diagnóstico entre el 15 al 30% en la mayoría de los acontecimientos. Su índice de mortalidad es del 33 al 60%, pero si las manifestaciones clínicas y los antecedentes son detectadas a tiempo este podría aminorarse en un 12%. (15) Es decir, mientras el diagnóstico sea precoz, se podrá aplicar un rápido e idóneo tratamiento para llegar a estabilizar al recién nacido: en su estado clínico y valores alterados en los resultados de los exámenes, y de esta manera evitar complicaciones más agravantes para su salud. (16)

El principal agente causal en la mayoría de los casos es la bacteria del estreptococo del grupo A; estas bacterias a través de su efecto tóxico van produciendo necrosis hística en cualquier zona del cuerpo, especialmente en los miembros superiores e inferiores. (15)

1.2. Hechos de interés

Para lograr un pronto diagnóstico, diversos personajes han planteado criterios evaluadores, pero no es de tanta ayuda; ya que, las manifestaciones clínicas tienen un porcentaje alto para el diagnóstico de una infección de tejidos y piel. Para ello expusieron dos procedimientos apoyados al resultado cuantitativo del laboratorio, para diferenciar si el tipo de infección es o no es necrosante de tejidos blandos: el primer método propuesto por Wall, basado en el valor del sodio (Na) menor a los 135 mEq/L; mientras que, el método expuesto por Wong está basado en la escala de riesgo de laboratorio indicador de puntuación de fascitis necrotizante (LRINEC). (17)

1.3. Objetivo de la investigación

Analizar un caso clínico real de un recién nacido con fascitis necrotizante a causa de sepsis bacteriana, mediante revisión de la historia clínica y fuentes bibliográficas se aplica el proceso de atención de enfermería basándose en los patrones funcionales de Marjory Gordon, mejorando la calidad de atención y logrando la disminución de las complicaciones neonatales.

2. CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS – EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

La fascitis necrotizante también conocida como gangrena de Fournier o celulitis necrosante, se caracteriza por una infección con un periodo largo de incubación, la cual avanza de manera indolente dividiendo la zona de la piel con el músculo; transcurridos de cinco a diez días, las manifestaciones clínicas evidencian una toxicidad grave de la piel. (18)

Hipócrates, en el siglo V la describe como infecciones necrotizantes de áreas blandas. Posteriormente Joseph Jones, cirujano militar de la armada de los Estados Unidos, por primera vez en 1871 denomina la patología como gangrena de hospital, basándose en los soldados que participaron en la guerra civil americana. Sin embargo, en Inglaterra a finales del siglo XVII fue reconocida y estudiada como úlcera maligna, por los doctores Blane, Trotter y el cirujano Gillespie Leonard, pertenecientes a las fuerzas armadas inglesa. (15,18)

En 1924 Meleney, apoyado en pacientes de Beijing, realizó descubrimientos microbiológicos y la denominó gangrena sinérgica bacteriana, en el mismo año recibe otros nombres como: Gangrena Idiopática y Erisipela Gangrenosa.(19)Mientras que Fournier dermatólogo francés en 1883, expone su estudio sobre la gangrena de los genitales y periné y la nombra la gangrena de Fournier.(20) Como última denominación a esta infección de áreas blandas, la cual afecta piel y tejidos ocasionando necrosis hística, Bob Wilson en 1952 la da a conocer como fascitis necrotizante. (15,18)

Posteriormente a fines de 1977, Giuliano dio a conocer que la fascitis necrosante se da a raíz del ataque de múltiples microorganismos aerobios y anaerobios, ya sean de gram +/- lo que da paso a una infección. (18)

Además, Hipócrates, Galeno y Avicena recopilaron información fundamental sobre el tratamiento de la infección, en donde Hipócrates da una breve explicación sobre el mismo, donde expone que los enfermos debían permanecer aseados y asépticos, para la curación de las heridas hacían uso de agua limpia o en ocasiones usaban pomadas preparadas, seguido colocaban cataplasma o esencias para cubrir la herida y las tapaban con vendas bañadas en vino. Además de la curación, como en la actualidad, utilizan fármacos como antibióticos para la prevención de infecciones que conlleven a causar un daño progresivo en la piel. (21)

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1. Definición

La fascitis necrotizante (FN) es una condición clínica muy grave, la cual pone en peligro la vida del que la padece porque dentro de sus complicaciones está el shock séptico con fallo multiorgánico pudiendo ocasionar la muerte, esta patología se da por la infección bacteriana de piel y tejidos blandos subcutáneos, su evolución está encaminada a la destrucción y necrosis de tejidos en un tiempo corto.(22,23) La ubicación más frecuente se da en extremidades inferiores, aunque también puede presentarse en extremidades superiores, incluyendo manos así como también cabeza, cara, cuello y tronco.(24)

2.2.2. Patogenia

El desarrollo de la infección empieza en la fascia superficial, en la que se da un crecimiento y proliferación de la bacteria, toxinas y enzimas que producen una alteración de la misma generando progresión de los tejidos con gran profundidad. (12)

También existe una liberación de citoquinas tras la proliferación, la misma que da lugar a una necrosis de la fascia superficial y trombosis de la red vascular adyacente. Al originarse este compromiso de necrosis vinculado a la infección hay que tener en cuenta que la afectación irá evolucionando de forma más profunda hasta llegar a la dermis. (12)

2.2.3. Clasificación y etiología

La siguiente clasificación es de acuerdo al agente causal:

- Tipo I: Representan el 70-80 % de todos los tipos de fascitis necrotizante, son infecciones polimicrobianas, es decir, causa celulitis sinergística, y, por otro lado también es posible que exista destrucción tisular dada por diferentes microorganismos, tales como: cocos grampositivos (Staphylococcus aureus, Streptococcus), bacilos gramnegativos (Escherichia coli) y microorganismos anaerobios (Clostridium, Bacteroides fragilis).(15,18) Por lo general suelen presentarse después de intervenciones quirúrgicas, en pacientes con diabetes, obesos o inmunodeprimidos.(15)
- Tipo II: Este tipo de infección es mono microbiano y le corresponde el 20 % del total de los casos, su etiología es por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (Streptococcus pyogenes), y en menor medida, por Staphylococcus aureus. Suele afectar principalmente a las extremidades, sin que la persona tenga factores de riesgo. (15,18)
- Tipo III: Los agentes causales de este tipo son los gram-negativos, monomicrobiana, incluye vibrios marinos. (18)
- Tipo IV: Es la fascitis necrotizante por infección fúngica, la misma que es causada por hongos del género Mucor, Rhizopus y Rhizomucor. (15)

2.2.4. Factores de riesgo

- Endógenos: inmunodepresión, edades vulnerables (neonatos y personas de la tercera edad), enfermedades crónicas y oncológicas, consumo de alcohol y drogas, desnutrición. (15)
- Exógenos: heridas, intervenciones quirúrgicas, traumas, tratamientos, condiciones de guerra, catástrofes o desastres naturales. (15)

2.2.5. Clínica

Las manifestaciones clínicas de la fascitis necrotizante se caracterizan por estadios, en el estadio 1 que es el de inicio temprano se encuentra: dolor, edema, calor y eritema; después tenemos el estadio 2 en donde se presentan ampollas, fluctuación e induración de la piel

y finalmente en el estadio 3 hay necrosis de la piel con decoloración y progresión a gangrena, bullas hemorrágicas y anestesia al tacto. (12,13)

2.2.6. Diagnóstico

El diagnóstico de la fascitis necrotizante tiende a ser confundido con la celulitis no complicada por la clínica que se presenta al inicio de esta patología, por esto es que empeora el pronóstico del paciente pues el diagnóstico es tardío. (15)

A pesar del avance que se ha venido dando en las últimas décadas, el diagnóstico es el principal problema de la fascitis necrosante, según varios autores la analítica de exámenes y de radiologías pueden servir para un diagnóstico precoz, pero esto no es de mucha ayuda, por el contrario, existen síntomas que sí permiten llegar al diagnóstico. (15) Estos pueden ser:

- El dolor desproporcionado a la apariencia externa de la lesión que es la manifestación más persistente, el mismo que tiene una aparición de lesiones cutáneas en las primeras 24 a 48 horas. (15)
- La progresión acelerada de la lesión, aunque se haya empezado el tratamiento correspondiente de antibióticos. (15)
- Presencia de afectación del estado general o de choque, con independencia de la importancia de la lesión cutánea. (15)

Con la más mínima sospecha clínica la exploración quirúrgica será justificada como método diagnóstico. (15)

2.2.7. Escala LRINEC

LRINEC son siglas que significan escala de riesgo de laboratorio indicador de puntuación de fascitis necrotizante, se usa como un instrumento para poder determinar si el cuadro de infección de tejidos blandos es una fascitis necrosante o no la es, por ello es que se menciona que puede ayudar en la evolución del paciente. (17,25) “Esta herramienta fue validada en el año 2004 por Wong y colaboradores”. (25,26)

Se basa en indicadores de compromiso sistémico, la misma nos indica el riesgo de fascitis necrotizante, si tiene una puntuación <6 es de bajo riesgo, si obtiene 6-7 es un riesgo intermedio y si es > o = a 8 es de alto riesgo. (15) A continuación, la tabla:

PARÁMETRO	VALOR	PUNTUACIÓN
Proteína C reactiva (mg/dl)	< 150	0
	≥ 150	4
Recuento leucocitos (células/ µl)	< 15	0
	15-25	1
	>20	2
Hemoglobina	< 11	2
	11-13,5	1
	>13.5	0
Sodio (mmol/l)	< 135	2
	≥ 135	0
Creatinina (µmol/l)	≤141	0
	>141	2
Glucosa (g/dl)	≤180	0
	>180	1

2.2.8. Estudios por imágenes

Ayudan en el diagnóstico de fascitis necrotizante, por lo cual no deben postergar la intervención quirúrgica cuando se empiece a presentar las manifestaciones clínicas características de la fascitis necrosante. (12) Los siguientes son algunos estudios por imágenes:

- Tomografía axial computarizada (TAC): En sus hallazgos es posible visualizar el engrosamiento y edema de la fascia profunda con una presencia de gas en los planos superficiales. (12)
- Biopsia y tinción de Gram: En la intervención quirúrgica se obtiene una muestra, ésta va a servir para la tinción de Gram y biopsia, lo cual es importante para determinar la etiología de la infección y encaminar al tratamiento correcto. (12)

2.2.9. Complicaciones

Dentro de las complicaciones más frecuentes de la FN, están: el fallo renal, hepático y respiratorio, septicemia y fallo multiorgánico. (18)

2.2.10. Tratamiento

Se basa principalmente en: "soporte hemodinámico, debridación quirúrgica y uso de antimicrobianos", aunque el de elección es el desbridamiento de la parte afectada. (12,27)

- Soporte Hemodinámico: Se brinda cuando el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable y se empieza con la administración de fluidos, si se llegara a presentar estado de shock se debe administrar vasopresores. (12)
- Tratamiento quirúrgico: El manejo quirúrgico con debridación es la base del tratamiento, su objetivo es "disminuir la carga bacteriana y reducir de forma drástica la concentración de toxina bacteriana". (12,15) En el momento de realizar este procedimiento se debe tener en cuenta que, al desbridar el tejido necrótico, este debe llegar hasta un tejido sano y viable, lo cual se identifica con la aparición de sangre rutilante.(12)
- Tratamiento antimicrobiano: Empezar con antibióticos de amplio espectro que combatan a bacterias gram-positivas, gram-negativas y anaerobios, se recomienda que antes de iniciar este tipo de tratamiento se debe tomar cultivos para valorar sensibilidad antibiótica. (12)

- Hasta que se obtenga el resultado del cultivo se deberá empezar con: carbapenémicos, tales como: imipenem, meropenem, ertapenem; o piperacilina-tazobactam más un agente contra S. aureus meticilin-resistente, tal es el caso de la vancomicina o daptomicina; más clindamicina. (12)
- Cuando ya se haya identificado el microorganismo causante se podrá brindar el tratamiento correspondiente, como se lo describe a continuación: Tipo I: ampicilina o ampicilina-sulbactam más clindamicina o metronidazol; Tipo II: penicilina G más clindamicina. (12)

3. CAPÍTULO III: PROCESO METODOLÓGICO

3.1. Diseño o tradición de investigación seleccionada

3.1.1. Tipo de investigación

El estudio se realizó de forma descriptiva, explicativa y analítica, basándonos en la revisión bibliográfica de revistas científicas y artículos científicos relacionados al tema

en elección, junto con el análisis del caso clínico para adquirir información que complemente nuestra investigación, dando a conocer datos importantes del mismo.

3.1.2. Unidad de análisis

Recién nacido de sexo femenino de 8 días de vida con diagnóstico médico de Fascitis necrotizante

3.1.3. Área de estudio

El presente análisis se efectuó en el Hospital San Vicente de Paúl del cantón Pasaje, provincia El Oro.

3.1.4. Tipo de estudio

Para la realización del presente estudio de caso se empleó metodología científica, descriptiva, explicativa y analítica, las cuales nos permiten obtener información que asegure validez sobre el tema de estudio y así la investigación tenga un enfoque científico claro.

3.1.5. Método de estudio

3.1.5.1 Método científico: Técnica que se aplica dentro del estudio, para la obtención de información fiable y válida, que nos de acceso a la aplicación de conocimiento científico en el cuidado del neonato brindando una atención de calidad y calidez.

3.1.5.2 Método descriptivo: Permite detallar de forma clara los factores o características que se muestran en la investigación

3.1.5.3 Método analítico: Mediante este proceso podemos analizar de manera detallada cada punto de vista importante que pertenezca al presente estudio clínico.

3.1.5.4 Método explicativo: Nos permite mostrar preocupación sobre el tema de estudio que estamos realizando; es decir, centrarnos en determinar las causas, orígenes, hechos, entre otros.

3.1.6. Técnicas a utilizar

1. Revisión de la Historia Clínica.
2. Entrevista con los padres del recién nacido.

3.1.7. Instrumentos de investigación

1. Historia clínica del neonato
2. Consentimiento informado de los padres

3. Base de datos de artículos científicos
4. Revisión bibliográfica de revistas científicas

3.1.8. Categorías

Los criterios a valorar en la revisión del análisis de caso son los siguientes:

1. Signos vitales del recién nacido
2. Causas
3. Signos y síntomas del recién nacido
4. Antecedentes patológicos familiares
5. Antecedentes obstétricos de la madre
6. Antecedentes personales
7. Plan de cuidados de enfermería
8. Medidas antropométricas

3.2. Proceso de recolección de datos en la investigación

Para la obtención de la información de la recién nacido, primero existió un diálogo con la mamá de la misma, aclarando las dudas que tenía sobre la participación de su hija en este proceso investigativo, después de responder a sus preguntas firmó el consentimiento informado aceptando como representante del neonato para que se tome la respectiva información de la historia clínica y las fotos que sirven como evidencias puedan ser publicadas. Posteriormente se tuvo una entrevista con los padres de la recién nacida (mamá y papá) para que nos relataran todos los acontecimientos relacionados con la condición clínica de nuestro sujeto de estudio.

Considerando que para tener acceso de toda la historia clínica debíamos gestionar el permiso al Hospital San Vicente de Paúl, se entregó a dicho establecimiento de salud un oficio de petición UTMACH Casilla N° 989 firmado por la Coordinadora de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala y también se adjuntó un acuerdo de confidencialidad para que este proceso sea de forma legal, con permisos autorizados.

La revisión bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos tales como: Dialnet, Science Direct y Scielo también permitió obtener información relevante sobre la patología antes mencionada.

3.3. Sistema de categorización en el análisis de los datos

3.3.1. Resumen de evolución y complicaciones

Este estudio de caso clínico se trata de un neonato de sexo femenino con 8 días de vida de una madre de 23 años de edad con 4 gestas, 1 aborto, 1 parto vaginal y 1 cesárea, se realizó 7 controles prenatales cumpliendo con 2 dosis de vacuna antitetánica, durante el embarazo recibe ácido fólico y hierro, además manifiesta que al tercer mes de gestación presentó infección de vías urinarias y vaginosis bacteriana, recibiendo tratamiento oportuno. En el tercer trimestre del embarazo la paciente se le diagnostica Covid-19 positivo mediante una prueba rápida.

Antecedentes natales: El recién nacido nace el 22 de julio del 2020, su madre refiere haber llamado al ECU-911 por presentar contracciones uterinas frecuentes, eliminación de líquido amniótico, dolor constante a nivel hipogástrico, ansiosa debido a que vivía en una zona rural de difícil acceso para transportarse al hospital más cercano para la atención de su parto; por lo tanto, no hubo respuesta favorable al llamado. De manera que el parto fue atendido en el domicilio por su esposo sin ninguna experiencia, obteniendo producto vivo evidenciando llanto fuerte, no se realizó medidas antropométricas, ni valoración de Apgar, recibiendo al recién nacido, alimentándose de seno materno y brindándole cuidados empíricos en casa, por lo cual los padres deciden no realizar valoración médica en su momento.

Además la madre refiere que al quinto día de vida acudió por atención médica a un Hospital del Guabo porque el recién nacido presenta secreción ocular bilateral y lesiones vesiculares peri orbitarias razón por la cual recibe tratamiento ambulatorio con gotero oftálmico, al siguiente día regresó al hospital antes mencionado para revaloración ya que el recién nacido estaba presentando lesiones eritematosas a nivel de tórax, región supraclavicular bilateral por ello es ingresado en esta casa de salud el día 28 de Julio del 2020, se desconoce tratamiento recibido, madre del neonato pide alta sin autorización médica antes de las 48 horas de hospitalización, según refiere para tratamiento en IEES, pero al no contar con las aportaciones para la atención acude a al Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) a los ocho días de su nacimiento al área de emergencia a las 15:20 pm en malas condiciones clínicas, acompañada por la madre quien refiere que el neonato ha presentado alzas térmicas, llanto débil, irritable y álgico a la manipulación, además manifiesta que durante el día no ha realizado ninguna micción.

Médico de turno de emergencia realiza examen físico y observa lesiones de gran extensión en tórax región supraventricular bilateral con fondo eritematoso y centro de aspecto necrótico de más o menos 6-7 cm de longitud cada una, en dirección céfalo-caudal, además se palpa edema en miembros inferiores y genitales que deja fóvea, secreción ocular bilateral amarillenta con lesiones vesiculares pustulosas peri-orbitarias. A nivel respiratorio se observa leve tiraje subcostal con frecuencia respiratoria de 60 rpm, frecuencia cardiaca de 141 lpm, SatO2 95%, Score Downes 1/10, glicemia capilar 99 mg/dl y temperatura de 39°C. A nivel abdominal se observa distensión abdominal con leve resistencia a la palpación, se palpa megalias en bazo e hígado, se ausculta ruidos hidroaéreos, tono muscular disminuido con extremidades en extensión.

Se realizan exámenes de laboratorio con hallazgos relevantes para procedimientos diagnósticos. Leucocitos: 7960, Neutrófilos; 54.7, linfocitos: 25.6%, Hgb: 15,7 g/dl, Plaquetas: 37000 I, Na: 138 mEq/dl, K: 5.3 mg/dl, Cl: 106 mEq/l, Glucosa: 66 mg/dl. PCR: +, TTP: 33 seg, TGO: 32 U/L, Calcio total: 7.30 mg/dl, Urea: 22 mg/dl, Creatinina: 0.40 mg/dl, Prot. totales: 6.6 g/dl, albúmina: 3,10, Globulina: 3.5 g/dl, presentando un cuadro diagnóstico médico de Fascitis necrosante + Sepsis bacteriana del recién nacido.

Ingresa al área de neonatología a cuidados intermedios a las 15:30 pm del mismo día, permanece en cunero con oxígeno por Hood 5 litros por minuto, nada por vía oral (NPO) + sonda orogástrica (SOG) abierta por el cual elimina líquido mucoide claro, se inicia antibiótico terapia (oxacilina y amikacina), líquidos parenterales, según resultados de laboratorio tuvieron que transfundir plasma fresco congelado, luego de varias horas realiza dificultad para regulación de temperatura, razón por la cual se indica incubadora cerrada. El médico indica realizar una radiografía estándar de tórax como resultado se observa infiltrado difuso de predominio de lóbulo superior bilateral, abdomen con edema interesa, no se observa neumatosis. Se realiza interconsulta con cirugía para debridación y limpieza de áreas necróticas, el mismo que manifiesta que se debe realizar referencia.

A las 16 horas de hospitalización según valoración del médico, decide cambiar el tratamiento con otro antibiótico como la vancomicina 36 mg IV c/8 horas + cefepime 180 mg IV c/12 horas.

Al tercer día de hospitalización continúa con nada por vía oral (NPO) y sonda orogástrica (SOG) abierta por la cual elimina 5 cc de líquido mucoide achocolatado, recibiendo

oxígeno ambiental en incubadora cerrada, se realiza nuevamente interconsulta con cirugía y valoración pre anestésica para limpieza quirúrgica, sin embargo, no se realiza por trombocitopenia severa (Plaquetas: 37 × 103/uL).

Al sexto día con alimentación por sonda orogástrica 5ml cada tres horas /3 horas, con buena tolerancia, activo-reactivo, llanto fuerte y vigoroso, con lesiones en regiones antes mencionadas con áreas necróticas y fondo eritematoso se observa: presencia de exudado abundante en las mismas.

Al octavo día de hospitalización se alimenta con sonda orogástrica 9 ml con leche materna, con buena tolerancia gástrica, presencia de lesiones en tórax sin aumentar su tamaño +/- 7 cm de longitud, con áreas de necrosis. Se requiere tratamiento integral para cirugía pediátrica y neonatología. Su peso es de 3270 gramos aumentando 5 gramos en los últimos dos días.

A los 10 días de hospitalización le realizan una prueba rápida de Covid-19 con resultado positivo, la cual pasa a aislamiento en incubadora, alimentándose de leche materna 20 ml por succión en biberón con buen reflejo de succión y deglución y con buena tolerancia y se brinda cuidados exclusivos de enfermería.

A los 13 días de hospitalización se mantiene afebril, sin soporte de oxígeno. Alimentándose con 30 ml de leche materna con buena tolerancia. Se realiza prueba Inmunoensayo por Quimioluminiscencia (CLIA) IgM positivo, hasta el momento hospitales pediátricos sin espacio físico disponible para que se realice referencia.

Al día 14 fue ingresada a la sala del quirófano de un Hospital de Machala para limpieza quirúrgica, luego de la intervención se envía la muestra para realizar un análisis patológico, según resultados del análisis se encontró hallazgos histológicos sugestivos de proceso inflamatorio abscesado, las condiciones de la muestra no permitieron realizar un diagnóstico concluyente. Después de la Limpieza quirúrgica se realizaba curación de lesiones en piel, días alternados en el Hospital San Vicente de Paúl donde estaba internada.

Se vuelve a realizar la prueba de Covid-19 a los 20 días de hospitalización y como resultado de hisopado fue negativo se cambia de cubículo por orden médica y pasa a sala

de cuidados intermedios. Se retira catéter venoso porque se suspende antibioticoterapia quedando con vitamina C recibiendo: 5 gotas vía oral cada día.

Lactante de 30 días de vida, luego de haberse realizado los exámenes de laboratorio el médico tratante valora los resultados: con fórmula leucocitario dentro de los parámetros normales PCR (-), llama la atención el resultado de la hemoglobina (Hb) de 28%, razón por la cual se añade tratamiento para la anemia: Hierro 6 gotas vía oral cada día, ácido fólico 0.5 mg vía oral, eritropoyetina 660 UI vía subcutánea los días lunes, miércoles y viernes, vitamina C, 5 gotas diarias, ácido fólico 1.6 mg cada día.

A los 37 días de hospitalización el lactante menor aún permanece en área de cuidados intermedios, con lesiones en tórax en resolución por tercera intención pendiente valoración y manejo por cirugía plástica, no hay respuesta a la referencia enviada, luego pasa a: sala de cuidados básicos con las mismas indicaciones anteriores.

En sus 41 días de hospitalización y 49 días de vida recibe el alta médica después de haber respondido favorablemente al tratamiento brindado.

En el caso clínico expuesto se pudo evidenciar el tratamiento oportuno que recibió el neonato en el hospital San Vicente de Paúl a pesar que se requería de un hospital pediátrico, esta casa de salud gestionó para que la limpieza quirúrgica fuera en otro hospital que pudiera realizar este procedimiento, posterior a la intervención quirúrgica se siguió con el tratamiento de antibióticos y curaciones obteniendo así buenos resultados porque se logró una mejoría de la salud del lactante para así poder ser dado de alta.

Después de su egreso se realiza seguimiento a lactante menor por medio de visitas domiciliarias en donde se constata que madre está aplicando a lactante el tratamiento indicado por médico, el mismo que describe la aplicación de las cremas (sulfadiazina de plata + repitel) en heridas quirúrgicas, las cuales una vez terminado el tratamiento ayudaron al proceso de cicatrización.

La educación por parte de enfermería es fundamental para la comunidad en general y más aún cuando existe un manejo ineficaz de la salud como se presentó en este caso, por lo cual es primordial que el primer nivel de atención que es el encargado de promocionar la salud y prevenir las enfermedades siempre esté pendiente que se cumpla con ello. Al realizar las visitas domiciliarias a nuestra paciente nosotros siempre hicimos énfasis en

los controles del niño sano y vacunación, los cuales permitirán prevenir enfermedades o a su vez identificarlas a tiempo evitando complicaciones es por esto que se pudo evidenciar que referente a la vacunación el esquema está al día puesto que a sus 4 meses de vida tiene sus segundas dosis y así mismo asiste a chequeos médicos cada mes en el centro de salud más cercano a su vivienda. Se explicó también a la madre quien está a cargo de la menor sobre el sistema de cuidados sanitarios más próximo y su funcionamiento en caso de emergencias.

3.4. Proceso de atención de enfermería

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) define a la enfermería como: "aquella profesión que brinda cuidados a todas las personas en cada uno de sus ciclos de vida, a la familia, comunidad y a grupos vulnerables, estén sanos o enfermos, en todos los contextos, incluyendo: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas". (28)

Para que los profesionales de enfermería puedan brindar una atención de calidad y satisfacer las necesidades de cada paciente se ha implementado el proceso de atención de enfermería (PAE) como método científico, el mismo que es sistemático y se apoya en procesos de resolución de problemas y toma de decisiones, asimismo permite aplicar diversas teorías centradas en el paciente.(29,30) Este proceso consta de 5 fases, empezando con la valoración del paciente, diagnóstico de enfermería, planificación de objetivos, intervención y evaluación de los resultados de las actividades.(29)

En la actualidad para este proceso se han implementado el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, las cuales se han convertido en lenguajes reconocidos internacionalmente puesto que son clasificaciones aceptadas para el cuidado de enfermería ya que diversas instancias las avalan. (31)

La atención de enfermería en las áreas pediátricas está basada en el cuidado directo del paciente que se encuentra con problemas en su salud siempre enfocando sus cuidados en la curación y rehabilitación de la enfermedad, cabe mencionar que en estos cuidados también promociona la salud y previene la enfermedad.(32) Dentro de las intervenciones asistenciales de enfermería, están: valoración y exploración física, control de sintomatología, control de signos vitales, administración de tratamiento, cuidados de higiene y confort, alimentación y educación a familiares del paciente.(33) Es por esto que

a continuación se describe el proceso de atención de enfermería, basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon, pues estos sirven de gran ayuda para la valoración de enfermería porque así podemos valorar los patrones alterados del paciente y priorizar los problemas de salud.

3.5 Valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon

La valoración se realizó mediante una entrevista a la mamá del recién nacido y examen físico, dando así los siguientes patrones alterados:

Patrón 1: Percepción - manejo de la salud

Madre de la paciente refiere que después del parto en casa, no acude a ningún establecimiento de salud para valoración médica del recién nacido y, luego de 5 días busca atención en una casa de salud, porque su hija presenta secreción ocular bilateral y lesiones vesiculares peri orbitarias, pero decide pedir alta para llevarla al IEES y como no contaba con las aportaciones para su atención acude al Hospital San Vicente de Paúl. En cuanto al lugar donde vive, ella nos comenta que no tiene las condiciones adecuadas que cubran las necesidades básicas porque viven en un cuarto pequeño de una finca alejada del pueblo, la misma que no tiene una buena ventilación ni mucho menos iluminación, también existen vectores tales como: moscas y roedores, sin contar los animales que crían afuera de la vivienda, es por esto que este patrón se encuentra alterado. En relación a la vacunación el recién nacido no recibió ninguna vacuna.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Este es el patrón que se encuentra más alterado porque al examen físico se observan lesiones de gran extensión en tórax región supraventricular bilateral con fondo eritematoso y centro de aspecto necrótico de más o menos 6-7 cm de longitud cada una, en dirección céfalo-caudal, además se palpa edema en miembros inferiores y genitales que deja fóvea, secreción ocular bilateral amarillenta con lesiones vesiculares pustulosas peri-orbitarias, al tomar la temperatura ésta es de 39°C. Se alimenta de seno materno exclusivo con reflejo de succión disminuida a libre demanda, a su ingreso se mantiene en NPO nada por vía oral + sonda orogástrica (SOG) abierta por la cual elimina líquido mucoide claro y también tiene dificultad para regular la temperatura.

Patrón 3: Eliminación

Al ingreso del recién nacido, la madre refiere que no realiza micción durante todo el día por lo tanto este patrón se considera que está alterado.

Patrón 4: Actividad - ejercicio

A nivel respiratorio se observa leve tiraje subcostal con Score Downes 1/10, tono muscular disminuido con extremidades en extensión. En su primer día de hospitalización recibió oxigenoterapia con oxígeno por Hood 5 litros por minuto.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés

La irritabilidad, el llanto débil y sus facies álgicas demuestran que este patrón está alterado.

3.6 Proceso de atención de enfermería con taxonomías NANDA, NIC y NOC

Tabla 1. Valoración por dominios NANDA, NIC y NOC

VALORACIÓN	
Datos subjetivos	**Datos objetivos**
• Facies álgicas • Sequedad de la piel	• Lesiones de gran extensión en tórax región supraventricular bilateral con fondo eritematoso y centro de aspecto necrótico de más o menos 6-7 cm de longitud cada una.
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	
Dominio 11. Seguridad/protección	**Clase 2. Lesión física**
00046 deterioro de la integridad cutánea R/C inmunodeficiencia E/P alteración de la integridad de la piel (lesiones de gran extensión en tórax región supraventricular bilateral con fondo eritematoso y centro de aspecto necrótico de más o menos 6-7 cm de longitud cada una).	

NOC (Planificación de Objetivo)	
Prequirúrgicos	
Dominio II: Salud fisiológica **1101 integridad tisular:** piel y membranas mucosas	**Clase L:** Integridad tisular
Postquirúrgicos	

Dominio II: Salud fisiológica **Clase L:** Integridad tisular **1103 curación de la herida:** por segunda intención
NIC (Intervenciones Ejecución)
Prequirúrgicos
3590 vigilancia de la piel Actividades • Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel. • Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema en las extremidades. • Utilizar una herramienta de evaluación para identificar pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel. • Observar si la ropa queda ajustada, caso contrario quitarla. • Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, por ejemplo: cambios de posición. • Instruir al familiar acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.
Postquirúrgicos
3660 cuidados de las heridas Actividades • Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. • Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda. • Mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida. Reforzar el apósito si es necesario. • Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. • Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)			
Prequirúrgicos			
	110113 integridad de la piel	110121 Eritema	110123 necrosis
Gravemente comprometido 1	-	-	-
Sustancialmente comprometido 2	2	2	2
Moderadamente comprometido 3	-	-	-

Levemente comprometido 4	-	-	-
No comprometido 5	-	-	-
Postquirúrgicos			
	110303 secreción purulenta	110303 secreción sanguinolenta	130312 necrosis
Extenso 1	-	-	-
Sustancial 2	-	-	-
Moderado 3	3	3	-
Escaso 4	-	-	-
Ninguno 5	-	-	5

Tabla 2. Valoración por dominios NANDA, NIC y NOC

VALORACIÓN	
Datos subjetivos	**Datos objetivos**
• Piel ruborizada • Piel caliente al tacto	• Frecuencia respiratoria: 60 rpm • Frecuencia cardiaca: 141 lpm • SatO2 95%, • Temperatura de 39°C
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	
Dominio 11. Seguridad/protección	**Clase 6. Termorregulación**
00007 hipertermia R/C sepsis E/P piel caliente al tacto, piel ruborizada y temperatura de 39°c	

NOC (Planificación de Objetivo)	
Dominio II: Salud fisiológica **0800 termorregulación**	**Clase I:** Regulación metabólica

Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud **Clase T:** Control del riesgo y seguridad **1922 control del riesgo:** hipertermia

NIC (Intervenciones Ejecución)
3900 regulación de la temperatura Actividades • Comprobar la temperatura al menos c/2 horas, según corresponda. • Observar el color y la temperatura de la piel. • Comentar con el familiar del paciente la importancia de la termorregulación.
3740 tratamiento de la fiebre Actividades • Controlar las entradas y salidas. • Aplicar medios físicos. • Controlar la temperatura y otros signos vitales. • Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre.

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)				
	080001 temperatura cutánea aumentada	08009 hipertermia	192221 identifica los factores de riesgo de la hipertermia	192202 identifica los signos y síntomas de la hipertermia
Gravemente comprometido 1	-	-	-	-
Sustancialmente comprometido 2	-	-	-	-
Moderadamente comprometido 3	-	-	-	-
Levemente comprometido 4	4	4	-	-
No comprometido 5	-	-	5	5

Tabla 3. Valoración por dominios NANDA, NIC y NOC

VALORACIÓN	
Datos objetivos	
Edema en miembros inferiores y genitales	
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	
Dominio 2. Nutrición	**Clase 5. Hidratación**
00026 exceso de volumen de líquidos R/C compromiso de los mecanismos reguladores E/P edema en miembros inferiores y genitales	

NOC (Planificación de Objetivo)	
Dominio II: Salud fisiológica **0601 equilibrio hídrico**	**Clase G.** Líquidos y electrolíticos
Dominio II: Salud fisiológica **0503 eliminación urinaria**	**Clase G.** Líquidos y electrolíticos

NIC (Intervenciones Ejecución)
4120 manejo de líquidos Actividades • Identificar factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (sepsis). • Observar si hay signos de retención de líquidos. • Evaluar la ubicación y extensión del edema.
4130 monitorización de líquidos Actividades • Monitorizar las entradas y salidas y llevar un registro preciso de los mismos. • Asegurarse que todos los dispositivos I.V y administración enteral funcionan al ritmo correcto, sobre todo si no están regulados por una bomba.

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)			
	060107 entrada y salidas equilibradas	060112 edema periférico	050301 Patrón de eliminación
Desviación Grave 1	-	-	-
Desviación Sustancial 2	-	-	-

Desviación Moderado 3	-	-	-
Desviación Leve 4	-	4	-
Sin Desviación 5	5	-	5

Tabla 4. Valoración por dominios NANDA, NIC y NOC

VALORACIÓN	
Datos subjetivos	
• Irritabilidad • Llanto	
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	
Dominio 12. Confort	**Clase 1,2,3. Confort físico, del entorno y social**
00214 Disconfort R/C régimen terapéutico E/P irritabilidad y llanto	

NOC (Planificación de Objetivo)	
Dominio V: Salud percibida **2009 estado de comodidad:** entorno	**Clase U.** Salud y calidad de vida
Dominio V: Salud percibida **2009 estado de comodidad:** física	**Clase U.** Salud y calidad de vida

NIC (Intervenciones Ejecución)
6482 manejo ambiental: confort <u>Actividades</u> • Crear un ambiente tranquilo. • Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo. • Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda y factores ambientales irritantes. • Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad. • Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del paciente.

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)

	200914 adaptaciones ambientales necesarias	201002 bienestar físico	201006 higiene personal
Desviación Grave 1	-	-	-
Desviación Sustancial 2	-	-	-
Desviación Moderado 3	-	-	-
Desviación Leve 4	-	-	-
Sin Desviación 5	5	5	5

Tabla 5. Valoración por dominios NANDA, NIC y NOC

VALORACIÓN	
Datos subjetivos	
• Conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud • Apoyo social insuficiente	
DIAGNÓSTICO ENFERMERO	
Dominio 1. Promoción de la salud	**Clase 2. Gestión de la salud**
00099 mantenimiento ineficaz de la salud R/C recursos insuficientes (económicos, sociales y conocimientos) E/P apoyo social insuficiente y conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud	

NOC (Planificación de Objetivo)	
Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud **1823 conocimiento:** fomento de la salud	**Clase S.** Conocimiento sobre salud
Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud **1602 conducta de fomento de la salud**	**Clase Q.** Conducta de salud

NIC (Intervenciones Ejecución)

5440 aumentar los sistemas de apoyo
Actividades
- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Observar la situación familiar y red de apoyo.

5510 educación para la salud
Actividades
- Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir las conductas saludables.
- Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal y familiar.

7400 orientación en el sistema sanitario
Actividades
- Explicar el sistema de cuidados sanitarios más próximo, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.
- Ayudar a la familia a coordinar la asistencia sanitaria y la comunicación.
- Informar a los familiares sobre los distintos tipos de instalaciones sanitarias (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, ambulatorio y clínica de cirugía ambulatoria, según corresponda.
- Informar al familiar de cómo acceder a los servicios de urgencias, según corresponda.
- Proporcionar informes a los cuidadores de post-hospitalización, según corresponda.

NOC (Criterios de Resultados - Evaluación)					
	182308 conductas que promueven la salud	182311 inmunizaciones recomendadas	182326 estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales	160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos	160207 realiza los hábitos sanitarios correctamente
Desviación Grave 1	-	-	-	-	-
Desviación Sustancial 2	-	-	-	-	-
Desviación Moderado 3	-	-	-	-	-
Desviación Leve 4	4	-	4	4	-
Sin Desviación 5	-	5	-	-	5

4. CAPITULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Descripción de resultados

Se efectúa la correspondiente valoración desde el punto de vista de enfermería, del estado de salud del recién nacido, en donde se logran identificar patrones funcionales alterados: Nutricional-Metabólico, Actividad/Reposo, Sueño/Descanso.

A través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se alcanza el mejoramiento de calidad de vida de los pacientes, complementando a este proceso la educación en salud que se le brinda a la familia, en este caso a sus padres lo que ayudará a una mejoría factible del recién nacido. Los resultados que obtendremos a través de este Proceso de Enfermería, estarán orientados a mejorar el estado de salud y calidad de vida del paciente y su familia.

Durante la estadía en el área de Neonatología del Hospital San Vicente de Paúl, debido al precoz diagnóstico médico, a la aplicación de tratamiento farmacológico y las intervenciones brindadas por parte del personal de enfermería, se evidencia una considerable mejoría en el estado de salud del recién nacido, como la disminución del tejido necrótico presente en la parte del tórax en la región supraventricular bilateral, control de la temperatura corporal y monitorización de signos vitales manteniendo una oxigenación óptima en su estado.

4.2. Argumentación teórica del proceso

Los autores cubanos Yovanny Ferrer y Yanett Morejón, indican que la fascitis necrotizante no es homogénea; por ello expusieron dos formas del progreso clínico de la enfermedad. La primera variante hiperaguda avanza de modo súbito, la cual destruye la barrera tisular, provocando sepsis y fallo en diferentes órganos, lográndose presenciar en una intervención quirúrgica; ya que a simple vista no se evidencian alteraciones, esta forma es más común en pacientes inmunodeprimidos de tercera edad, conllevando un índice de mortalidad del 6%. A diferencia de la subaguda, el progreso es más cauteloso e indolente, por lo que la patología avanza de manera lenta, considerando un lapso de tiempo mayor a 7 días para presenciar un daño considerable en las zonas sensibles, llevando una tasa de mortalidad del 73% de los casos. (15)

El alto riesgo de morbimortalidad en las diferentes etapas del recién nacido, está asociado al peso, así lo indican algunos autores; ya que esto conlleva a que el neonato tenga

inmadurez inmunológica, dando paso a problemas en su temperatura corporal, alimentación, déficit del metabolismo y maduración de órganos, y son más inmersos a contraer infecciones, debido a una precoz maduración intrauterina, embarazo prematuro o entre ambas. (1,34)

Considerando otro de los factores de riesgo más relevantes a que el recién nacido presente infecciones o sepsis, es la falta de personal de enfermería para la atención adecuada del neonato; es decir que por cada diez neonatos hay un enfermero/a prestando sus servicios, lo que conlleva al 40 por ciento del incremento a infecciones por hongos, virus o bacterias; el espacio inapropiado entre los cuneros y el lavado de manos es otro de los factores a que exista infección en el recién nacido. (1)

La óptima y oportuna detección de la patología es uno de los componentes de mayor importancia, al igual que la aplicación de un tratamiento exhaustivo con antibióticos e intervención quirúrgica con el fin de realizar una limpieza removiendo los tejidos necróticos. (13)

Un estudio realizado por Héctor Macias, indica que la detección de Covid-19 en neonatos, puede causar un grave deterioro, debido a su inmadurez del sistema inmunológico; por ello se deben aplicar estudios de muestras de PCR y sangre cada 2 días que demuestren resultados continuos negativos. Si el resultado es negativo se debe suspender aislamiento y volver al cuidado que presta el personal de enfermería; en cambio, si el resultado es positivo se debe aislar al recién nacido aplicando todas las medidas de bioseguridad y monitoreo continuo de signos vitales. Por ese motivo varios especialistas han expuesto temas sobre prevención de infecciones y cuidados en la fase prenatal y neonatal. (35)

4.3. Conclusión

La fascitis necrotizante es una infección bacteriana poco común en el recién nacido que afecta a la piel y a los tejidos blandos subcutáneos pudiendo ocasionar necrosis, dentro de sus complicaciones está la sepsis con fallo multiorgánico lo cual aumenta el riesgo de muerte. Aunque existe información sobre esta patología, ésta no es específica en el período neonatal, por este motivo es esencial que se estudie esta enfermedad y cómo intervenir en los cuidados de enfermería en los recién nacidos para disminuir las tasas de morbimortalidad neonatal y brindar una atención de calidad con un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

Enfermería cumple una función importante en la atención de los recién nacidos con fascitis necrotizante porque son estos profesionales los encargados del cuidado directo ya que aplican planes de cuidado con las cinco etapas del proceso de atención de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NIC Y NOC; realizando la respectiva valoración y exploración física para identificar los patrones funcionales alterados. Cabe mencionar que sus intervenciones están enfocadas al control de signos vitales, control de síntomas, administración de antibióticos, cuidados de la herida y curación de la misma, alimentación y educación a los familiares para brindar una atención integral.

4.4. Recomendaciones

Es de gran importancia que profesionales de salud tengan conocimiento sobre las enfermedades existentes a nivel mundial, para así intervenir de manera eficaz ante la presencia de las mismas. Para lo cual es recomendable que realicen investigaciones más a fondo sobre la fascitis necrosante, ya que la información existente es poca y en algunos de los casos se desconoce las causas por la que se presenta en recién nacidos.

Además, asistir de manera inmediata y eficiente ante alguna complicación que presente el neonato aplicando los protocolos de enfermería necesarios para la atención oportuna y dar aviso al familiar (padre o madre) sobre los signos de alarma que pueda evidenciar.

Otra recomendación, es brindar educación a la población para la prevención de este tipo de patologías; ya que por lo general la mayoría de las personas que vivencian estos casos son de bajos recursos económico, de escaso conocimiento o no acuden a los controles prenatales, lo que obstaculiza al personal de salud a que preste una atención de calidad y calidez, oportuna e inmediata.

También, educar a la familia y padres en el manejo adecuado del recién nacido con fascitis necrosante para la pronta recuperación y prevención de demás infecciones, y recalcar a los padres a que es de suma importancia acudir a los controles médicos que ayudan al neonato a mejorar el estilo de vida en el ámbito familiar para un adecuado manejo del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez Y, Sarmiento Y, Portal M, Alessandrini N, Crespo A. Caracterización clínico-epidemiológica del recién nacido con infección asociada a los cuidados. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2015;19(6):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000600008

2. Cubero M, Morales E, Broche R, Ortega L. Las infecciones de la piel y partes blandas en el recién nacido. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2017;89(4):1–18. Available from: http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/285/155

3. Encalada G, Aguirre K, Calero A. Principales factores de riesgos de morbilidad y mortalidad en neonatos pretérminos extremos. Hospital IESS Babahoyo durante el periodo 2019. Recimundo [Internet]. 2019;4(1):306–14. Available from: http://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/727/1152

4. Aríz O, Clemades A, Faure J, Pérez Y, García N, Mederos Y. Sepsis neonatal de inicio precoz en una unidad de cuidados neonatales: gérmenes asociados. Acta Médica del Cent [Internet]. 2019;13(2):151–9. Available from: http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/932

5. Barrientos A, Hernández N, Ramos J, Castro G. Fascitis Necrotizante En Neonato: Informe de caso y revisión de tema. 2014;82(3):111–4. Available from: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-3-2014-6.pdf

6. Rodríguez A, Sánchez L, Pacheco I. Fascitis necrotizante en región anterior del cuello. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2020;24(3):0–5. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942020000300021&script=sci_arttext&tlng=en

7. Barreto O, Baloa D, García M. Sepsis neonatal: epidemiología. Rev Digit Postgrado [Internet]. 2020;9. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1053027/17888-144814488107-1-pb.pdf

8. Naranjo G, Yock A, Mora C, Campos M, Ulloa R. Epidemiología, manifestaciones clínicas y microbiología de los pacientes con fascitis necrosante en el Hospital Nacional de Niños de Costa Rica. Rev Chil Infectol [Internet]. 2020;37(4):446–9. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182020000400446&script=sci_arttext

9. Espinoza C, Yánez E, Carrillo R, Jara E, Calero M, Nieto O, et al. Sepsis neonatal Guía de Practica Clínica (GPC). 2015;82. Available from: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Sepsis-neonatal.pdf

10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Estadísticas Vitales. Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones 2016. 2016;39. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf

11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Mortalidad infantil. Arch Pediatr Urug [Internet]. 1955;26(8):755–76. Available from: https://public.tableau.com/profile/instituto.nacional.de.estad.stica.y.censos.inec.#!/vizhome/Registroestadsticodedefuncionesgenerales_15907230182570/Men

12. Morún D, Kriebel M, González A, Zúñiga A. Actualización en fascitis necrotizante. Rev Bimest Vol 4 / Número 4 [Internet]. 2020; 4:186–94. Available from: http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/175/279

13. Barrios O, Cabrera J, Camp I, Armas V. Fascitis necrotizante. Presentación de un paciente Necrotizing. Medimay [Internet]. 2017;20(1):89–98. Available from: https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2017/cmh172h.pdf

14. García M, Pedraza A, Sánchez I. CUIDADOS ENFERMEROS EN LA FASCITIS NECROTIZANTE NURSING CARE IN NECROTIZING FASCIITIS AUTORES: Rev Enferm Digit Divulg Cient [Internet]. 2016;41–7. Available from:

https://enfermeriaactiva.files.wordpress.com/2016/07/enfermeriaactivanumero4.pdf

15. Ferrer Y, Yanett L, Trofimova M. Fascitis necrosante. Actualización del tema Necrotizing fascitis. Updating on the topic. Medisur [Internet]. 2018; 16:920–9. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n6/ms15616.pdf

16. Da Costa São Pedro T, Moreno A, Elías E. Etiology and prognostic factors of sepsis among children and adolescents admitted to the intensive care unit. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2015;27(3):240–6. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2015000300240&script=sci_arttext&tlng=en

17. Ferrer Y, Morejón Y. Escala LRINEC en la Fascitis necrosante. ¿Una herramienta diagnóstica útil? LRINEC scale in necrotizing fasciitis . A useful diagnostic tool? CIENCIAS QUIRÚRGICAS ARTÍCULO Orig [Internet]. 2018; 607:236–43. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000480

18. Hernández E, Mosquera G, De la Rosa V. Fascitis necrotizante. Rev Cuba Ortop y Traumatol [Internet]. 2015; 19:11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000600012

19. Muñoz C, Perez K, Cesin L. Gangrena de Fournier: Reporte de un caso. Rev Hisp Cienc Salud [Internet]. 2018;3(3):103–6. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6363529

20. Viel P, Despaigne R, Mourlot A, Rodríguez M, Martínez G. Gangrena de Fournier. Med Clin (Barc) [Internet]. 2016;146(8):e47. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000100016&lng=es. Epub 01-Mar-2020

21. Díaz H, Álvarez W, Tamayo R. Fascitis necrotizante: progresos en el tratamiento. Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta [Internet]. 2018;43(5). Available from:

http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1400/pdf_506

22. Cabra R, Ruíz M. Debut pediátrico de fascitis necrotizante. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2020;33(5):383–4. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7528413/

23. Ortiz E, Arriagada C, Poehis C, Concha M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2020;110(2):124–30. Available from: https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253

24. Marques S, Fernandes L. Severe bacterial skin infections. An Bras Dermatol [Internet]. 2020;95(4):407–17. Available from: https://translate.google.com/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0365-05962020000400001%26lng%3Den%26nrm%3Diso%26tlng%3Den&prev=search&pto=aue

25. Salazar J, Novoa C, Wadhwani J, Montaner D, Rodrigo J. Utilidad de la procalcitonina sérica para la discriminación temprana entre fascitis necrosante y celulitis de las extremidades: serie de casos y revisión de la literatura. Rev Española Cirugía Osteoartic [Internet]. 2019; 54:128–35. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7295091

26. Noroña B, Ramos E, Buitrón G, Cajas M. Utilidad de la escala “laboratorio para riesgo de infecciones necrotizantes de tejidos blandos” (LRINEC) en un caso de fascitis necrotizante por Escherichia coli. Rev ecuatoriana Med Eugenio Espejo [Internet]. 2018; 7:11–5. Available from: https://www.savalnet.com.py/revistas/revista_remee_diciembre_2018/

27. Coca R, González A. Reporte de Caso Fascitis necrotizante monomicrobiana por Klebsiella pneumoniae. Rev Panam Enfermedades Infecc [Internet]. 2019; Available from: https://revistas.utp.edu.co/index.php/panamericana/article/view/21211

28. Lagoueyty M. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev la Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2015;47(2):209–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013

29. Sanabria F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Enfermería Univ [Internet]. 2016;13(4):208–15. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000400208&lng=es

30. Blanquel D, Gutiérrez A, Mendoza L, Pablos G, Soto A, Gonidez M. Utilidad de los modelos teóricos opinión de estudiantes. CuidArte [Internet]. 2015; Available from: http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69105

31. Gonzalez M, Monroy A. U n iv e r sit a ri a Proceso enfermero de tercera generación. Enferm Univ [Internet]. 2016;13(2):124–9. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124&lng=es

32. Vidal Y, Vicente M. Planes de cuidados estandarizados y calidad del cuidado de enfermería en un hospital pediátrico. Horiz Sanit [Internet]. 2016; 15:46–52. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845341006%0A

33. Seguel F, Valenzuela S, Sanhueza O. El trabajo del profesional de enfermería: Revisión de la literatura. Cienc y Enferm [Internet]. 2015;21(2):11–20. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200002&lng=es

34. Pérez R, Lona J, Quiles M, Verdugo M, Ascencio E, Benítez E. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. Rev Chil Infectol [Internet]. 2015;32(4):387–92. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-

10182015000500003

35. Macías H. Manejo del neonato sospechoso e infectado de COVID-19 en la UCIN. Acta Pediátrica México [Internet]. 2020;41(4S1):101. Available from: https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2050

ANEXOS

ANEXO A. Consentimiento firmado por parte de la representante de la menor

Pasaje, 28 de agosto del 2020

Yo, LOYDA CRISTINA PEAS SHARIAN, identificada con cédula de ciudadanía número: 1450208473 doy mi consentimiento para que la señorita: ANDREA ELIZABETH GUALOTO UREÑA y el joven YORGI ALEJANDRO RAMIREZ GODOY realicen su titulación con el caso clínico de mi hija RN CHAU PEAS.

Además de lo anterior autorizo que se tome la información de toda la historia clínica y fotos que han sido tomadas para incluirlas como evidencia, lo cual puede ser compartida y/o difundida.

Finalmente, manifiesto que los encargadas me han aclarado las dudas que me han surgido sobre mi participación para este proceso de investigación.

Loyda Peas

LOYDA CRISTINA PEAS SHARIAN

1450208473

ANEXO B. Oficio de solicitud dirigido a la coordinadora de la carrera de enfermería para gestionar el permiso al hospital

UNIVERSIDAD TÉCNICADE MACHALA
Casilla N|. 989-Telefono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

SECCIÓN /CARRERA: ***ENFERMERÍA***

Machala, 13 de noviembre del 2020

Dra. Johanna Ariopajas Campuzano

DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
Pasaje.

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos es sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de la manera más comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N°136160 de la paciente CHAU PEAS RN, a los estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermeria, cuyo tema es titulado: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDÓN EN RECIÉN NACIDO CON FASCITIS NECROTIZANTE A CAUSA DE SEPSIS BACTERIANA.

Los estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- Andrea Elizabeth Gualoto Ureña, CI: 0706165693, agualoto1@utmachala.edu.ec, celular: 0981503832.
- Yorgi Alejandro Ramirez Godoy, CI: 0924006083, yramirez3@utmachala.edu.ec, celular: 0995226385.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA SARAGURO SALINAS
CORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec

Dir. Av. Panamericana km. 5 1/2 Vía Machala Pasaje · Telf: 2983362 - 2983365 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

ANEXO C. Solicitud emitida por coordinadora de la carrera de enfermería para el acceso a la historia clínica del paciente

UNIVERSIDAD TÉCNICADE MACHALA
Casilla N|. 989-Telefono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

SECCIÓN/CARRERA: ***ENFERMERÍA***

Machala, 13 de noviembre del 2020

Dra. Johanna Ariopajas Campuzano
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
Pasaje.

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos es sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de la manera más comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N°136160 de la paciente CHAU PEAS RN, a los estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermeria, cuyo tema es titulado: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDÓN EN RECIÉN NACIDO CON FASCITIS NECROTIZANTE A CAUSA DE SEPSIS BACTERIANA.

Los estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- Andrea Elizabeth Gualoto Ureña, CI: 0706165693, agualoto1@utmachala.edu.ec, celular: 0981503832.
- Yorgi Alejandro Ramirez Godoy, CI: 0924006083, yramirez3@utmachala.edu.ec, celular: 0995226385.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Firmado digitalmente por SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Fecha: 2020.11.15 00:39:29 -05'00'

SARA SARAGURO SALINAS
CORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec

Dir. Av. Panamericana km. 5 1/2 Vía Machala Pasaje · Telf: 2983362 - 2983365 - 2983363 - 2983364

www.utmachala.edu.ec

ANEXO D. Petición aceptada por parte del Hospital San Vicente de Paúl

UNIVERSIDAD TÉCNICADE MACHALA
Casilla N|. 989-Telefono 2983363
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

SECCIÓN/CARRERA: ***ENFERMERÍA***

Machala, 13 de noviembre del 2020

Dra. Johanna Ariopajas Campuzano
DIRECTORA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
Pasaje.

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos es sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de la manera más comedida, se autorice el acceso a la Historia Clínica N°136160 de la paciente CHAU PEAS RN, a los estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el Análisis de Caso, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermeria, cuyo tema es titulado: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN LOS PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDÓN EN RECIÉN NACIDO CON FASCITIS NECROTIZANTE A CAUSA DE SEPSIS BACTERIANA.

Los estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- Andrea Elizabeth Gualoto Ureña, CI: 0706165693, agualoto1@utmachala.edu.ec, celular: 0981503832.
- Yorgi Alejandro Ramirez Godoy, CI: 0924006083, yramirez3@utmachala.edu.ec, celular: 0995226385.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.

SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Firmado digitalmente por SARA MARGARITA SARAGURO SALINAS
Fecha: 2020.11.15 00:39:29 -05'00'

SARA SARAGURO SALINAS
CORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
C.I: 0701803256
ssaraguro@utmachala.edu.ec

18/11/2020

www.utmachala.edu.ec