



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA DEL NEONATO
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO**

ESTUDIO DE CASO

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADAS
A UN NEONATO DE 36 SEMANAS DE GESTACIÓN
PESO ADECUADO A EDAD GESTACIONAL
CON GASTROSQUISIS, BASADAS EN LA TEORÍA
GENERAL DE DOROTHEA E. OREM**

**PARA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

PRESENTA:

L.E. ROSA DIVINA HERNÁNDEZ ALARCÓN

ASESOR:

M.S.P. GABRIELA SÁNCHEZ VILLASANA



ACAPULCO, GRO., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
III.- METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	3
3.1 Metodología	3
3.2 Cronograma de actividades:.....	3
IV.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
4.1 Antecedentes de estudios relacionados.....	4
4.2 Conceptualización de Enfermería.....	12
4.3 Teoría del Déficit de Autocuidado	20
4.4 Teoría Sinactiva	27
4.5 Método enfermero	30
4.6 Relación del Proceso Enfermero y la Teoría	35
4.7 Consideraciones Éticas.....	36
4.8 Daños a la Salud.....	38
V.- ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	45
5.1 Ficha de Identificación.....	45
5.2 Motivo de consulta.....	45
5.3 Descripción del Caso	45
5.4 Factores Básicos Condicionantes.....	46
5.5 Requisitos de Desarrollo.....	47
5.6 Requisitos de Desviación de la Salud	48
VI.- APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO.....	49
6.1 Exploración Física.....	49
6.2 Valoración por Requisitos Universales.....	51
6.3 Jerarquización de Requisitos Universales.....	53
6.4 Prescripción del Cuidado.....	54
6.5 Seguimiento (2da. Valoración).....	61

VII.- PLAN DE ALTA.....	68
VIII.- CONCLUSIONES.....	70
IX.- REFERENCIAS.....	71
X.- ANEXOS	

I.- INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se trata de un recién nacido pretérmino de 36 semanas de gestación con Gastrosquisis, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Acapulco, siendo el objetivo la realización de intervenciones especializadas mediante la aplicación del Método Enfermero y la Teoría General de Dorothea Elizabeth Orem.

La Gastrosquisis compromete la vida del neonato si no recibe la intervención oportuna, o por lo menos provoca un desequilibrio en su estabilidad cardiorrespiratoria, nutricional, hidroelectrolítica y térmica; los cuidados específicos en la recepción hacen la diferencia en la morbimortalidad y en la calidad de vida futura.

Se realizó el estudio en el periodo de prácticas clínicas especializadas, seleccionando el caso mediante firma de consentimiento informado, realizando búsqueda en diferentes bases de datos, los cuales me sirvieron de fundamentos, artículos como GPC, GPCE, revisiones sistemáticas y metanálisis que hablan del proceso enfermero, Teoría General del Autocuidado, Teoría Sinactiva y el proceso natural de la gastrosquisis.

Al tener seleccionado al neonato se realizó la valoración de cada uno de los Requisitos Universales, jerarquizando los requisitos alterados del neonato con Gastrosquisis, para poder planear los cuidados y posteriormente se realiza la evaluación de los resultados. Se proporcionó un plan de alta estructurado en los 8 Requisitos Universales de la Teoría General del Autocuidado.

Se concluye que, al aplicar las intervenciones planeadas en este estudio, el neonato mejoró su estado de salud, referido en los requisitos universales de autocuidado manifestado en su evolución.

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Realizar Intervenciones Especializadas de Enfermería a un neonato de 36 semanas de gestación, con peso adecuado a edad gestacional y Gastrosquisis, basadas en la Teoría General de Dorothea Elizabeth Orem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar valoración a un recién nacido de 36 semanas de gestación con gastrosquisis de acuerdo con la cedula de Dorothea E. Orem.
- Diseñar diagnósticos de enfermería con el formato PES en base a los requisitos alterados de la valoración.
- Planear las intervenciones de enfermería especializadas según los problemas detectados a un recién nacido pretérmino con gastrosquisis.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería especializadas a un neonato de 36 semanas de gestación con gastroquisis.
- Evaluar las intervenciones de enfermería especializadas a un neonato de 36 semanas de gestación con gastroquisis.

III.- METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

3.1 Metodología

Después de un análisis de diferentes neonatos con diversas patologías, se realizó la elección del paciente para este estudio, posteriormente se entabla conversación con los padres para explicarles la dinámica a realizar y solicitar la autorización mediante un consentimiento informado, el cual fue firmado por el padre y un testigo.

La recogida de datos comenzó realizando una búsqueda de artículos bibliográficos en bases de literatura científica tales como Scielo, Medigraphic, Cochrane Library, BVS, EBSCOhost y Medline así como también una evaluación física completa al paciente y un seguimiento de observación mediante las constantes vitales, entrevista con los padres y datos del expediente clínico. Todo esto aportó mucha información sobre su estado de salud y su evolución, además de recoger información para la valoración de enfermería mediante los Requisitos de autocuidado de Dorothea E. Orem, posteriormente se revisó la historia clínica.

3.2 Cronograma de actividades:

FECHA	ACTIVIDADES
12 de Octubre de 2017	Selección del caso
12 y 13 de Octubre de 2017	Entrevista con los padres del neonato y firma del consentimiento informado
Del 13 de Octubre al 09 de Noviembre de 2017	Búsqueda de artículos bibliográficos
12 de Octubre de 2017	Valoración del neonato en base a los Requisitos Universales
13 de Octubre de 2017	Elaboración de diagnósticos de enfermería y planes de cuidados
Del 13 al 18 de Octubre de 2017	Se realizan las intervenciones de enfermería así como la evaluación de las mismas
15 de Noviembre de 2017	Se realiza el plan de alta

IV.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 Antecedentes de estudios relacionados

En el año 2015, Cuervo J.L., en su artículo Defectos de la Pared Abdominal, refiere que no existe una clasificación completa o suficiente que cubra todo el espectro de defectos de la pared abdominal anterior.

En forma sencilla y práctica menciona que estos defectos pueden ser clasificados como periumbilicales (onfalocele y Gastrosquisis), de la línea media inferior (extrofia de vejiga y extrofia de cloaca) y de la línea media superior (pentalogía de Cantrell).

Conceptualiza a la Gastrosquisis como un defecto congénito de todas las capas de la pared abdominal anterior, localizado a un lado del cordón umbilical normal, (en general del lado derecho) a través del cual se hernia el contenido abdominal, desprovisto de cualquier envoltura.

Hace mención que hasta la fecha de dicha publicación, no existe una única teoría que explique cabalmente la etiopatogenia de la Gastrosquisis pero refiere que las teorías más recientes apuntan a una falla en la vascularización de la pared abdominal en un momento que no hay suficiente circulación colateral para mantener la integridad del mesénquima, produciéndose en consecuencia un defecto parietal localizado.¹

En el caso clínico Defectos congénitos de la pared abdominal, Vargas-Terceros J. y Vargas Sejas G., refieren que los defectos de la pared abdominal se agrupan en varios tipos o categorías según sus características anatomopatológicas y patogenia, estas son:

onfalocele, gastrosquisis (las modalidades más frecuentes) y de complejo pared abdominal miembros.

Todas estas malformaciones llevan implícita una eventración de vísceras a través del defecto de la pared del abdomen, por lo cual tiene mucha importancia por el riesgo que significa para la vida del neonato.

Mencionan que algunas de estas malformaciones son incompatibles con la vida y todas son susceptibles de diagnóstico ultrasonográfico y causan elevación en los niveles de alfafetoproteína en el suero materno. Cuando se revisan las alteraciones estructurales en estos casos, todos tienen en común el período donde se producen los defectos, que corresponde al final de la blastogénesis (cuarta semana gestacional).

Durante la cuarta semana de desarrollo fetal se llevan a cabo los siguientes eventos:

1. Cierre del tubo neural.
2. Plegamiento transversal y longitudinal del embrión (formación de la pared anterior torácica y abdominal).
3. Establecimiento de la línea media y de la lateralidad.
4. Desaparición de la cavidad coriónica por expansión de la cavidad amniótica.
5. Formación del cordón umbilical.
6. Formación del sistema cardiovascular.
7. Inicio del desarrollo renal.
8. Aparición e inicio del desarrollo de las extremidades.

Al observar los posibles defectos que presentan los fetos que son portadores de alguno de los cuadros previamente mencionados, los autores advierten que todos son resultante de la alteración de ciertos procesos que se llevan a cabo durante la cuarta semana de gestación.

El problema inicial puede estar relacionado directamente con el plegamiento del embrión, momento en el cual se desarrolla el cordón umbilical, la pared anterior abdominal y torácica.

De la misma manera hacen referencia a que cuando el embrión se delimita, va constituyéndose el cierre del cuerpo, lo que es debido al crecimiento considerable de las estructuras compactas de la región dorsal. Esta región se eleva al crecer, de tal modo que las partes laterales del embrión basculan, se pliegan y progresivamente constituyen una pared ventral al embrión. Este plegamiento puede ser comparado al cierre del cuello de una bolsa, o mejor dicho, de dos bolsas superpuestas, ya que las paredes laterales del embrión están compuestas de dos hojas separadas por la cavidad del celoma interno. Aunque este plegamiento es circunferencial, pueden distinguirse según Wolff una serie de pliegues de cierre: cefálico, caudal y laterales.

El insulto en la 4 semana de gestación corresponde a una alteración grave que no sólo compromete el plegamiento sino el resto de los procesos que se están dando simultáneamente.²

Escamilla García R. y Reynoso Argueta E., en el año 2013 publican su artículo Predictores Geográficos como Factores de Riesgo de Gastrosquisis en un hospital de alta especialidad en México, en el cual mencionan que no se ha encontrado una etiología genética específica; sin embargo, hay suficientes factores de riesgo para considerarla como una patología multifactorial.

La patogénesis y el periodo embrionario durante el cual el defecto se desarrolla aún no están claros; el debate sobre si la gastrosquisis es una alteración que ocurre después de la formación de la pared abdominal o una malformación principal del proceso de plegamiento de la pared abdominal tiene pocos reportes. Las teorías sobre la patogénesis postulan una atrofia prematura o una persistencia anormal de la vena umbilical derecha, la cual interfiere en la correcta unión de los pliegues; otra posible causa sería la disrupción vascular por isquemia (accidente vascular temprano) en el territorio dependiente de la arteria onfalomesentérica.

Así pues conceptualizan que diversos factores de riesgo se han relacionado a esta anomalía, pero existe uno constante que se ha demostrado en todos los estudios

epidemiológicos: la edad materna temprana, especialmente en jóvenes menores de 20 años que tienen 5 a 16 veces más riesgo de gestar productos con gastrosquisis, sobre todo en países desarrollados; la razón propuesta para esta asociación, aunque no comprobada, es la utilización de sustancias teratógenas como abortivos, cambios en el estilo de vida, dietas, uso de anticonceptivos orales, tabaquismo, alcoholismo y drogas recreativas (cocaína, marihuana, anfetaminas).

También medicamentos vasoconstrictores, como la pseudoefedrina, así como el ácido acetilsalicílico y el acetaminofen han sido asociados. La prematurez, el nivel socioeconómico bajo, el deficiente control prenatal, la baja escolaridad, los periodos intergenésicos cortos y primigravidez (sobre todo estos dos últimos) aumentan el riesgo por 13 veces.

Los factores dietéticos también han sido relacionados con la gastrosquisis, tal como el bajo consumo de antioxidantes en la dieta durante las primeras semanas de gestación. Los ácidos grasos poliinsaturados omega-6 son nutrientes y sustratos para la síntesis de citoquinas e icosanoides, además de propensos a la oxidación; éstos juegan un papel en la modulación de la inflamación, en la función inmune y en el desarrollo del sistema vascular. Debido a ello, la ingesta dietética de ácido linoleico se asocia a mayores probabilidades de gastrosquisis; el mecanismo por el cual ocurre esto puede ser a través de los procesos inflamatorios y de estrés oxidativo que conducen a una alteración vascular.

Los autores hacen hincapié en que si bien la deficiencia de ácido fólico no ha sido asociada a un mayor riesgo, se reporta un ligero incremento de la incidencia de gastrosquisis.

De la misma manera mencionan que de forma reciente se reporta como factores de riesgo la infección genitourinaria en el embarazo temprano por *Chlamydia trachomatis*, un índice de masa corporal bajo preconcepcional y la etnicidad hispana. Otros factores como la exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), los cuales se

producen en muchos lugares de trabajo, parecen tener una relación causal, especialmente en madres mayores de 20 años, por lo que se acepta su alta teratogenicidad.

En este mismo estudio refieren que la gastrosquisis es una malformación cuya frecuencia ha aumentado en casi todo el mundo, principalmente en Japón, Australia, América del Norte, Centro América y América del Sur, así como en el Norte y Centro de Europa. La frecuencia mundial es de 0.5-1.1,4,5,7,10,11 Su incidencia es de 1.66:10,000 RNV y su prevalencia es variable, oscilando entre 0.66 y 2.17, con un promedio de 1.33:10,000 nacimientos.

La prevalencia de gastrosquisis, de acuerdo con el estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) en el periodo de 1982-1998 fue de 1.1:10,000 nacimientos;4,6 otros reportes refieren de 0.6 y 2.7:10,000 RNV con un promedio de 1.33 por 10,000 RNV.³

En México, de acuerdo a un estudio realizado en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en la ciudad de Monterrey, es de 8.5 casos por 10,000 RNV, mientras que en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) llega a 134:10,000 RNV.

De tal manera los autores concluyen que en su estudio presentado, la incidencia de gastrosquisis se ha incrementado; en el año 2010 hubo 20 casos y en el 2011, 23, en el hospital de alta especialidad. La edad materna encontrada en este estudio corresponde a lo reportado en la literatura, con predominio en madres jóvenes y menores de 20 años. En cuanto al sexo, el estudio arrojó un predominio del femenino respecto al masculino de 22:21. El Estado de México se asocia como factor de riesgo geográfico, en gran parte por la infraestructura sanitaria y el nivel socioeconómico de las madres de estos pacientes.⁴

Los autores Huerta-Saenz I.H., Borcic-Santos A., y Pacheco-Romero J., en su publicación denominada Gastrosquisis. Marcadores sonográficos prenatales y pronóstico perinatal realizaron un estudio en el cual encontraron 19 casos de gastrosquisis, según el sistema de Registro de la Unidad de Vigilancia fetal, excluyéndose un caso por presentar otras anomalías. La edad media materna fue 26,3 años. La media de edad gestacional de terminación del embarazo fue 36,6 semanas, todos vía cesárea. Once casos tuvieron peso al nacer menor al percentil 10. En ocho casos (44,4%) se detectó durante la exploración sonográfica prenatal asa intestinal con más de 20 mm de diámetro, considerándolos como dilatación de asa, de acuerdo al protocolo de la unidad. Ningún caso murió intraútero. Hubo nueve casos con complicaciones intestinales, cinco con obstrucción intestinal y cuatro con perforación intestinal. El 80% de los casos de obstrucción intestinal se dio en el grupo que presentó edema de asa intestinal durante las evaluaciones sonográficas prenatales.

Concluyeron que la detección ultrasonográfica de dilatación extrabdominal de asa intestinal explorada prenatalmente al menos tres semanas antes del nacimiento fue predictor de complicaciones intestinales en el periodo posnatal, así como de la estancia en UCI neonatal. Así mismo, un edema de pared se correlacionó con reintervenciones quirúrgicas de dichos fetos.⁵

De acuerdo a Pastor Rodríguez J., y López García V., en su trabajo presentado en las II Jornadas de Enfermería Neonatal, refieren que desde el ingreso del RNPT con gastrosquisis se debe poner en marcha un plan de cuidados avalado por los diagnósticos NANDA y sus correspondientes intervenciones (NIC) y resultados esperados (NOC). Previamente se ha realizado una revisión sistemática en diferentes bases de datos en busca de la mejor y más actual evidencia científica que avale dicho plan de cuidados. Dentro del plan de cuidados aplicado cabe destacar los siguientes diagnósticos, intervenciones y resultados:

INTEGRIDAD CUTÁNEA, DETERIORO

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

RESULTADOS ESPERADOS

-Curación de la herida: por primera intención.

Definición: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

-Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Intervenciones principales:

- ✓ Cuidados de las heridas
- ✓ Cuidados del sitio de incisión
- ✓ Administración de medicación
- ✓ Cuidados de la piel: tratamiento tópico

Intervenciones sugeridas:

- ✓ Manejo de la nutrición
- ✓ Manejo de líquidos y electrolitos
- ✓ Prevención y control de las infecciones
- ✓ Vigilancia de la piel
- ✓ Precauciones circulatorias
- ✓ Cuidados del paciente encamado
- ✓ Monitorización de los signos vitales

DOLOR AGUDO

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (*International Association for the*

Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

RESULTADOS ESPERADOS

-Control del dolor

Definición: Acciones personales para controlar el dolor.

-Nivel de comodidad

Definición: Alcance de la percepción positiva de comodidad física y psicológica

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Intervenciones principales:

- ✓ Manejo de la medicación
- ✓ Manejo del dolor
- ✓ Administración de medicación y analgesia

Intervenciones sugeridas:

- ✓ Manejo ambiental: confort
- ✓ Mejorar el sueño
- ✓ Vigilancia
- ✓ MAsaje
- ✓ Contacto
- ✓ Musicoterapia.⁶

4.2 Conceptualización de Enfermería

Todo conocimiento ha partido de una realidad que poco a poco se ha ido consolidando. Dentro de ese conocimiento cabe una gama de fenómenos unos muy abstractos y otros muy concretos. Sin importar que tan complejo sea siempre estará sujeto a un sustento teórico y a un pensamiento filosófico.

En el caso de Enfermería, el primer momento del desarrollo del conocimiento fue intuitivo; la experiencia frente al manejo de situaciones marchó fundamentada en el ensayo y error. Los conocimientos fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se logra acumular una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de otros oficios.⁸

Posteriormente se siente la necesidad de buscar un fundamento teórico acorde con el desarrollo de otros conocimientos para prestar el cuidado. Se comienzan a gestar prácticas sanitarias orientadas al cuidado de las personas haciendo énfasis en las normas de higiene, de control del medio ambiente, hacia la observación de los pacientes y su comodidad, a la administración de medicamentos ordenados por el médico. En este momento se centra la práctica en el cumplimiento de un quehacer señalado por el médico, con poca autonomía frente al cuidado y un estricto cumplimiento de reglas, principios y tradiciones repetitivas que alejaban esta práctica de un quehacer profesional y lo reducían a un oficio, pero con un acúmulo importante de experiencia por los desarrollos empíricos con los que se contaba hasta ese momento.

Este proceso evolutivo conduce a que se establezcan programas de formación estructurados que permitan una mejor fundamentación de las bases teóricas que enriquezcan la práctica de cuidado. Se establecen planes de estudio orientados hacia las ciencias básicas como biología, anatomía, fisiología, microbiología; éstas eran ciencias ya desarrolladas. Así se da comienzo a un período de consolidación del conocimiento; éste se caracteriza porque la experiencia acumulada y el nuevo conocimiento forman una alianza que genera nuevas necesidades en el campo de la

ética y de lo jurídico y así se conforman organizaciones que respaldan el ejercicio de la profesión.

En esta evolución del conocimiento de enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo. Ellos representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad opuesta.

El empirismo se basa en supuestos de que lo que se conoce se puede verificar por los sentidos. La suposición ontológica del empirismo es que hay una realidad que está afuera en algún lugar y que se puede validar por los sentidos. En este paradigma el conocimiento se desarrolla por observación del mundo natural para verificar y justificar las teorías que describen, predicen y prescriben.⁹

En enfermería este paradigma es útil porque facilita que se compruebe y valide la relación de las teorías y si esto resulta válido éstas se pueden usar para explicar, predecir y prescribir principios que son esenciales e importantes para la práctica clínica.

Por otro lado está el paradigma interpretativo; se puede afirmar que éste evolucionó debido a que muchas enfermeras se formaron en disciplinas como filosofía, sociología y antropología y por esta razón vieron el mundo desde otros puntos de vista. Este paradigma se caracteriza por supuestos ontológicos de que la realidad es compleja, holística y dependiente del contexto. El enfoque de la investigación está sobre las experiencias humanas; se hace énfasis en la subjetividad y no en la objetividad únicamente. Teniendo en cuenta que la realidad y la experiencia humana son variables, se valoran las múltiples formas de descubrir el conocimiento derivado de la experiencia humana. Estos métodos interpretativos comprenden la fenomenología, la hermenéutica, la teoría fundamentada, la etnografía y otros.

Como en la evolución de cualquier ciencia, también en Enfermería, la filosofía ayuda a ver lo que no se había visto antes ya que aclara los conceptos, porque sistematiza la forma de pensar apoyándose en elementos como el sentido común, la lógica, la prueba o la ética. Además permite hacer un análisis crítico de la estructura de la realidad, del origen estructural y alcance del conocimiento, el argumento válido, la acción humana y

sus valores, la belleza o la estética, y la historia de la misma filosofía para componer críticamente determinadas argumentaciones. En enfermería la filosofía puede orientarse a una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o bien centrarse en el ser y su experiencia para buscar comprender su significado, interpretación, preocupación y situaciones que vive. La libertad entendida como elección y responsabilidad se concibe como un proceso de tensión que genera desarrollo.⁹

Paradigma de la Categorización

En el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y otra centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Los escritos referentes a esta orientación se sitúan desde el siglo XIII al XIX, caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

Metaparadigmas

Persona Según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.

Entorno

El aire, la luz, calor, limpieza, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada son factores válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

Salud

No es solamente lo opuesto a la enfermedad, significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud.

Cuidado

Es a la vez un arte y una ciencia, por lo que se requiere una formación formal.

Orientación hacia la enfermedad

Esta orientación se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.

Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los factores personales o ambientales.

Metaparadigmas

Cuidado

Está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de la persona. La persona está bajo los cuidados de la enfermera y la de los otros profesionales de la salud, quienes son considerados expertos que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos a la salud.

Persona

Se define como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente.

Salud

Es un equilibrio altamente deseable. Es la ausencia de enfermedad.

Entorno

Es físico, social y cultural, es hostil al ser humano, debe ser manipulado y controlado.

Paradigma de la Integración

Prolonga el paradigma de la categorización e inspira la orientación hacia la persona. Las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; estableciendo una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Los trabajos de enfermería de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma.

Metaparadigmas

Cuidado

Va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: salud física, mental y social.

Persona

Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

Salud

La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.

Entorno

Está constituido por los diversos contextos en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. La interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera (Newman, 1983; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1985; 1988).

Metaparadigmas

Cuidado

Va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera interviene junto con la persona atendida en un cuidado individualizado, en una atmósfera de mutuo respeto, crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona, así como el propio.

Persona

Es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.

Salud

Es a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

Entorno

Es el conjunto del universo del que la persona forma parte.

Escuelas del pensamiento Enfermero

Según sus bases filosóficas y científicas, se agrupan las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas:

Escuela de las Necesidades:

Según los modelos de la escuela de las necesidades, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar las ciertas actividades por si misma, relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

Las principales teorizadoras de esta escuela son: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Escuela de la Interacción:

El cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la

persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención, H. Peplau, J. Paterson, L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King son las teorizadoras de esta escuela; también refieren que el cuidado es una acción humanitaria y no mecánica, señalando que las enfermeras deben poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda a la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención.

Escuela de los Efectos Deseables:

Este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como la teoría general de los sistemas. Las representantes de esta escuela son D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

Escuela de la Promoción de la Salud:

Esta escuela se interesa en cómo lograr los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud, y su representante es Moyra Allen quien ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo hasta la promoción de la salud de la familia, conocido con el nombre de "Modelo de McGill", siendo considerado como un modelo conceptual, ya como modelo de intervención,

Escuela del Ser Humano Unitario:

Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado. Las teorizadoras son M. Rogers, M. Newman y R. Rizzo Parse.

Escuela del Caring:

Las teorizadoras de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones como la espiritualidad, la cultura y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias y la forma de vida. Durante los últimos 15 o 20 años , el concepto de caring ha sido centrado de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel sugieren que una práctica enfermera se basa sobre la prioridad del caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez, Watson propone que las enfermeras crean un ideal de caring que sea a la vez humanista y científica. Las teorizadoras de esta escuela son M. Leininger y J. Watson.¹⁰

4.3 Teoría del Déficit de Autocuidado

Dorothea Elizabeth Orem, (15 de julio de 1914 – 22 de junio de 2007) una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era un ama de casa que le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital; durante esta época desarrolló su definición de la práctica de enfermería. De 1958 a 1960 continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado así como el desarrollo de la misma teoría. El primer libro publicado por Orem en 1971 fue Nursing: Concepts of Practice. Se jubiló en 1984 pero siguió trabajando en el desarrollo de la Teoría del Déficit de Autocuidado. En 1998 fue nombrada Doctora Honoris Causa de la Universidad de Missouri.¹¹

Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. Dorothea Orem concibe al **ser humano** como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los **cuidados de enfermería** como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de **salud** es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.¹²

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

La teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría es el núcleo central del modelo de cuidados de Orem; determina cuán necesaria es la enfermería.

- ⇒ Describe la finalidad y establece los límites de ésta
- ⇒ Ofrece un lenguaje propio referente a los fenómenos de interés para la disciplina, conceptualizando estos fenómenos
- ⇒ Permite categorizar y hacer inferencias sobre las situaciones enfermeras, además de análisis particulares desde su marco referencial general
- ⇒ Ayuda a crear un determinado estilo enfermero de actuar
- ⇒ Sirve de nexo de unión entre grupos interesados en trabajar con esta estructura teórica

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se conceptualizan los fenómenos que explican estos elementos y se detallan sus relaciones e interrelaciones. De esta teoría se derivan conceptos elementales, que son su centro de partida, que son:

- 1) el agente de autocuidado propio, que se refiere a la propia persona, capaz de aprender y cubrir sus necesidades de autocuidado;
- 2) el agente de autocuidado al dependiente, aquella que brinda el cuidado a otra, y que representa algo importante para ella y
- 3) el agente o agencia de autocuidado terapéutico, que es un profesional o una organización de Enfermería.

Se explican mediante 3 estructuras teóricas (subteorías independientes): La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería. La interrelación existente entre ellas constituye la Teoría General.¹¹

La teoría de autocuidado

El autocuidado es el concepto básico de la teoría, conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debe realizar la persona por sí misma. Según Orem, el autocuidado no es innato, sino se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, escuela y amigos.

El agente de autocuidado es la persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que realiza hacia personas sin capacidad de autocuidado, lo conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de enfermería.

La teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

La existencia de un déficit es la razón que legitima la necesidad de cuidados enfermeros. Las personas con limitaciones o incapacidades para cubrir sus requisitos

son los pacientes que corresponden a las enfermeras, ya que necesitan ayuda para cubrir las demandas de autocuidado.

Sistema de Enfermería

Los sistemas de enfermería describen lo que deben ser las acciones enfermeras, los cuales son

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: Se necesitan cuando el enfermero no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación; en este caso la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las necesidades más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado.
- Sistemas parcialmente compensadores: En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado; el grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente, de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere, de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios, la enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones del autocuidado.
- Sistema de apoyo-educación: llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidado pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.¹²

Requisitos de autocuidado

Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos; según Orem existen 3 grandes grupos de requisitos: universal, de desarrollo y de desviación a la salud

1.-Requisitos de autocuidado universales

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital.

Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

2.-Requisitos de autocuidado de desarrollo

Promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

- ✓ Los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento
- ✓ La etapa de la vida neonatal, ya sea nacido a término o prematuro, con bajo peso o peso normal
- ✓ Infancia
- ✓ Las etapas del desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta
- ✓ Las etapas de desarrollo en la edad adulta
- ✓ El embarazo, ya sea en la adolescencia o en edad adulta

- ✓ Provisión de cuidados asociados a los efectos de condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano
- ✓ Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones
- ✓ Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones

3.-Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud

Estos requisitos existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. En estados de desviación de la salud surgen los requisitos de autocuidado del estado de la enfermedad. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de requisitos que deben ser cubiertos en plazo de tiempo determinado.

Estos cuidados se precisan cuando la persona sufre una enfermedad o lesión y requiere cuidados específicos. Las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra.

Se distinguen 6 categorías de requisitos de autocuidado de desviación a la salud:

- 1) Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o condicionantes ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabem que producen o estan asociados a una patología.
- 2) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que incluyen los defectos del desarrollo.
- 3) Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología o a

regular el funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.

- 4) Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que pueden producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.
- 5) Modificar el autoccepto y la imagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados
- 6) Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.¹²

Factores básicos condicionantes

Son condiciones internas y externas de la persona que afectan la calidad y la cantidad de cuidados que requiere y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado, identificándose los siguientes factores:

Descriptivos de la persona

- ❖ Edad y sexo
- ❖ La residencia y sus características ambientales
- ❖ Factores del sistema familiar
- ❖ Factores socioculturales
- ❖ Factores socioeconómicos

Del patrón de vida

- ❖ Incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona
- ❖ Del estado y factores del sistema de salud
- ❖ Incluyen en el estado de salud fisiológico y psicológico

Del estado de desarrollo

- ❖ Capacidades de autogobierno observadas por la enfermera y descritas por la persona sobre sus condiciones de vida actuales, proyectadas dentro de los entornos físico y social específicos y en las condiciones espuestas del estado de salud
- ❖ Factores necesarios para el autogobierno o aquellos que lo afectan negativamente, identificados por el paciente o por la enfermera, influyen en el grado en el que tendrían que satisfacerse los requisitos de autocuidado universal y de desarrollo
- ❖ Potencial de desarrollo personal evidenciado por la perspectiva del paciente, los objetivos fijados y la estimación objetiva de su posible desarrollo para la satisfacción de los requisitos del desarrollo y de autocuidado universal.¹²

4.4 Teoría Sinactiva

La supervivencia de prematuros cada vez más pequeños, y la necesidad de disminuir la enfermedad asociada en el corto, mediano y largo plazo, es contemporánea a la aparición de una nueva filosofía de cuidado: el CN. Esta filosofía permite la interpretación de la conducta y la implementación de estrategias para disminuir el estrés que sufren estos recién nacidos inmaduros en la UCIN.

Muchas de las enfermedades y discapacidad posteriores al periodo neonatal, tienen relación directa entre el estrés sufrido por periodos prolongados durante la internación y el cerebro inmaduro. Las conductas son el máximo canal de comunicación que tienen estos pacientes. Es clave valorar y comprender su importancia y el significado de las mismas. Esta orientación en la práctica clínica requiere tanto sensibilidad como presencia y vigilancia, para reconocer y apreciar los diferentes matices de respuesta, que permitan realizar las intervenciones necesarias de manera terapéutica.

Esta filosofía de cuidado ha modificado el modelo tradicional orientado en la tarea, a un modelo más colaborativo, donde el RN guía al cuidador como participante activo de la relación entre ambos. Los más pequeños e inmaduros, pueden manifestar claramente a

través de la conducta si el ambiente o los cuidados lo impactan negativamente y los tensionan o desorganizan. Este aspecto es fundamental para no poner en riesgo la calidad de vida futura de estos RN. Cuando el feto llega al término de la gestación, el crecimiento y el desarrollo del cerebro, se dan en el contexto de la protección que ofrece la madre, de las perturbaciones ambientales, a través del ambiente uterino donde la temperatura, nutrición y otros sistemas de regulación son provistos en forma constante.¹³

El RNPT, en cambio debe afrontar este crecimiento cerebral en el ambiente de la UCIN, completamente distinto del ambiente uterino, siendo la evidencia contundente de que el mismo provoca una sobrecarga sensorial que impacta negativamente en el sistema neurológico en desarrollo.

Está demostrado que los periodos prolongados de estados de sueño difuso, la posición supina y la excesiva manipulación, así como la luz y el ruido ambiental, la falta de oportunidades de succión no nutritiva y de interacción social adecuada, tienen efectos adversos en el neurodesarrollo.

La teoría “interactiva” (synactive theory) que desarrolló la Dra. Heidelise Als, postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo y el mismo está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan. Esta comunicación constante del organismo con el medio ambiente ha permitido identificar la interacción de varios subsistemas de funcionamiento dentro del organismo. Estos subsistemas influyen el funcionamiento fisiológico, la actividad motora y la organización de los estados a medida que interactúan con el ambiente de cuidado. Todos aquellos estímulos que no sean acordes, penetran y desorganizan estos subsistemas, mientras que los apropiados mantienen y promueven la integración funcional y el crecimiento del prematuro.

El concepto básico de esta teoría, es que el RNPT se defenderá en primera instancia, contra la estimulación si es inapropiada en el momento, ya sea en complejidad o en

intensidad. A menos edad gestacional, menor capacidad de defensa. Si este estímulo persiste, no será capaz de mantener el balance o estabilidad entre estos subsistemas y llegará a su desorganización. En contraposición con esto, los estímulos apropiados en tiempo, complejidad e intensidad lograrán este balance o estabilidad. Por lo tanto valorar la conducta o funcionamiento fisiológico de los RNPT es indispensable para modular y adecuar los estímulos evitando que lo desorganicen y promuevan el crecimiento, y que no impacten en forma permanente en su cerebro.

Para poder interpretar esta conducta se debe valorar cuatro subsistemas, que tienen una jerarquía:

- El subsistema nervioso autónomo, regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir. Es el que comanda, es más preponderante a menor edad gestacional, e impacta en el resto de los subsistemas.
- El subsistema motor se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.
- El subsistema de los estados, categoriza el nivel de despertar del SNC, los estados de vigilia y sueño.
- El subsistema de atención-interacción es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener el alerta. La autorregulación, es la presencia y capacidad que tiene el recién nacido de mantener el balance de los cuatro subsistemas anteriores con su propio esfuerzo. Se presenta a partir de las 32-35 semanas.

Cuando un RN presenta signos de estrés se considera que el neonato se encuentra **desorganizado**. Cuando un RN presenta signos de autorregulación se considera que se encuentra **organizado**.¹⁴

4.5 Método enfermero

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

También :

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad .
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios .
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.¹⁵

1ra. Etapa, Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes primarias y secundarias. Consta de 2 fases: recolección de datos y documentación.

Los datos que se obtienen son:

- ✓ Datos subjetivos, son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud, estos datos no se pueden medir ya que son propios del paciente. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).
- ✓ Datos objetivos, son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de tensión arterial)
- ✓ Datos históricos, son aquellos hechos que se han ocasionado con anterioridad y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas del comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- ✓ Datos actuales, son datos sobre el problema de salud actual, se refiere a situaciones que presenta la persona, familia o comunidad en el momento de la valoración

Los métodos para la recolección de datos son:

- ✓ La entrevista
- ✓ La observación
- ✓ La exploración física (cefalocaudal, aparatos y sistemas, “patrones funcionales”
- ✓ Anamnesis

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.¹⁵

2da. Etapa, Diagnóstico

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Tipos de diagnósticos en enfermería

- ✚ Real, describe la respuesta actual de la persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se apoya en la existencia de características definitorias que indican su presencia al momento de

la valoración. Consta de 3 partes, formato PES, Problema (P), Etiología o factores causales, Signos /síntomas (S), estos últimos son los que validan el diagnóstico

- ✚ Diagnóstico de riesgo, describe respuestas humanas a situaciones de salud, o procesos vitales que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, su identificación se apoya en la presencia de factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad, en este caso solo se conforma por 2 partes que son el Problema y la Etiología
- ✚ De salud o de bienestar, se formula cuando la familia, persona o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero quiere y puede alcanzar un nivel mayor. Son enunciados de una parte, conteniendo solo la denominación y no contienen factores relacionados. El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte que es el Problema de salud.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.¹⁵

3ra. Etapa, Planeación.

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos.
- Documentación y registro.¹⁵

4ta. Etapa, Ejecución

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.¹⁵

5ta. Etapa, Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados. La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado).

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.¹⁵

4.6 Relación del Proceso Enfermero y la Teoría

La práctica de la Enfermería ha crecido desde distintos enfoques utilizando modelos teóricos de influencia extranjera, modificándolos para recurrir a ellos como guía en el plan de cuidado de Enfermería que nos permite evidenciarla. De esta manera, la importancia de implementar el proceso Atención de Enfermería (PAE) es la base para llevar a cabo tareas de enfermería, ayuda a utilizar el pensamiento crítico y brinda un cuidado humanístico, además de que motiva al personal de Enfermería para analizar lo que hace y planear el cuidado.

Orem define al autocuidado como “conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, la salud y el bienestar”.

4.7 Consideraciones Éticas

Para la realización de este estudio de caso se tomó en cuenta la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; la autorización de un Consentimiento Informado el cual fue firmado por el padre del menor y un testigo, así como la consulta de la Declaración de Barcelona Sobre los Derechos de la Madre y del Recién Nacido.

La aplicación de los principios bioéticos fundamentales (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) garantizaría una asistencia adecuada al neonato enfermo que está hospitalizado

Principio de Beneficencia: manda hacer el bien. Es el principio más evidente de todos ya que el personal sanitario ha sido educado y formado para hacer el bien, no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto. Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos.

Principio de no-maleficencia: se basa en el principio hipocrático de *Primum non nocere*, es decir, "ante todo, no hacer daño". También es un principio muy evidente porque ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al enfermo. En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios.

Principio de autonomía: se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo. Al contrario que los anteriores, es un principio que siempre ha estado ausente de la tradición médica, a pesar de la gran importancia que ha adquirido en los últimos años; durante muchos siglos el paciente nunca ha participado en la toma de decisiones y el médico era quien decidía; el deber del médico era "hacer el bien" al paciente, y el de éste, aceptarlo (7). El enfermo, por el mero hecho de serlo, carecía de capacidad para elegir.

Principio de Justicia: este principio se basa en dos hechos

--Todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independiente de cualquier circunstancia y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto.

--Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria.¹⁶

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece de forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional, por lo que se tomó en cuenta para dicho estudio.

De igual manera se tomó en cuenta el Decálogo del Prematuro, emitido por la UNICEF, donde se refiere que:

- 1.- La prematurez se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
- 2.- Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
- 3.- El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
- 4.- Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- 5.- Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
- 6.- Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
- 7.- Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

8.- La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

9.- El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

10.- Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.¹⁷

4.8 Daños a la Salud

De acuerdo con la Federación Nacional de Neonatología en México, se define al periodo neonatal como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida, clasificándolos de acuerdo con edad gestacional como:

- Inmaduros, < 28 semanas de gestación
- Prematuros / Pretérminos, <37 semanas de gestación
- A término, de 37 a 42 semanas de gestación
- Posttérmino, > 42 semanas de gestación

La evaluación nutricional está compuesta por la historia alimentaria, los hallazgos clínicos, los parámetros antropométricos y la realización de pruebas bioquímicas; en el recién nacido el peso es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, el indicador más sensible de la salud postnatal.

La clasificación del recién nacido de acuerdo al peso es la siguiente:

- Macrosómico, > 4,000 gramos
- Peso normal, de 2,500 a 3,900 gramos
- Peso bajo, < 2,500 y > 1,500 gramos
- Peso muy bajo, < 1,500 gramos.¹⁸

En México el Registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas (RVEMCE) reportó en el *International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research* una prevalencia de 0.77 de 1982 a 1986; 1.45 de 1987 a 1991; 2.09 de 1992 a 1996; 3.75 de 1997 a 2001 y 5.34 de 2002 a 2006.¹⁹

En la actualidad representa la cuarta causa de mortalidad en menores de 5 años, sólo después de las malformaciones congénitas del corazón, de los defectos de cierre del tubo neural (DCTN) y del síndrome de Down.²⁰

La prevalencia de Gastrosquisis es de 0.5-7 por cada 10,000 recién nacidos vivos (RNV), con un promedio de 1/2700 nacimientos; la frecuencia de esta malformación es más alta en México, más baja en la República Eslovaca y más frecuente en los países del Cono Sur.²¹

La palabra gastrosquisis deriva del prefijo griego *gaster* = estómago y *schisis* = fisura.²²

La Gastrosquisis se presenta en forma aislada o asociada a otras malformaciones con una relación masculino/femenino de 1/1.3 en casos aislados y de 4/1 en casos no aislados.

Desde 1980 se ha observado un aumento de 10 a 20 veces en la frecuencia a escala mundial, aunque se desconoce la causa específica de dicho incremento.

Esta malformación se presenta principalmente en hijos de madres jóvenes menores de 20 años.²³

La Gastrosquisis es un defecto abdominal paraumbilical, ubicado habitualmente sobre el lado derecho, comprometiendo todas las capas de la pared anterior del abdomen y que genera el pasaje de vísceras abdominales hacia la cavidad amniótica, donde flotan libremente. El componente habitual en la hernia es el intestino delgado, aunque también resulta usual la presencia del intestino grueso.²⁴

La primera descripción de Gastrosquisis se le atribuye a Calder en 1733. En 1894 se le asigna a Taruffi la utilización del término Gastrosquisis para describir el defecto, se dice que por varios siglos la confusión con el onfalocele era muy común en la literatura. En 1943 se logró la sobrevida de un paciente, cuando Watinks describió el cierre primario exitoso de un defecto pequeño. En 1953 Moore y Stokes establecieron la clasificación de ambas patologías conociéndolas como se las denomina actualmente.

En 1966, Izant recomendó el estiramiento manual (stretching) de la cavidad abdominal, maniobra útil que hoy permanece vigente. En 1967, Schuster describió una técnica que revolucionó el tratamiento quirúrgico al utilizar una malla de teflón tejido suturada a la pared abdominal. La malla se reducía diariamente para lograr una aproximación de los bordes musculares.

En 1968, Gilbert utilizó una malla de silicona reforzada con dracon y de esta manera se evitaba la adherencia de los tejidos a la pared. Se han publicado distintas modificaciones, como la de Alien en 1969, que sugirió confeccionar un silo más elevado con una delgada membrana de silicona reforzada, el concepto de Schuster aún es el más utilizado para el tratamiento quirúrgico de estos niños.²⁴

Diagnóstico prenatal

Gracias al avance de la tecnología de los equipos de ecografías, prácticas y experiencias de los profesionales se pueden diagnosticar estas patologías antes de nacimiento, generalmente en la décimo cuarta semana de gestación. La ecografía revela la presencia o ausencia del saco membranoso en el defecto de la pared abdominal.

Fisiopatología

El desarrollo normal de la pared abdominal fetal depende del adecuado plegamiento embrionario, lo cual ocurre entre la sexta y la décimo primera semana gestacional.

Durante la semana 8 y 11 del desarrollo ocurre la herniación umbilical, ya que el intestino medio crece más rápido que la cavidad abdominal, rotando además 90 grados sobre el eje de la arteria mesentérica superior.

Finalmente a las doce semanas, la reducción intestinal determinará en primera instancia, el reingreso del intestino delgado a la cavidad abdominal, seguido del intestino que se rota horariamente 180 grados.

La falla del cierre embriológico de la pared abdominal, determina la presencia de la Gastrosquisis si el defecto no tiene saco, por lo que el intestino flota libremente en el líquido amniótico. Este tiene un efecto irritante, produciendo un intestino rígido y duro (peritonitis plástica). Además el intestino suele ser más corto de lo normal y la falta de fijación puede predisponer a la formación de un vólvulo.

Hay varias teorías que explican el origen de la gastrosquisis, sin embargo la más aceptada considera que la involución precoz de los vasos que irrigan la pared abdominal: la vena umbilical y la arteria onfalomesentérica derecha. Se informa que la frecuencia de esta anomalía es de uno en 3,000 niños recién nacidos vivos;¹⁻³ también se informa que al menos 15% de estos niños tienen otras malformaciones asociadas a este defecto, a diferencia de lo que acontece con el onfalocele: donde la asociación más frecuente es de 40%. En cuanto a la malformación asociada con mayor frecuencia a esta deformidad es la atresia intestinal;⁹ también es importante mencionar que entre los factores de riesgo asociados a este defecto, se informan: que la madre sea menor de 20 años, el tabaquismo durante el embarazo, el consumo de cocaína y de pseudoefedrina, y la exposición de la madre a insecticidas.²⁵

Procedimientos en la gastrosquisis

Durante la reparación quirúrgica de los defectos de la pared abdominal, se colocan nuevamente los órganos dentro del abdomen, reparando el defecto si es posible, o creando un saco estéril para proteger los intestinos mientras se les vuelve a colocar

gradualmente en el interior del abdomen. Inmediatamente después del parto, se cubren los órganos expuestos del bebé con vendajes tibios, húmedos y esterilizados. Posteriormente, se inserta una sonda orogástrica con el fin de mantenerlo vacío.

Mientras el recién nacido se encuentra bajo anestesia general, se realiza una incisión para agrandar el orificio de la pared abdominal; se examinan los intestinos cuidadosamente para buscar signos de daño o defectos congénitos adicionales. Se extraen las partes dañadas y se suturan los extremos íntegros. Se inserta una sonda dentro del estómago la que sale a través de la piel.

Se colocan los órganos nuevamente dentro de la cavidad abdominal y se cierra la incisión, si es posible. En caso de que la cavidad abdominal sea muy pequeña o que los órganos que están por fuera o que se encuentren tan inflamados que no permitan cerrar la piel, se hace una bolsa con una lámina de plástico para cubrir y proteger los órganos. El cierre completo se lleva a cabo en pocas semanas. Posteriormente se podría realizar una intervención quirúrgica para reparar los músculos abdominales. Algunas veces, el abdomen del recién nacido es más pequeño de lo normal y colocar los órganos dentro del abdomen aumenta la presión dentro de la cavidad abdominal, causando dificultades respiratorias. En este caso, es necesario el uso de un ventilador mecánico durante el tiempo necesario hasta que haya disminuido la inflamación de los órganos abdominales y aumente el tamaño del abdomen.²⁶

El objetivo primordial es mantener la estabilidad cardiorrespiratoria. Los recién nacidos con Gastrosquisis tienen riesgo de desarrollar insuficiencia respiratoria y frecuentemente requieren ventilación e intubación. Independiente del tratamiento que reciba, la introducción de las vísceras en el abdomen genera aumento de la presión intraabdominal por ello, es importante observar la perfusión del defecto y de los miembros inferiores para evaluar si el defecto se encuentra bien alineado, ya que así facilita el retorno venoso.

En el periodo postoperatorio el neonato puede requerir asistencia respiratoria prolongada. En los defectos muy grandes la imposibilidad de movimientos respiratorios puede provocar cierto grado de hipoplasia pulmonar, que complica el cuidado respiratorio y prolonga la necesidad de asistencia ventilatoria.²⁷

Los recién nacidos con gastrosquisis tendrán ayunos prolongados independientemente del tratamiento que reciban. Las pérdidas de agua, electrolitos y proteínas están incrementadas, especialmente en este tipo de pacientes. El déficit de líquidos puede llevar a una perfusión insuficiente de los tejidos y desarrollar acidosis metabólica. Mantener el volumen intravascular, no solo mejora la perfusión de los tejidos, sino que garantiza la perfusión intestinal.

Uno de los riesgos mayores que presentan los recién nacidos con vísceras expuestas es el incremento de infecciones. Las rutinas de curación deben ser estrictas manteniendo la esterilidad del defecto, utilizando guantes, compresas y gasas estériles.

Los recién nacidos con Gastrosquisis tienen riesgo de presentar lesiones en la piel debido a la inmovilización prolongada sobre todo a aquellos pacientes que requieren de un silo y permanecen en decúbito dorsal, posición que limita de cierta manera el correcto aseo tanto en genitales como el resto del cuerpo por lo que es indispensable mantener una sonda vesical permeable, además de facilitar así el control del ritmo urinario y el manejo de los líquidos.

Los neonatos con defectos en la pared abdominal tienen casi una posición supina obligada. La lateralización leve con ayuda de rollo y ropa, evitar los puntos fijos de apoyo, que disminuyen la perfusión y perjudica la integridad de la piel. Cada vez que el neonato modifica su postura es importante observar la perfusión de los miembros inferiores, el color y la temperatura de los mismos.²⁷

Complicaciones post-quirúrgicas

Un porcentaje de niños con Gastrosquisis sufren complicaciones relacionadas con el cuidado o la terapia instituida. El porcentaje de re-laparotomía para este grupo puede llegar al 20%.²⁴ Las principales complicaciones asociadas al manejo de niños con Gastrosquisis son la oclusión intestinal por bridas, enterocolitis necrosante, los trastornos de motilidad intestinal, la dehiscencia de herida, y la necrosis, perforación y/o el vólvulo del intestino introducido.

Pronóstico

La mortalidad en esta patología ha ido decreciendo en los últimos 50 años, siendo en la actualidad el índice de sobrevida en los países desarrollados superior al 90%. Lamentablemente estas cifras no se repiten en los países subdesarrollados, en los que la mortalidad global puede alcanzar cifras de un 50% o más. En forma global, los factores más importantes condicionantes de mortalidad son la presencia o no de anomalías asociadas, la longitud y el funcionamiento del intestino, y el grado de desproporción víscero-abdominal. Sin patología intestinal asociada la sobrevida es casi de un 100%, en comparación con neonatos con patología intestinal asociada, donde la mortalidad puede llegar al 26%, e incluso casi al 50%. Este aumento en los índices de mortalidad está íntimamente asociado a falla intestinal, colestasis asociada a NPT y sepsis.

Evolución alejada

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los niños con Gastrosquisis lograrán un crecimiento y desarrollo normal a largo plazo, y tendrán una calidad de vida similar al resto de la población, sin embargo algunos presentarán trastornos gastrointestinales y problemas psicológicos relacionados con la herida o la falta de ombligo.²⁸

V.- ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

5.1 Ficha de Identificación

NOMBRE	F.J.R.O.
SEXO	Masculino
PESO	2.300 gramos
TALLA	47 centímetros
FECHA Y HORA DE NACIMIENTO	30/SEPT/17 03:00 AM
LUGAR DE NACIMIENTO	Hospital General Acapulco
DIAGNÓSTICO	RNPT 36 SDG/ PAEG/Gastrosquisis/SDR
EXPEDIENTE	235048
SERVICIO	UCIN

5.2 Motivo de consulta

Paciente femenino de 19 años de edad, primigesta, sin control prenatal, la cual cursa con un embarazo de 36 SDG por FUM, siendo ingresada a esta institución por presentar ruptura prematura de membranas de 3 horas de evolución, decidiendo interrupción del embarazo por vía abdominal.

5.3 Descripción del Caso

Se trata de un recién nacido obtenido por vía cesárea, el cual lloró y respiró al nacer, líquido amniótico claro, con una frecuencia cardíaca de 160 latidos, frecuencia respiratoria de 50 respiraciones, se brindan pasos iniciales y se califica con un Apgar de 8/9 y un Silverman de 3, se evidencia Gastrosquisis, presentando salida del intestino delgado, parte del intestino grueso y del estómago; en la misma sala de tococirugía se cubre la evisceración con gasas tibias y estériles, humedecidas con solución fisiológica. Se recibe en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde se retiran los apósitos húmedos y se colocan las vísceras en una bolsa de polietileno estéril

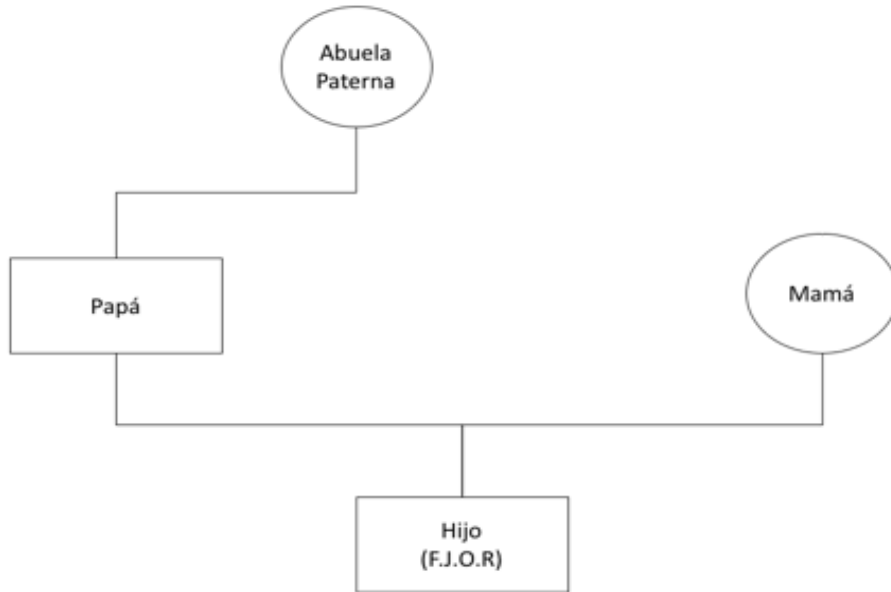
proporcionando a su vez tracción continua, se canaliza vena periférica iniciando líquidos intravenosos acorde a necesidad.

A las 4 horas de vida, inicia con dificultad respiratoria severa por lo que se intuba al primer intento, previa sedación y relajación, ajustando el ventilador mecánico en modalidad asisto control con parámetros altos, saturando 96% de oximetría de pulso.

5.4 Factores Básicos Condicionantes

Prematuro de 36 semanas de gestación, peso adecuado a la edad gestacional más gastrosquisis, hijo de madre primigesta de 19 años de edad, originaria de San Marcos Gro., escolaridad primaria completa, dedicada al hogar, aparentemente sana, religión católica, estado civil unión libre, desconoce datos de familia biológica, solo refiere vivir con su madrina desde los 3 años de edad hasta los 18 años; padre de 21 años de edad, originario del puerto de Acapulco, escolaridad secundaria incompleta, de oficio obrero, ingesta de alcohol y consumo de tabaco refiriendo positivo, 2 a 3 veces por semana sin llegar a la embriaguez. Viven en casa propia, con 1 habitación, sala comedor, construida de cemento y madera, suelo rústico, cuentan con agua potable, excretas en fosa, medios de comunicación a través de teléfono celular, radio y televisión. Actualmente cuentan solo con el apoyo de la abuela materna del menor, ya que es viuda, refiere no saber la causa del fallecimiento de su esposo pero ella es diabética e hipertensa desde hace 10 años aproximadamente, tratada con medicamentos.

Familiograma



5.5 Requisitos de Desarrollo

La madre refiere que su embarazo no fue planeado y que nunca ha cuidado a un recién nacido por lo que la abuela paterna le ayudará en esta labor. Durante la estancia hospitalaria del menor, solo ha sido visitado por ambos padres.

Se ha proporcionado orientación sobre lactancia materna a la madre, acerca de los cuidados que debe tener con sus senos, las técnicas de extracción manual de leche, así como su conservación.

También menciona que durante el horario de visita no toca a su bebé porque le da miedo, tampoco le habla porque siempre lo ve dormido y cree que no la escucha, el padre se acerca al hablarle, lo mira a los ojos y lo toca.

En cuestión al peso, se encuentra por debajo de la percentila 10, ya que pesa 2.140 grs con 37.6 SDGC

VI.- APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1 Exploración Física

12 de octubre de 2018

Esta exploración es realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, contando con una cuna de calor radiante (la cual se encontraba apagada) y un monitor multiparamétrico de signos vitales, utilizando un estetoscopio neonatal, termómetro digital, cinta métrica, iluminación adecuada y un reloj con segundero, presentando las siguientes constantes vitales:

Frecuencia Cardíaca 128 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria de 40 respiraciones por minuto

Temperatura Axilar de 37.2 grados centígrados

Tensión arterial 94/59 mmHg

Saturación de oxígeno 82%

Peso 2,140 gramos

P.C. 31 cms

P.T. 27 cms

Talla 47 cms

Pie 6.5 cms

Habitus exterior, neonato masculino, en fase III ventilatoria, ojos semiabiertos, hipoactivo, con ligero edema generalizado, coloración pálida, cianosis central presente, SOG a derivación con gasto de apariencia biliar, en posición supina con conducta organizada en nido de contención, abdomen con vísceras cubiertas con bolsa silo en tracción continua, alineado hacia la izquierda, catéter venoso central de doble lumen en yugular derecha con apoyo aminérgico y NPT.

Cabeza, cara y cuello normocéfalo con fontanela anteroposterior normotensa, ojos simétricos semiabiertos, oídos bien implantados, pabellón auricular formado, nariz

permeable, muy pequeña, cavidad oral íntegra con cánula endotraqueal 3 Fr, fijada en el número 8 así como sonda orogástrica a derivación en su 2do día, con salida de líquido de apariencia biliar en moderada cantidad, mucosa oral hidratada, cuello cilíndrico con catéter venoso central de doble lumen en yugular derecha, en su día 10 postcolocación, sin datos aparentes de infección, con NPT en infusión continua más dopamina y dobutamina;

Tórax anterior normolíneo, glándula mamaria pequeña, pezones apenas palpables, con buena expansión a la entrada de aire del ventilador mecánico, se auscultan estertores gruesos bilaterales y se observa discreto tiraje intercostal, TÓRAX POSTERIOR sin alteración aparente.

Abdomen con exposición de vísceras, intestino delgado y parte del intestino grueso así como del estómago, las cuales se palpan ligeramente hipotérmicas dentro de una bolsa de polietileno en tracción continua inclinado hacia el lado izquierdo, se observa salida del intestino delgado en la parte inferior de la bolsa, cubiertas con gasas húmedas y frías así como coloración violácea (1x1cms) en la parte superior del intestino delgado.

Genitales acordes a edad y sexo, con sonda vesical a derivación con 1 día de colocación drenando orina clara; se observa escoriación en área perianal con ligero sangrado fresco.

Extremidades superiores e inferiores ligeramente flexionadas, sin lesiones aparentes.

Neurológicamente no valorable ya que presenta sedación.

6.2 Valoración por Requisitos Universales.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

F.J.R.O. se encuentra en fase III ventilatoria, modalidad SIMV, FIO₂ al 60%, PI 13, T Ins. 0.40, ciclados de 40. PEEP 4, Respiraciones con tiraje intercostal y campos pulmonares con estertores gruesos bilaterales frecuencia respiratoria de 40, SpO₂ de 82%, coloración pálida. Cardiovascular, 128 latidos por minuto, 94/59 mmHg, pulsos radiales normales.

Se ha aspirado cánula endotraqueal extrayendo abundantes secreciones de color amarillento, de consistencia espesa, no fétidas, sin sangrado.

2 y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos

Ayuno hasta nueva orden, con Nutrición Parenteral Total a 7.4 mls/hora, para 24 horas de infusión continua, líquidos totales de 130 mls/kg/día, glicemias de 97 mg/dL, electrolitos con controles adecuados.

4.- Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Presenta una diuresis horaria de 1.2 ml/kg/hora, con presencia de evacuaciones de apariencia meconial

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Se encuentra bajo efectos de sedación con Midazolam a 3mcg/kg/min, pasando 0.5 mls/hora y con analgesia con Buprenorfina a 1mcg/kg/dosis y ketorolaco 1mg/kg/dosis

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Solo lo ha visitado el padre y la madre, 2 veces al día, durante el horario de visita. La madre no le habla ni lo toca, refiere que le da miedo; el padre lo toca, lo mira y le habla.

7.- Prevención de peligros para la vida, función y bienestar humano

Se encuentra con defecto abdominal cubierto, en tracción continua, con cambios de coloración violácea en parte del intestino delgado y salida del mismo en la parte inferior de la bolsa de polietileno; catéter venoso central con 10 días de instalación, sin datos de infección; sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, cuenta con doble esquema antimicrobiano, Ampicilina 100mg/kg/dosis y Cefotaxima 50mg/kg/dosis, protector de mucosa gástrica con Omeprazol 1mg/kg/dosis así como Albumina Humana 1gr/kg/dosis, se encuentra bajo efectos de sedación con Midazolam en infusión a 3mcg/kg/min, pasando 0.5 mls/hora, se observa eritema en área perianal con sangrado fresco.

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

La madre recibe apoyo por parte del servicio de psicología, ya que ella no sabía que su hijo presentaba una malformación

6.3 Jerarquización de Requisitos Universales

REQUISITOS	DÉFICIT	PRIORIDAD DE ACCIÓN
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Con déficit	1
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Con déficit	3
3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Con déficit	2
4.- Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos	Con déficit	5
5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Con déficit	6
6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	Con déficit	7
7.- Prevención de peligros para la vida, función y bienestar humano	Con déficit	4
8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal	Con déficit	8

6.4 Prescripción del Cuidado

Durante la elaboración del presente estudio de caso, se realizaron 13 diagnósticos de enfermería, de los cuales para fines de esta presentación se exponen 7 de ellos.

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de la respiración R/C Producción excesiva de secreciones bronquiales M/P Saturación de oxígeno de 82%, cianosis central y tiros intercostales		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mejorar su estado respiratorio manteniendo la vía aérea permeable		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Manejo de la vía aérea</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Posicionamiento</p> <p>Manejo dinámico del ventilador</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de COT (cánula orotraqueal) por razón necesaria • Técnica estéril • Fijación correcta de COT • Verificar la referencia en cms del TET para evitar desplazamientos • Manipulación gentil del TET • Registro de cantidad, consistencia, color y olor de las secreciones • Auscultación de campos pulmonares • Vigilancia de aparición de datos de dificultad respiratoria • Vigilar que el rango objetivo de saturación se encuentre entre 85-95% • Vigilar el funcionamiento correcto del pulsioxímetro • Mantener al neonato en posición de olfateo y rosiere • Vigilar el progreso ante ajustes del ventilador • Evitar grandes cambios en la FiO₂ 	<p>La aspiración exitosa de un paciente intubado mejora el intercambio gaseoso y la auscultación pulmonar, disminuye la presión inspiratoria máxima, disminuye la resistencia de la vía aérea, aumenta la compliance, mejora los gases en sangre y la saturación y remueve las secreciones.²⁹</p>
EVALUACIÓN: Posterior a la intervención se observa aumento de la saturación de oxígeno (91%) pero continua el tiraje intercostal durante el turno		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de alimentación por vía enteral R/C Ayunos prolongados por exposición de vísceras y procedimientos quirúrgicos M/P Disminución masa muscular, percentila <10 (2.400 grs)		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mantener el peso adecuado del neonato		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Monitorización del peso Monitorización nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al neonato desnudo, diario a la misma hora • Verificar el funcionamiento de la báscula • Llevar un registro del peso • Utilización de percentilas • Utilizar bomba de infusión con la NPT • Colocación de la NPT con técnica estéril • Mantener un índice de flujo constante en la NPT • Vigilar que el cateter no presente fugas • Toma de glicemia capilar posterior al inicio de la NPT • Control estricto de líquidos • Vigilar niveles de albumina, proteína total, electrolitos y glucosa • Vigilancia y control de signos vitales 	Existen alteraciones orgánicas que requieren dietas específicas que contribuyan a al conservación o recuperación de la salud, o bien al control del padecimiento. ³⁰
EVALUACIÓN: A los 5 días (18 de octubre) de la evaluación inicial, persiste el bajo peso, inferior a percentila 10 (2.200 grs)		

REQUISITO: Mantenimiento suficiente de agua		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico R/C Pérdidas de líquidos a través de vísceras expuestas y drenajes		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado en el neonato para prevenir futuras complicaciones, así como el suministro necesario de nutrimentos acorde a sus necesidades		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Control de líquidos Monitorización de electrólitos Monitorización de líquidos 	<ul style="list-style-type: none"> Cuantificar ingresos y egresos al organismo del neonato Realizar balance hídrico por turno y cada 24 horas Realizar diuresis horaria Utilización de bombas de infusión para soluciones parenterales Mantener permeables sondas y drenajes Reposición de gasto por sonda orogástrica por indicación médica Valorar los resultados de laboratorios de electrolitos Vigilar que las vías parenterales no se encuentren infiltradas Verificar que la infusión de NPT sea la correcta Mantener diuresis adecuada 	<ul style="list-style-type: none"> Las pérdidas o ganancias absolutas se presentan cuando se pierden electrólitos y líquidos hacia afuera del cuerpo o se agregan a las reservas corporales totales con líquidos intravenos y remplazos de sangre debido a lesiones, procedimientos médicos o quirúrgicos.³⁰
EVALUACIÓN: El balance hídrico se compensa al cierre de 24 horas, resultando un balance positivo de 6 mls por hora, la diuresis horaria es 2.1 mls/kg/hr; el potasio (K) se ha mantenido en niveles normales, 4.3 mmol/L.		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección R/C Procedimientos invasivos y vísceras expuestas		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Prevenir de forma oportuna las situaciones que potencialmente predispongan una infección		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Minimizar factores de riesgo Conservar la piel y las mucosas sanas e íntegras dentro de lo posible 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar lavado de manos (5 momentos) Utilizar barreras de protección máxima Realizar la limpieza del sitio de inserción del catéter venoso central cada 7 días Registro de la limpieza del CVC Utilizar soluciones antisépticas como clorhexidina al 0.5% y alcohol al 70% para limpieza del sitio de inserción del CVC Utilizar técnica esteril al manipular el defecto abdominal Para el aseo corporal utilizar jabones con pH neutro Vigilancia estrecha de la piel circundante al defecto abdominal y sitio de inserción del CVC Evitar multipunciones Uso de apósitos hidrocoloides Mantener la piel sin humedad 	<p>El lavado de manos reduce el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención a la salud.³¹</p> <p>La limpieza del sitio de inserción del catéter venoso central se realizará cada 7 días si se usa apósito transparente.³²</p> <p>La piel y mucosas son las primeras defensas contra agentes patógenos.³³</p>
EVALUACIÓN: El sitio de inserción del catéter venoso central (CVC) se observa sin datos de infección, así como la piel circundante del defecto abdominal no presenta eritema a los 5 días de la valoración inicial. (18/octubre/2018)		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Alteración de perfusión tisular intestinal R/C Condiciones no adecuadas de los órganos expuestos M/P Coloración violácea de vísceras e hipotermia de las mismas		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Prevenir de forma oportuna las situaciones que potencialmente predispongan necrosis tisular		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar pérdidas insensibles • Descompresión gástrica • Posicionamiento • Monitoreo de asas intestinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de cuna de calor radiante para mantener eutermia • Introducir el contenido expuesto en una bolsa plastica esteril • Uso de apósito hidrocoloide previo a la fijación de sondas • Colocación de sonda orogastrica • Registro de gasto por la sonda • Reposición del gasto de acuerdo a indicación médica • Mantener al neonato en posición supina • Posicionar el defecto en forma vertical • Ejercer tracción continua • Vigilancia continua de las condiciones viscerales • Verificar la temperatura de las visceras • No utilizar gasas húmedas sobre las visceras • Registro continuo de la apariencia del defecto adbominal 	<p>Al utilizar la bolsa plástica se reduce la perdida de calor por evaporación y el fluido del intestino expuesto, y de igual manera permite la visualización de las asas, así como la perfusión intestinal</p> <p>El vaciamiento gástrico evita la distención abdominal, así como el alinear el defecto abdominal en tracción continua permite el agrandamiento de la cavidad abdominal para facilitar el cierre de la misma.³⁴</p>
EVALUACIÓN: Las vísceras expuestas se observan hidratadas, la coloración violácea continua, ya se palpan tibias (16/octubre/2017)		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Riesgo de desarrollar úlceras por presión R/C Posición supina prolongada y dispositivos médicos		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Preservar la integridad de la piel de la espalda y cuero cabelludo		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento • Alternar sitios anatómicos con dispositivos médicos • Valorar la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de cambios de posición • Cambios frecuentes de posición cada 2 horas • Lateralización leve del cuerpo del neonato • Brindar masajes suaves en zonas comprimidas, posterior al cambio de posición • Evitar zonas de apoyo fijo • Cambiar el oxímetro y brazaletes para T/A de sitio anatómico cada 2-3 horas • Vigilar la temperatura y color de la piel • Valorar en todo momento características de lesiones y exudados • Mantener la piel limpia y seca en todo momento • Para el aseo corporal utilizar jabones con pH neutro 	Las úlceras por presión se deben a una isquemia localizada y a una deficiencia del aporte sanguíneo. El tejido está comprimido por dos superficies, generalmente por la cama y el esqueleto; cuando la sangre no puede llegar al tejido, el oxígeno y los nutrientes no llegan a las células, los productos residuales del metabolismo se acumulan en las células y, como consecuencia de ello el tejido muere. ³⁵
EVALUACIÓN: Se logra mantener la integridad cutánea sin evidencia de úlceras o cambios de textura y/o coloración en la piel		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 13 de octubre de 2017
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: Lesión perianal R/C Aseo inadecuado de genitales y fricción del pañal M/P Enrojecimiento y sangrado fresco del área		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Favorecer la cicatrización de la lesión en genitales/perineo por restos de residuos biológicos y prevenir la reaparición de las mismas		
INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Aseo adecuado • Cambios frecuentes de pañal • Aplicación de medicamentos tópicos • Control de infección 	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo solo con agua tibia posterior a cada evacuación • Uso de jabón neutro de manera ocasional • Utilizar productos avalados para uso del recién nacido • Cambio de pañal frecuente cada 4 horas • Mantener limpia y seca la piel • Secar el área sin ejercer fricción • Aplicación de pasta de óxido de zinc si procede • Lavado de manos 	<p>El uso de antisépticos de rutina está desaconsejado, ya que, si bien reducen la colonización, su acción es corta, y producen irritación y resecaimiento cutáneo.</p> <p>Se recomienda el uso de jabones líquidos o en barra que tengan un pH neutro, para que ésta práctica no altere el pH de la piel. Se puede alternar el aseo con agua tibia solamente y con jabón.³⁶</p>
EVALUACIÓN: Se logra la epitalización del tejido, no se observa eritema en el área del pañal ni datos de irritación (18/octubre/2017)		

6.5 Seguimiento (2da. Valoración))

Exploración física

13 de Noviembre de 2017

Esta exploración se realizó en la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal del Hospital General Acapulco, a través de un monitor multiparamétrico de signos vitales, un estetoscopio neonatal, cinta métrica, un termómetro digital y un reloj con segundero, el lactante se encontraba en una cuna de calor radiante encendida, presentando lo siguiente:

Frecuencia Cardíaca 146 latidos por minuto

Frecuencia Respiratoria de 52 respiraciones por minuto

Temperatura Axilar de 36.9 grados centígrados

Tensión arterial 91/63 mmHg

Saturación de oxígeno 93%

Peso 2,970 gramos

P.C. 32 cms

P.T. 29 cms

Talla 48 cms

Pie 7 cms

Habitus exterior, lactante menor sin apoyo de oxígeno suplementario, activo reactivo, coloración ligeramente pálida, en posición supina, con extremidades ligeramente flexionadas, herida quirúrgica del abdomen cubierta con apósito, aparentemente sin datos de exudativo.

Cabeza, cara y cuello normocéfalo, con presencia de cabello fino, fontanela normotensa, pabellón auricular bien implantados, ojos abiertos, nariz muy pequeña, cavidad oral íntegra, a expensas de dermoabrasión en labio superior, mucosa oral hidratada, cuello sin adenomegalias.

Tórax anterior normolíneo, con presencia de electrodos, campos pulmonares ventilados, **tórax posterior** con presencia de una úlcera por presión (0.5 x 0.5 cms) en el sacro, en proceso de cicatrización.

Abdomen con herida quirúrgica paraumbilical derecha (4 cms), afrontada, sin datos aparentes de infección, se ausculta peristalsis disminuida, red venosa superficial, no se observa dibujo de asa intestinal, cicatriz umbilical sin compromiso.

Genitales acordes a edad y sexo, sin compromiso

Extremidades superiores e inferiores ligeramente flexionadas, sin lesiones aparentes.

Neurológicamente activo reactivo, reflejos acordes a edad postnatal presentes y sin alteración.

Valoración Por Requisitos Universales

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Se encuentra sin apoyo suplementario de oxígeno, saturando 93% de manera constante, sin datos de dificultad respiratoria, coloración ligeramente pálida. Cardiovascular con 138 latidos por minuto, presión arterial de 90/64 mmHg, pulsos radiales palpables.

2 y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos

Lactancia materna a libre demanda, la madre no cuenta con suficiente producción láctea, reflejado en el llanto del menor, por lo que se le apoya con fórmula maternizada, el neonato presenta buen reflejo de succión y deglución; se obtiene una puntuación de 8 en la escala de LATCH, puesto que necesita ayuda en mantener al menor colocado al pecho; F.J.R.O. presenta regurgitaciones posteriores a la alimentación; glicemia capilar 97 mg/dL.

4.- Previsión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Presenta 9 micciones el día de hoy y evacuaciones de apariencia amarillo pastoso en 4 ocasiones

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Mantiene periodos de sueño prolongados y profundos, cuando se encuentra despierto llora por hambre, succiona el dedo índice, se valora el dolor con la escala NIPS, con un puntaje de 0.

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

Ha sido visitado por la madre y el padre, se observa que el padre lo toca y le habla, el lactante responde fijando la mirada y sosteniendo el dedo pulgar del padre, la madre solo lo mira, refiere miedo de lastimarlo por su herida quirúrgica

7.- Prevención de peligros para la vida, función y bienestar humano

La herida abdominal se observa sin datos aparentes de infección; ambos padres refieren sentirse con mucho temor al no saber cómo cuidar a su hijo en casa, puesto que nunca han cuidado a un bebé

8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

La madre manifiesta sentirse nerviosa al no producir suficiente leche materna porque está consiente sobre los beneficios que brinda la lactancia materna

Jerarquización de requisitos universales

REQUISITOS	DEFICIT	PRIORIDAD DE ACCION
2 y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos	Con déficit	2
7.- Prevención de peligros para la vida, función y bienestar humano	Con déficit	3
8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal	Con déficit	1

Prescripción del cuidado.

REQUISITO: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 14 de noviembre de 2017
Diagnóstico de enfermería: Riesgo de abandono de la lactancia R/C Desesperación de la madre por escasa producción láctea		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/educación
OBJETIVO: Proporcionar a la madre técnicas que le ayuden a la producción láctea		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Proporcionar información a la madre acerca de cómo incrementar la producción láctea	<ul style="list-style-type: none">• Orientar a la madre sobre un buen agarre• Mostrar las técnicas de masaje en los senos• Canalizar a la madre a la clínica de lactancia materna• Vigilar que el cuerpo del neonato se encuentre frente a la madre, con la cabeza alineada al pecho• Proporcionar soporte adicional en hombros y cabeza para compensar la escasa elongación del pezón• Concientizar a la madre de realizar tetadas más frecuentes• Indicarle a la madre cuáles son los signos de succión efectiva• Recomendarle a la madre la ingesta de abundantes líquidos• Sugerir una dieta equilibrada	La producción de leche está directamente relacionada con la succión del bebé. ³⁷
EVALUACIÓN: La madre se manifiesta con más confianza sobre la lactancia materna		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 14 de noviembre de 2017
Diagnóstico de enfermería: Angustia de la madre R/C Regurgitaciones del menor M/P Manifestaciones de la madre al mencionar que su hijo “vomita a cada rato”		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/educación
OBJETIVO: Tranquilizar a la madre a través de información acerca de la regurgitación		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Proporcionar información clara hacia la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al neonato en decúbito lateral derecho en la 1er hora posprandial • Colocar en decúbito lateral izquierdo en la 2da hora posprandial • Hacer que el niño elimine el aire a través de eructos o eliminación de gases, después de la alimentación. • Cambiar pañal antes de comer y evitar poner pañales muy apretados • Continuar con tratamiento médico (cisaprida) como se lo han indicado 	<p>El RGE fisiológico se resuelve espontáneamente cerca del año de edad.⁶⁰</p> <p>Posterior a la alimentación y eliminación de aire, la posición decúbito lateral derecho favorece al vaciamiento gástrico y motilidad intestinal.³⁸</p>
EVALUACIÓN: Disminuye la sensación de angustia referida por la madre, mencionando comprender estos cuidados		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, función y bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.		FECHA: 14 de noviembre de 2017
Diagnóstico de enfermería: Miedo de ambos padres R/C el cuidado del menor en casa M/P falta de conocimientos y experiencia de los padres al cuidar a su hijo		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo/educación
OBJETIVO: Brindar conocimientos que refuercen la seguridad de los padres a cerca de los cuidados del menor en casa		
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Proporcionar información clara y entendible a los padres a cerca de los cuidados básicos del menor en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Se les muestra a los padres la forma de tomar la temperatura y los límites normales • Se instruye a realizar el baño de forma adecuada y segura, cuidando el ambiente, los elementos necesarios, la temperatura del agua, higienizar los genitales antes y fuera de la bañera, utilización de jabón neutro • Alertar sobre signos de alarma y dónde acudir 	<p>Los padres como cuidadores primarios necesitan orientación respecto de cuando consultar en forma inmediata para resolver oportunamente situaciones emergentes o hacerlo en forma telefónica o programada evitando así los riesgos de salidas precipitadas y de potenciales intervenciones diagnósticas innecesarias.</p> <p>Al egreso al hogar, los padres deben conocer los aspectos a observar y vigilar en su hijo recién nacido que amerite concurrir rápidamente al centro de atención más cercano.³⁹</p>
EVALUACIÓN: Se logra transmitir a la madre conocimientos que la hacen sentir más segura para el cuidado de su hijo, el padre continua con temores y refiere no sentirse capaz de cuidar a su hijo.		

VII.- PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: F.J.R.O.

PESO: 2,980 kgrs.

EDAD: 1/12 15 días

FECHA: 15 de noviembre de 2017

EXPEDIENTE: 235048

1.-MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

DÉFICIT DE RESPIRACIÓN	Dificultad respiratoria (aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal, polipnea)
ORIENTACIÓN A LA MADRE	Se explica claramente la urgencia de acudir al centro hospitalario si presenta alguno de estos datos
OBSERVACIONES	Se egresa al recién nacido sin apoyo suplementario de oxígeno con buena tolerancia al medio ambiente

2 y 3.-MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS

DÉFICIT DE ALIMENTACIÓN POR VÍA ENTERAL	Intolerancia a la alimentación por vía enteral (distensión abdominal, vómito, diarrea, rechazo al alimento)
ORIENTACIÓN A LA MADRE	Hacerle saber que no es correcto brindar remedios caseros en caso de presentar las alteraciones mencionadas y hacer hincapié en acudir a la institución de salud
OBSERVACIONES	Se hace hincapié en la importancia de brindar la alimentación prescrita por el médico

4.-PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

ORIENTACIÓN A LA MADRE	Explicarle a la madre cómo debe realizar el aseo de genitales posterior a cada evacuación así como hacerle saber que las características de las mismas serán de acuerdo al tipo de alimentación
OBSERVACIONES	Se recomienda el uso de jabón neutro

5.-MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

ORIENTACIÓN A LA MADRE	Hacerle saber a la madre que la mejor posición para que su bebé duerma es la supina, ya que así reducirá el riesgo de muerte súbita
OBSERVACIONES	Se sugiere no utilizar almohadas ni juguetes durante el sueño del bebé

6.-MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA ACTIVIDAD SOCIAL

ORIENTACIÓN A LA MADRE	Concientizar a la madre de la importancia de hablarle a su bebé durante actividades cotidianas como lo son la lactancia materna, el baño del menor, etc.
OBSERVACIONES	El padre se muestra contento al saber que su hijo será dado de alta, habla con él y hace planes a futuro

7.- PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

ORIENTACIÓN A LA MADRE	Explicar a la madre la vital importancia de acudir a las citas con el pediatra así como ser puntual con el esquema de vacunación y sugerirle llevar al menor a estimulación temprana
OBSERVACIONES	Se le recuerda que esta institución cuenta con el servicio de Estimulación Temprana

8.- PROMOCIÓN DE FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, CON LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO DE SER NORMAL

ORIENTACIÓN A LA MADRE	Orientar a la madre sobre la incorporación del bebé a su nuevo entorno familiar así como la participación de la familia para el cuidado y la protección del bebé
OBSERVACIONES	La abuela paterna refiere que ella los ayudará con el cuidado del bebe

VIII.- CONCLUSIONES

Al respecto puedo concluir que existe poca investigación, por parte de Enfermería en aspectos científicos referente a cuidados especializados de enfermería en neonatos con Gastrosquisis.

A través del Proceso de Enfermería logré brindar una atención holística e individualizada a un neonato con Gastrosquisis, y al basarme en la Teoría de Dorothea Orem se enfatizó el cuidado del sistema de enfermería totalmente compensatorio y evidenció con claridad la relación enfermera-neonato.

Al aplicar este proceso basado en dicha teoría, el neonato mejoró su estado de salud, referido en los requisitos universales de autocuidado manifestado en su evolución, cabe mencionar que los objetivos no se cumplieron al 100% ya que no se dio continuidad a los cuidados especializados por parte del personal de enfermería.

Considero que es parte medular del proceso de recuperación que los padres se sientan capaces de cuidar a su hijo en casa por lo que al momento de elaborar el plan de alta, se brinden herramientas necesarias para fortalecer la autoestima y se sientan capaces de ejercer su paternidad con responsabilidad y autonomía.

IX.- REFERENCIAS

1. Cuervo J.L. Defectos de la pared abdominal, Rev.Hosp.Niños (B.Aires Argentina) 2015;57(258):170-190/170
2. Vargas-Terceros J. Vargas-Sejas G., Defectos congénitos de la pared abdominal, Caso Clínico 2014 www.scielo.org.bo/pdf/rmcba/v/9n/v19n2ga.12pdf
3. International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research. Annual report 2008. Rome: International Centre for Birth Defects; 2012
4. Escamilla-García R., Reynoso-Argueta E., Predictores geográficos como factores de riesgo de Gastrosquisis en un hospital de alta especialidad en México, 2013: 27,(2):92-97
5. Huerta-Saenz I., Borcic-Santos A., Pacheco-Romero J., Gastrosquisis: marcadores sonográficos prenatales y pronóstico prenatal. Rev. Peru.ginecol.obstet. (online). 2012, vol.58, n3, pp.183-190. ISSN 2304-5132
6. Pastor-Rodríguez J., Gastrosquisis: Plan de cuidados. Eglobal
7. Di Tanna GL., Rosano A., Mastroiacovo P., Prevalence of gastroschisis at birth: retrospective study. BMJ 2002;325;1389-1390.7. Keys C., Drewett M. Burge DM
8. Ariza C., La enfermería como ciencia. Desarrollo teórico conceptual. Disertación. Programa de Doctorado en enfermería. Facultad de enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2014
9. Ariza C., La enfermería como ciencia. Actualizaciones de enfermería 2012; 10(1):22-6
10. Kozier B., Erb G., Blais K., Wilkinson JM., Fundamentos de enfermería 5ta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2009
11. Marriner A., Raile M., Modelos y teorías en enfermería, 5ta edición. Barcelona: Mosby. 2013
12. Orem D., Modelo de Orem, 4ta edición. España: Masson-Salvat 1993
13. Moore ER., Anderson GC., Bergman N., Early skin to skin contact for mothers and their new infants. Cochrane Database Syst Rev 2015;(3) Issue3 (CD03519)
14. www.fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/.../12/cuidado-para-el-desarrollo-pdf

15. El proceso de atención de enfermería-Cincad, material complementario, enfermería comunitaria, <https://mira.ired.unam.mx/enfermeria>
16. Código de Bioética para el personal de salud 2002 www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html
17. Decálogo de los derechos del prematuro y su familia <http://www.unicef.org/argentina/informes/dec>
18. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida
19. International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research. Annual report 2008. Rome: International Centre for Birth Defects; 2012
20. Venegas C., Peña-Alonso R., Lozano R., Kofman-Alfaro S., Mortalidad por defectos al nacimiento. Bol Med Hosp Infat Mex 2015; 62:294-304
21. Castilla E., Mastroiacovo P., Oriol I., Gastrochisis: International epidemiology and public health perspectives. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2010;148C:162-179
22. Opitz J., Invited comment:gastrochisis. Am J Med Genet A 2011; 143A:635-638
23. Kilby MD., The incidence of gastroschisis. BMJ 2011; 332:250-251
24. Conde A., Zunini S., Sosa C., 2013
25. Werler MM., Sheehan JE., Mitchell AA., Association of vasoconstrictive exposures with risk of gastroschisis and small intestinal atresia. Epidemiology 2013;14:349-4
26. Center U, 2013 <http://umm.edu/health/medical/spanisency/presentations/reparation-quirurgica-de-la-gastrosquisis-serie>
27. Revista fundasamin, Año III, número 2009, mayo 2012
28. Cuervo J.L. Defectos de la pared abdominal, Rev.Hosp.Niños (B.Aires Argentina) 2015;57(258):170-190/170
29. Montes M., Quiroga A., Sola A., Clínicas de enfermería neonatal, vol.1, Cuidados respiratorios. Ediciones Siben
30. Sánchez C., Solano J., Mendivil E., Administración de oxígeno en el periodo neonatal, v9, n3, (42-53)

31. Normas y protocolos de AP. Servicio de UTI A, Hospital H. Notti. Mendoza, 2010
32. Norma Oficial Mexicana NOM-0220-SSA-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos
33. Rosales B. Reyes G., Fundamentos de enfermería 2014
34. Camacho-Gonzalez A., Spearman PW., Stoll BJ., Neonatal infectious diseases. *Pediatr Clin north Am.* 2013;60(2):367-89
35. Mendoza A. Fundamentos de enfermería para tu salud, 2014; 164-169 (23)1435
36. Franck LS., Quinn D., Zahr L., Effect of less frequent bathing of preterm infant on skin flora and pathogen colonization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse.* 2012;29(6):584-9
37. Fisiología de la succión nutritiva en el recién nacido y lactantes www.scielo.org.mx/scielo.php?script
38. Guía de práctica clínica, Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con enfermedad con reflujo gastroesofágico, 2013
39. El cambio del rol de los padres en el cuidado neonatal www.fundasamin.org.ar/download.php?id2
40. Fillingham A, Rankin J. Prevalence, prenatal diagnosis and survival of gastroschisis. *Prenat Diagn* 2008;28:1232-1237
41. Fleet MS, de la Hunt MN. Intestinal atresia with gastroschisis: a selective approach to management. *J Pediatr Surg* 2010; 35: 1323-5
42. Reina G. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico* 2011, 18-23)
43. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención. Organización Mundial de la Salud. 2005:31 pag.
44. Taylor SG. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 267-295
45. Walter-Nicolet E, Rousseau V, Kieffer F, Fusaro F, Bourdaud N, Oucherif S, et al. Neonatal outcome of gastroschisis is mainly influenced by nutritional management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:612-617.

46. Luna J, Jara P, Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. 2006
47. Schmidt Rio-Valle J., Cruz Quintana F., Villaverde Gutiérrez C., Prados Peña D., García Caro MP., Muñoz Vinuesa A. et al . Adherencia terapéutica en hipertensos: Estudio cualitativo. Index Enferm
48. Feldkamp ML, Reefhuis J, Kucik J, Krikov S, Wilson A, Moore CA, Carey JC, Botto LD and the National Birth Defects Prevention Study. Case-control study of self reported genitourinary infections and risk of gastroschisis: findings from the national birth defects prevention study, 1997-2003. BMJ. 2008; 336(7658): 1420-3.
49. Aguilar-Serrano L et al. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. En proceso enfermero y su nivel de autoeficacia. 2013; 16 (1): 3-6.
50. Tortora JT, Grabowski RS. Principios de anatomía y fisiología 9a edición en: cap. 23 aparato respiratorio. México: Oxford; 2006: 819
51. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Glob (revista en Internet). 2010 Jun
52. <http://www.healthbasis.com/Spanish%20Health%20Illustrated%20Encyclopedia/5/002924.htm>. Actualizado el 14 Jul 2012.
53. Adams J. Oxygen therapy and monitoring in the newborn. Upto-date. 2016
54. Sanchez C., Solano J., Mendivil E., Administración de oxígeno en el periodo neonatal. V9, N3, (42-53)
55. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2013. New York, USA: 2013.
56. United Nations Children's Fund (UNICEF) Committing to Child Survival: A Promise Renewed – Progress Report 2013. New York, USA: 2013.
57. Camacho-Gonzalez A, Spearman PW, Stoll BJ. Neonatal Infectious Diseases. Pediatr Clin North Am. 2013;60(2):367–89. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

58. Fischer JE, Bachmann LM, Jaeschke R. A readers' guide to the interpretation of diagnostic test properties: clinical example of sepsis. *Intensive Care Med.* 2013;29(7):1043–51. [[PubMed](#)]
59. Petit JP. Internacional pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Arch Pediatr Urug.* [Internet]. 2005 [acceso 13 maio 2012];76(3):254-6.
60. Stoll BJ, Hansen N, Fanaroff AA, Wright LL, Carlo WA, Ehrenkranz RA, et al. Changes in pathogenes causing early-onset sepsis in very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med.* [Internet]. 2012.
61. MedlinePlus Enciclopedia. Gastrosquisis [página en Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina EE UU; 2012
62. Schier F. Familial recurrence of gastroschisis: literature review and data from the population-based birth registry "Mainz Model". *J Pediatr Surg.* 2010; 45(9):1907-12.
63. I slam S. Congenital abdominal wall defects. In: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ, eds. *Ashcraft's Pediatric Surgery.* 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 48.
64. Walther AE, Nathan JD. Newborn abdominal wall defects. In: Wylie R, Hyams JS, Kay M, eds. *Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease.* 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 58.
65. Monti E, Tinggen M. Paradigmas múltiples de la ciencia de Enfermería. *Advances in Nursing Science.* 2011; 21 (4): 64-80. [[Links](#)]
66. Toca M., Sosa P., Aprigliano G., Furnes R., Manejo de los Trastornos funcionales digestivos más frecuentes en lactantes. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113 (6):568-575

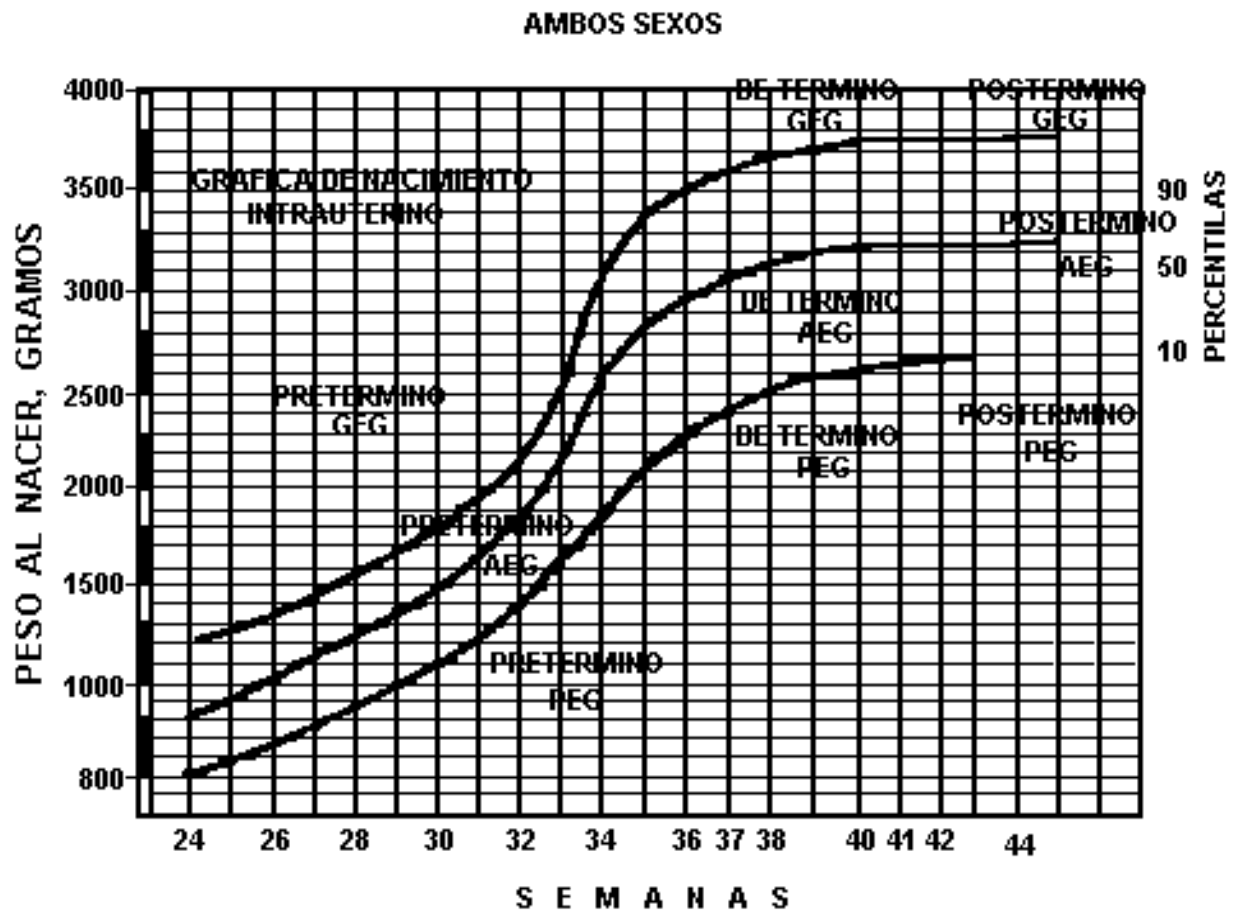
X.- ANEXOS

Figura 1, Escala NIPS, valoración del dolor en neonatos

Parámetros	0	1	2	Total
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)		
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Mov. de brazos	Reposo	Movimientos		
Mov. de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente		
			TOTAL	

Puntuación máxima= 7 (0, no hay dolor; 7, existe dolor grave).

Figura 2, Tabla Relación peso al nacer con la edad gestacional



PRETERMINO
 PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
 AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
 GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

TERMINO POSTERMINO

Dr. Jurado García

Figura 3, Escala de LATCH, (Jensen, Wallace y Kelsay)

	0	1	2
L Latch. Coger	-Demasiado dormido - No se coge al pecho	- Repetidos intentos de cogerse - Mantiene pezón en la boca - Llega a succionar	-Agarra el pecho - Lengua debajo - Labios que ajustan - Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	- Ninguna	- Un poco si se le estimula.	- Espontáneo e intermitente si menor 24 h. de vida - Espontáneo y frecuente si más 24 h. de vida
T Type of Nipple. Tipo de pezón	- Invertidos	- Planos	- Evertidos tras estimulación
C. Comfort Comodidad, confort (pecho/pezón)	- Ingurgitadas - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Discomfort, dolor severo	-Mamas llenas(cargadas) - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras - Discomfort, dolor medio o moderado	- Mamas blandas - No dolor
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	- Mínima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesaria ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho.

Figura 4, Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jacinto Ramirez Meza he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del padre o tutor J. R. M. Fecha 13 de octubre 2017

Testigo 1 Natividad Morales Castro. Fecha 13/X/17

He explicado al sr/sra JACINTO RAMIREZ MEZA la naturaleza y los propósitos de la investigación, le he explicado a cerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y firma del estudiante de posgrado de Enfermería del Neonato

Posgr. Divina Feenguez Acgación Fecha 13. OCTUBRE. 2017
Posgr. Feenguez Acgación