



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**  
**APLICADO A UN NEONATO CON ALTERACION DE LA**  
**NECESIDAD NUTRICIÓN Y ELIMINACIÓN**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN**  
**ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA**

**MICHELLE LÓPEZ OCAMPO**

**No. CUENTA:**

**40909209-3**

**ASESORA: MTRA. IRMA VALVERDE MOLINA**

---

**MÉXICO, D. F. 22 de Febrero del 2013.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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

---

<b>INTRODUCCION</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>21</b>
<b>TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>28</b>
<b>LA PERSONA Y SUS 14 NECESIDAD</b>	<b>31</b>
<b>LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA A. HENDERSON</b>	<b>34</b>
<b>LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>37</b>
<b>POSTULADOS Y VALORES SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON</b>	<b>38</b>
<b>GASTROSCOPIS</b>	<b>39</b>
<b>VALORACION</b>	<b>50</b>
<b>PLANEACION</b>	<b>55</b>
<b>EVALUACION</b>	<b>55</b>
<b>PLAN DE ALTA</b>	<b>67</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>75</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a mis padres por toda su dedicación, esfuerzo y confianza, que depositaron en mí.

A mis Tutores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que con su ayuda, dedicación, paciencia y tiempo guiaron mi hacer profesional hasta donde me encuentro y lo que falta.

A todas aquellas personas que me dieron las facilidades de poder realizar este Proceso de Atención de Enfermería, al personal del Hospital General  
“Dr. Manuel Gea González”

Por otra parte agradezco a los padres y mi paciente aunque es muy pequeña para saberlo, por la enorme enseñanza que me ha dejado como profesional, que sé que sus padres la cuidaran bien y de ella harán una gran mujer, fuerte y sana.

## DEDICATORIAS

A mis padres Sra. Verónica y Sr. Gilberto; que son mi más grande admiración, quienes me enseñaron que los fracasos son las puerta del éxito, me enseñaron a hacerle frente a mis problemas con responsabilidad y sabiduría, con quienes di mis primeros pasos y ya nunca me detuve, los amo, los respeto y los admiro, hoy y siempre están en mi corazón.

A Giselle, me enseñaste a ser perseverante, a confiar en mí y en los demás.  
A Gilberto: por hacerme de un carácter metódico y frío, siempre y cuando no perdiera la calidez que me caracteriza, los admiro por ser unas personas trabajadoras, responsables y por sobre todas las cosas por ser mis hermanos.

A mis abuelos, quienes en cada etapa de mi vida se han encontrado allí para orientarme, cuidarme y hacerme feliz, los quiero mucho.

A todas las personas que comenzaron esta carrera conmigo, mi pareja, mis amigos, mi familia, quienes en momentos difíciles me brindaban unas palabras de aliento, un abrazo que hiciera que el día mejorara; así es como crecemos, con personas muy valiosas que te enseñan a que la vida no es fácil pero que con su apoyo, los problemas no parecen ser nada.

Y a todas aquellas personas que han sido parte de mi historia, con las cuales compartí: risas, lágrimas, sonrisas, tristeza, adrenalina, días, noches, madrugadas de mucho trabajo pero de las cuales aprendí mucho.

## INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería es un método crítico y lógico para realizar un estudio, que a barca cuatro pasos, los cuales intentan lograr un resultado particular; mejorar la calidad de vida y reestablecer su salud. El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente en este caso un neonato, para planear y efectuar en forma sistémica los cuidados de enfermería, así mismo busca evaluar los resultados obtenidos con esos cuidados.

Dentro de los cuidados de enfermería se emplean herramientas para la valoración integral del paciente (PAE).

Como sabemos el recién nacido conlleva un sinnúmero de riesgos simplemente por encontrarse en una situación de vulnerabilidad por su inmadurez (La tasa de mortalidad entre los recién nacidos mexicanos se redujo en 2009 a 7 fallecimientos por cada 1000 nacimientos, cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud), dentro de este estudio se planteará no sólo los cuidados del recién nacido sano, sino, de un neonato que presenta una malformación genética (Gastrosquisis), con el propósito de poder brindarle al profesional de la salud las herramientas para la toma de decisiones y el actuar oportuno ante una situación de esta magnitud. En México el registro y Vigilancia Epidemiológica de Malformaciones Congénitas Externas, 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. En relación al sexo se presenta masculino/ femenino de 1/ 1.3 en casos aislados y de 4/1 en casos no aislados.

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.

Por ello debemos generar conocimiento fundamentado en la práctica clínica que respalde y actualice el cuidado de enfermería, así como también hacer énfasis en la prevención y fomento a la salud en la etapa prenatal, recordemos que por Norma (NOM-007) se deben realizar un mínimo de 5 consultas prenatales.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un neonato con el fin de identificar las necesidades de nutrición y eliminación que permita identificar las necesidades del paciente. Utilizando conocimientos científicos con el enfoque al modelo teórico de Virginia Henderson.

### **ESPECIFICOS**

Evaluar mediante el PAE las necesidades alteradas y brindar cuidados que conlleven a la mejoría del paciente.

Realizar la valoración y los diagnósticos de enfermería.

Evaluar el logro de los objetivos y los avances obtenidos de los cuidados proporcionados.

Educar a la madre en relación a las medidas higiénico-dietéticas del paciente en el hogar.

Lograr desarrollar mi capacidad para identificar las alteraciones que presenta el paciente y tener el conocimiento para poder realizar las intervenciones oportunas e inmediatas.



## **METODOLOGÍA**

### **PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (P.A.E)**

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable 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, en la práctica las etapas se superponen.

#### **Primera Etapa: VALORACIÓN**

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

#### **Datos y valoración**

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

## **Tipos De Datos**

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

### **Datos subjetivos**

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario. Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcierto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

### **Datos objetivos**

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y medible. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un usuario, deberá considerarse tanto los datos subjetivos como los objetivos.

A menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos, como sucede en caso de un usuario cuya incisión se abrió tres días después de la intervención. La

información subjetiva proporcionada por el usuario, “noto como estallan los puntos”, fue validada por los hallazgos objetivos del enfermero: palidez, diaforesis, hipotensión y evisceración intestinal a través de la incisión.

### **Datos históricos**

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales (Bellack y Bamford, 1984). Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

### **Datos actuales**

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

### **Fuentes de datos**

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como **primarias o secundarias**. El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor precisión como son: a) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, b) identificar objetivos o problemas

concretos y c) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario. Entre las **fuentes secundarias** se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio<sup>1</sup>.

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las respuestas del usuario.

Las personas del entorno hospitalario más cercano al usuario pueden proporcionar también más información. Los visitantes pueden confirmar su opinión de que el usuario es tan menos comunicativo hoy que en días anteriores. Otros usuarios pueden ofrecer datos actuales sobre acontecimientos que se producen cuando no está usted presente. Por ejemplo, el usuario de otra cama puede confirmar su impresión de que un usuario de edad avanzada pasó por encima de las barras laterales y se cayó de la cama.

El registro clínico contiene gran cantidad de datos geográficos: estado civil, tipo de trabajo, religión, seguros. Estos datos dan una idea más amplia de la situación socioeconómica del usuario. Además el registro contiene datos actuales e históricos documentados por profesionales de otras especialidades (médico, dietista, terapeuta respiratorio, asistente social, planificador de altas).

---

<sup>1</sup> Iyer, Patricia W. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tercera edición. McGraw-Hill, Interamericana. 1997.

También se dispone de datos diagnósticos, como los hallazgos de laboratorio o los radiológicos.

Considerar de tenidamente l os d erechos del us uario a l a i ntimidad y l a confidencialidad al obtener información de fuentes secundarias.

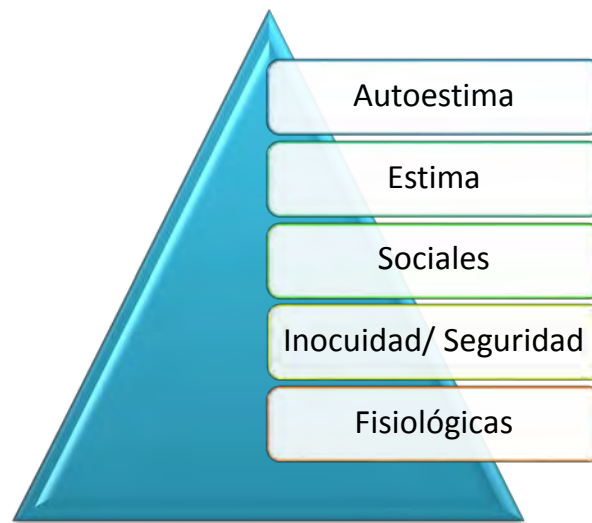
<b><u>Tipos de fuentes y datos</u></b>			
<b><u>DATOS</u></b>		<b><u>FUENTES</u></b>	
Subjetivos	La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.	Primaria	Información obtenida directamente del cliente.
Objetivos	Información susceptible de ser observada y medida.	Secundaria	Información sobre un usuario obtenida de otras personas, documentos o registros.
Históricos	Situaciones o acontecimientos que se han producido en el pasado.		
Actuales	Situaciones o acontecimientos q ue s e están produciendo en el momento concreto.		

### **RECOGIDA DE DATOS**

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en l a r ecogida de dat os, l os m étodos utilizados para ello y los métodos para favorecerla.

## Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la **jerarquía de necesidades humanas**.



## Jerarquía de Maslow

Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles: (1) Fisiológicas, (2) de inocuidad o seguridad, (3) sociales (4) de estima y (5) de autorrealización. Sugirió que el cliente va subiendo en la jerarquía cuando intenta satisfacer necesidades. En otras palabras, las necesidades fisiológicas suelen tener una mayor prioridad para el cliente que la demás. Por tanto, cuando estas necesidades básicas no están satisfechas, es muy posible que el cliente no tenga ganas o no sea capaz de satisfacer necesidades de mayor nivel.

## **Métodos de recogida de datos**

Se utilizan tres métodos para obtener información durante la valoración de enfermería que incluye: entrevista, observación y exploración física.

### **Técnicas para la recogida de datos:**

**Verbales:** Comprende la (a) **anamnesis**, para obtener las percepciones de la respuesta humana del usuario, datos subjetivos y objetivos. (b) **Reflexión:** repetir o expresar de otra forma la respuesta del cliente, para que él continuara dando más información al respecto. (c) **Declaraciones complementarias:** usar frases cortas para animar al cliente a continuar hablando del tema.

**No verbales:** (a) Expresión de la cara (b) Posición corporal (c) Respuesta al contacto (d) El tono y velocidad de la voz.

### **Características de la recogida de datos**

**Sistemática:** Existen varios enfoques útiles para valorar en forma sistemática tales como: de la cabeza a los pies, por sistemas corporales, por patrones funcionales y por pautas o tipos de respuesta humana.

**Continua:** Permite confirmar la existencia de problemas previos y conocer el progreso según. Los resultados Esperados.

### **Segunda Etapa: DIAGNOSTICO**

Esta etapa comprende:

- I. Procesamiento de datos
  - a. Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.
  - b. Interpretar los datos:
    - i. Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
    - ii. Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
  - c. Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
  2. En la interpretación.
  3. En la falta de conocimientos clínicos.
- B. La formulación del diagnóstico.

Algunas definiciones útiles:

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:**

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. Carpenito Lynda ó “ Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería Shoemaker, 1984”.

### **DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA:**

También se le denomina por varios autores como Kim Mija y Carpenito Linda, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente.

Declaraciones inferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de enfermería independientes e interdependientes.

***Los profesionales de enfermería son responsables de: Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.***



El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Esas funciones independientes comprenden:

- ∞ Formas de prevención y promoción.
- ∞ Formas de rehabilitación.

## **ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El **problema** se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La **etiología** son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema y a sea como factores de riesgo o por que han contribuido y a a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los **signos y síntomas**, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma. NANDA, y a tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª

conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA.

### **EL ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes: **el problema y la etiología**. No puede ser únicamente la parte problema, pues las categorías que describen los problemas son muy generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa.

Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase “relacionado con o más simplificado: r/c o Problema/etiología (P/E).

### **CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE UN DIAGNOSTICO.**

Según Shoemaker 1984. Un diagnóstico de enfermería:

1. Es el resultado de un problema o del estado de salud de un cliente.
2. Puede referirse a problemas potenciales de salud.
3. Es una conclusión que se basa en un patrón o grupo de signos y síntomas que puedan confirmarse.
4. Es el enunciado de un juicio de enfermería.
5. Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
6. Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por enfermería.
7. Se refiere a condiciones físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales.
8. Es un enunciado de dos partes.

## **BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.**

1. Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.
2. Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.
3. Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.
4. Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.
5. Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

### **Tercera Etapa: PLANEAMIENTO DEL CUIDADO.**

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de enfermería.

Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

#### **A. La selección de prioridades.**

Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos y a que

enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico.

Las prioridades se establecen según Kozier Erb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

- a. La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage.
- b. La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.
- c. La prioridad que les da el usuario.
- d. Los planes de tratamiento médico
- e. Los recursos de enfermería.
- f. El interés particular del programa que se ofrece por razones preestablecidas. Ejemplo: dar más importancia a los problemas que tienen que ver con la salud materno-infantil que los que tengan que ver con las enfermedades digestivas.

## **B. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas.**

Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de enfermería.

Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

Aun cuando la de terminación de resultados esperados es parte del planeamiento también son la base para la evaluación posterior. Sirven además para orientar en parte las intervenciones.

### **C. Acciones de enfermería**

Las ordenes de enfermería son las acciones intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados.

El plan médico está plasmado en las órdenes médicas y en general se traslada a tarjetas para drogas, a un registro para control de órdenes de laboratorio o interconsultas.

#### **Cuarta Etapa: EJECUCIÓN DEL PLAN.**

La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

A los profesionales de enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, más que por los problemas que tratan. Actualmente, para desarrollar el conocimiento de enfermería se está enfatizando en que enfermería determine los problemas que puede tratar, las metas que pretende alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y la familia; del usuario y el profesional de enfermería; el profesional de enfermería y otros miembros del equipo para actuar bajo la misma dirección.

En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades de éxito durante la ejecución tanto del profesional de enfermería como de los miembros del equipo de salud.

El éxito de planeamiento depende de la capacidad profesional de enfermería para ponderar el valor de nuevos datos que se obtienen durante la ejecución y de las capacidades de innovación y creatividad para realizar adaptaciones apropiadas, para compensar aspectos singulares que aparecen en el curso del cuidado ya sean estas físicas, emocionales, culturales, espirituales.

### **Quinta Etapa: EVALUACION**

La quinta etapa del Proceso de enfermería ha sido en muchos casos olvidada, argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad.

En esta etapa se aplica el juicio clínico a la información que se obtiene y a medida que se van tomando los datos se les va dando sentido o significancia y se va estimulando la formación de hipótesis sobre posibles áreas problema. La observación crítica puede llevar a una observación más concienzuda y a una mejor interacción con el paciente. Se buscan datos para

confirmar hipótesis o rechazarlas o para explicar más adelante el significado de lo observado.

Cuando no se ejercen juicios sobre los datos a medida que se van obteniendo, se puede olvidar la hipótesis inicial; los datos pueden resultar insuficientes o imprecisos de ciertas áreas; de este modo puede ser difícil la asociación de hallazgos. La evaluación en la valoración comprende la ponderación de los datos respecto de su significado para formular hipótesis diagnósticas posteriormente. También contribuye a reconocer que faltan datos y mantener el principio de continuidad.

En la evaluación de esta etapa se puede considerar todos los diagnósticos que se asocian a los datos obtenidos, como hipótesis. La evaluación y prueba de la utilidad de estas hipótesis tiene lugar a lo largo de posteriores valoraciones del estado del usuario y del juicio crítico que se haga a los resultados y las intervenciones. En la etapa de diagnóstico pueden surgir varios diagnósticos y otros nombres de problemas que se pueden conservar o descartar gracias a la evaluación crítica para ese conjunto de signos y síntomas.

Cuando los resultados son los que se esperaban entonces se juzga que son apropiadas las etapas de diagnóstico, planeamiento y ejecución del plan. Estos resultados son los que se propusieron como resultados esperados en la etapa de planeamiento. Su formulación en forma de conductas objetivamente observables hace posible ese juicio ya que son indicadores del progreso. Si los resultados están dentro de la dirección deseada, se considera que los diagnósticos existentes, los juicios clínicos, las órdenes de enfermería y los métodos de intervención permanecerán intactos. En caso de que no se logren los resultados será necesario iniciar nuevamente la recolección de datos adicionales, formular diagnósticos, hacer planes e intervenciones nuevas.

Cuando se hace evaluación concurrente como parte del proceso de enfermería se pueden evitar resultados no deseados.

La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones.

Una evaluación cuidadosa, crítica y detallada de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.



## **MARCO TEORICO**

### **EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE ENFERMERIA**

Históricamente, el conocimiento en salud ha sido construido sobre las bases experimentales del método científico establecido por las ciencias naturales, con el predominio del enfoque positivista orientador de la práctica médica, y la conceptualización biologista del proceso salud-enfermedad; lo cual lleva a una fragmentación del saber, disyunción del sujeto y del objeto en la producción de conocimiento, y a una incapacidad para asumir al ser humano, razón de ser de la acción en salud, como una totalidad y una unidad integral<sup>2</sup>.

Uno de los avances más importantes para la enfermería en los últimos años, ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo y los colectivos como objeto de estudio, lo cual ha servido de punto de partida para reflexionar sobre los contenidos teóricos, metodológicos y técnicos que han sustentado su saber y su práctica como profesión.

Esta perspectiva ha permitido entender el proceso salud-enfermedad desde un paradigma sociocultural, en el cual el aspecto social se constituye en la base estructural de los perfiles de la salud y enfermedad específicos de cada grupo social, es decir, se reconoce la heterogeneidad epidemiológica de las localidades y las regiones.

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de

enfermería radica en su naturaleza humana y social, y en la relación al diálogo y de interacción recíproca entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la

---

<sup>2</sup> Max-Neef, M., Elizalde, A., Hopenhayn, M. Desarrollo y Necesidades Humanas. segunda parte. En: Desarrollo a escala humana una opción para el futuro. Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld. Medellín, Proyecto 20 editores, Colombia, 1996. p.31-45.

vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el sujeto cuidado o individuo, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto-sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales.

Proyectar el cuidado desde esta perspectiva, implica para la enfermería el compromiso de asumir la salud como un bien deseable, y no sólo como ausencia de enfermedad o como control de factores de riesgo.

Todo esto permite fortalecer la identidad de la enfermería como profesión que promueve y cuida la salud y la vida.

En conclusión, el cuidado de enfermería a los individuos, implica un compromiso de la enfermería como grupo profesional, con una postura crítica, propositiva y transformadora; y además se debe asumir el campo de la promoción de la salud como un propósito general y un compromiso social a través de la definición de líneas de intervención profesional dirigidas, fundamentalmente, a:

- Desarrollar acciones específicas de la práctica como la vigilancia epidemiológica, la planificación y las metodologías participativas, para intervenir problemas sanitarios concretos, y evaluar la eficacia y eficiencia de las acciones sobre el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de los individuos.
- La gestión de proyectos de salud y desarrollo humano orientados hacia una alta calidad en la atención, hacia la construcción de comunidad entendida desde su pluralidad, diversidad y heterogeneidad, y hacia la formación del sentido de pertenencia que garantice la participación protagónica y autónoma de los individuos; participación que

le permitirá asumir y posicionarse frente a la salud como un asunto articulado a la toma de decisiones en los escenarios públicos de la política y la vida cotidiana.

- La realización de proyectos de educación para la salud, dirigidos hacia la potenciación de las esferas del desarrollo en las personas y comunidades, y a la realización integral de las necesidades humanas fundamentales, lo cual se debe hacer sobre la base del sentido de sus prácticas cotidianas, el respeto por la diferencia y diálogo de saberes y de ignorancias para la movilización de sus condiciones de vida.

### **PARADIGMAS DE ENFERMERIA**

Los paradigmas son planteamientos científicos universalmente conocidos, que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a la comunidad científica.

Existen tres paradigmas: el de la **categorización**, el de la **integración** y el de la **transformación**. Estos paradigmas desarrollan cuatro orientaciones generales sobre la disciplina enfermera y que van dirigidas al ámbito de la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura al mundo. Estas orientaciones se elaboran en relación a cuatro conceptos: PERSONA, ENTORNO, SALUD/ENFERMEDAD.

### **PARADIGMA DE CATEGORIZACION**

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

## PARADIGMA DE INTEGRACION

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, y a que 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 (teoría 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; se establece 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. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir

dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

### **PARADIGMA DE TRANSFORMACION**

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.

Los modelos y teorías propuestos por *R.R. Porse, M.Newman, M. Rogers y Walson* quedan encerrados dentro de este paradigma. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La 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.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción de los dos, persona-enfermera, y se benefician para desarrollar el potencial propio.

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Como ya afirmaba *F. Nightingale* a mediados del siglo XIX,... "La enfermería requiere de conocimientos propios, diferentes del conocimiento médico".

Actualmente, la práctica científica de enfermería, por el nivel de desarrollo que ha alcanzado la disciplina, tiene como referente teórico el modelo de cuidado, y como elemento metodológico, el proceso de atención de enfermería para solucionar los problemas de este cuidado. "Método lógico y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz"

### **METAPARADIGMA**

Conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Se establecen las relaciones entre ellos de una manera abstracta. El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

Nombra; persona, entorno, cuidados enfermeros y salud de una forma general.

- **Persona:** Ser integral con dimensiones biofisiológicas con componentes psicológicos, socioculturales y espirituales que interaccionan entre sí y que tiende al máximo desarrollo de su potencial.
- **Entorno:** Henderson no habla de entorno como el cosmos, sino que define entorno como un medio externo e interno.  
Hace alusión de acudir a los domicilios y la importancia del entorno familiar en la recuperación de la persona.  
Da mucha importancia a la familia en las respuestas de la persona, ve a la familia como el recurso que la persona utiliza para satisfacer las necesidades.  
Expresa que el entorno puede afectar a la salud.
- **Salud:** Satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, de forma que un enfermo crónico puede estar sano si satisface sus necesidades básicas. Esa satisfacción permite el desarrollo de la persona y depende del estado de ánimo.
- **Enfermería:** Oferta de ayuda a las personas a satisfacer las necesidades, supliéndola cuando no puede satisfacerlas por sí misma. Ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y la voluntad para que haga las cosas por sí mismo.

## **TEORÍA y MODELOS**

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que **permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina**, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben **fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud.**

### **TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON**



Virginia Henderson  
1897-1996



Virginia Henderson; teórica, profesora, enfermera e investigadora, quien nace en Kansas City Missouri el 19 de marzo de 1897, una persona interesada en ayudar al prójimo. El modelo de Virginia Henderson se ubica en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como realización de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital.

Su Modelo es aceptado por cumplir con las características necesarias<sup>3</sup>, para poder realizar los cuidados necesarios para el individuo, a través de un plan de cuidados de enfermería, esto se lleva a cabo mediante la detección de las necesidades alteradas en un paciente. Recordando siempre, que todas las personas deben apreciarse en el aspecto biopsicosocial que permite la satisfacción plena del ser humano. Si nosotros estamos presente es este aspecto nuestro cuidado estará enfocado en la creación de seres lo mayor independientes posible.

La enfermera que tiene su práctica bien fundamentada y estructurada logrará mantener su identidad profesional, los criterios suficientes para responder por la ejecución de los cuidados brindados, será responsable, pos será reconocimiento laboral por parte de sus colegas de salud, como de su paciente, será analítica y por sobre todas las cosas estará brindando profesión de calidad a sus pacientes.

La enfermera estará obligada a emitir su juicio clínico profesional para detectar alguna indicación inapropiada y así, mejorará la calidad de vida del paciente y evitará algún tipo de daño permanente.

Para poder realizar efectivamente estos cuidados de enfermería se necesita tener una relación interdependiente, pero esto no quiere decir que dependa

---

<sup>3</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. 11, 12.

de las indicaciones médicas, ya que ella es responsable en gran medida del paciente. La enfermería es tá i dentificada por s u obj etivo, el cuidado, pero sólo el profesional de enfermería es capaz de ubicar estos cuidados en las 14 necesidades básicas del ser humano.

La salud es más que cuestión de ausencia de enfermedad, como hemos dicho el ser humano es un ser holístico.

El modelo de Henderson puede ser aplicable a todas las etapas del proceso de enfermería. En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos y el análisis y síntesis de los mismos: en esta etapa se van a determinar el grado de independencia/dependencia para satisfacer las 14 necesidades y la interrelación entre estas, así como la definición de los problemas y la relación que existen con las causas de dificultad identificadas.<sup>4</sup>

#### La salud, independencia/dependencia y causas de dificultad

**Independencia:** Es la capacidad de las personas para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y su situación.

**Dependencia:** Considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o las actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biopsicosociales y espirituales).

**Las causas de la dificultad:** Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona para satisfacer sus propias necesidades, las cuales se agrupan en tres posibilidades:

---

<sup>4</sup> FERNANDEZ ferrín Carmen, el proceso de enfermería, estudios de casos.E.d. científica y técnicas. España 1993, pag. 40

Falta de Fuerza: Se comprende que la falta de fuerza no solo es a la capacidad motora, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación de terminado por el estado emocional, estado de funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

Falta de conocimientos: En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

Falta de Voluntad: incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación

y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades<sup>5</sup>.

#### **14 NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA A. HENDERSON**

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de nutrición e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene y protección de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicarse
11. Necesidad de creencias y valores
12. Necesidad de trabajar y realizarse
13. Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas
14. Necesidad de aprendizaje

---

<sup>5</sup> Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003. pag. 8-9

## **NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

La respiración es el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono que ocurre entre la atmósfera y las células del organismo. La ausencia de oxígeno conduce a la muerte.

En este proceso participan dos sistemas el sistema pulmonar y el sistema cardiovascular.

El cuerpo humano necesita tener oxígeno para transformar los carbohidratos, grasas y proteínas de nuestra dieta en calor, energía y vida, (el metabolismo).

Según Virginia Henderson: “No hay mayor amenaza para la vida que un bloqueo respiratorio<sup>6</sup>.”

## **NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN**

El término nutrición es una cualidad o estado de los seres vivos; cuando usamos este término para referirnos a una persona humana, es fácil determinar si está bien o mal nutrida.

Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable; que vive en estado de equilibrio porque el gasto energético y que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidad suficiente, y mantiene reservas que puede utilizar en momentos de mayor desgaste, evitando de esta manera alguna alteración de sus funciones<sup>7</sup>.

## **NECESIDAD DE ELIMINACION**

Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como los

---

<sup>6</sup> POTTER P., Perry A. *Oxigenación* P, Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. 5º ed. Madrid : Mosby/Doyma;2001.p.1151-1171.

<sup>7</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. 11, 12.

gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

La eliminación de las sustancias de desecho del metabolismo es vital para el funcionamiento del organismo. Para hacernos de esta es necesaria la conjunción de diversos sistemas del individuo sano<sup>8</sup>.

### **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Siendo el impulso en los músculos o a las extremidades, para asegurar un cambio de postura o posición en un espacio determinado para favorecer la circulación, siendo el mantenimiento de una adecuada alineación corporal.

### **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, lo cual es muy importante para tener un funcionamiento óptimo del organismo.

El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés y ansiedad.

El paciente que ingresa al hospital encuentra un ambiente totalmente desconocido tanto por lo que se refiere a las personas como el ambiente físico, los muebles, los muebles y los utensilios.

En tales condiciones el paciente siente mayor seguridad, como cuando comprueba que el personal de enfermería acepta con todas sus limitaciones y que acude en su ayuda cuando lo necesita<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. 97

<sup>9</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .128

## **NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

La forma de vestir y de acicalarse son parte importante de la personalidad de una persona, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás.

La forma de vestir, es parte de la cultura que vivimos y no hemos desarrollado. Los rasgos culturales son más firmes en las personas que viven en el campo y en las etnias, las cuales no cambian su forma de vestir en ninguna circunstancia. Mientras que su arreglo personal es sencillo y vistoso.

En la mayoría de los hospitales privados o de gobierno no se permite a los pacientes que usen su ropa personal, este debe ser sustituida por la ropa del hospital, desde el ingreso hasta que el paciente es dado de alta<sup>10</sup>.

## **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. La temperatura corporal, es el equilibrio entre el calor producido por el organismo como resultado de la oxidación de los alimentos: el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración y la excreción; principalmente<sup>11</sup>

## **NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud física y proporcionar bienestar.

Es conveniente que consideremos nuestro organismo como un delicado mecanismo de precisión, que se debe conservar con el máximo cuidado, para que responda plenamente a nuestros requerimientos.

---

<sup>10</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .207

<sup>11</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .118

La piel se extiende por toda la superficie corporal, y su epitelio se continúa, con el epitelio de los orificios externos de las vías: digestiva, respiratoria y genitourinaria<sup>12</sup>.

### **NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

Se deben evitar peligros contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

### **NECESIDAD DE COMUNICARSE**

El verbo comunicar viene de la palabra “comunicare” que significa poner en común. En su acepción más general, comunicación, significa la acción y efecto de hacer a otro participe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa, consultar, conferir con otros un asunto, tomando su parecer.

### **NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES**

Por la historia conocemos que el hombre, por la sola razón, reconoce la necesidad de creer en un ser superior. Sin embargo, para que las relaciones del hombre con dios sean satisfactorias, necesita el hombre tener una idea precisa de la divinidad y de cuál ser su actitud ante el ser superior.

La persona, según Santo Tomás de Aquino, es un espíritu encarnado. Está compuesto de una parte material que se rige por las leyes de la naturaleza y una parte espiritual que se rige por las leyes del espíritu.

---

<sup>12</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .175

Cada religión tiene su forma de relacionarse con la divinidad, en este texto nos referimos a la religión católica, por ser la profesada la mayoría del pueblo mexicano. Sin embargo no debe descuidarse de llamar al mismo de otra religión, si el paciente lo desea<sup>13</sup>.

## **NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

Ocuparse para realizarse es una necesidad para todo individuo; éste debe llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

La realización de acciones proporciona un sentimiento de gratificación.

El ser humano siente el deseo de llevar a cabo cosas útiles que responden a un ideal en el que cree, lo que implica por parte del individuo el escoger una carrera o pertenecer a un grupo. Para hacer esto debemos aprender a conocernos a conocer a los demás y a conocer el entorno. La capacidad del individuo de realizarse es personal y única, esto significa que ciertos individuos tienen siempre necesidad de los demás para sentirse valorados, mientras que otros pueden prescindir y encontrar en su interior una gratificación.

Básicamente nos ocupamos con trabajo y diversión, complementarias y aspectos fundamentales de la vida<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .280

<sup>14</sup> CAMPO M.A, Fernández C. *Proceso de Enfermería, Diagnóstico, planificación ,evaluación* .Barcelona : Fundació Jordi Gol i Gurina;2000.



## **NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

La recreación es una necesidad básica para todo ser humano, en cualquier etapa de su vida. Para que sea verdaderamente beneficiosa, es necesario distinguir entre pasatiempo, recreación y ocio<sup>15</sup>.

## **NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Un estado saludable es indispensable para alcanzar una vida plena en todos los aspectos que conforman a la persona como son: los físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuando se conocen las medidas para promover la salud y proteger al organismo de enfermedades y se ponen en práctica durante toda la vida, los resultados son una existencia gozosa y reproductiva.

En cambio, el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, sólo conduce al descuido y a la enfermedad. Con demasiada frecuencia podemos ver que el paciente pediátrico y el adulto, y a veces también en un estado avanzado de enfermedad cuando empiezan a recibir la atención médica<sup>16</sup>.

## **LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES SEGÚN EL ENFOQUE DE VIRGINIA HENDERSON**

El individuo sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, consiste en conservar o reestablecer la independencia de l paciente en la satisfacción de sus necesidades<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .280

<sup>16</sup> GONZALEZ García maria de jesus, el proceso de enfermería y el modelo de virginia Henderson. Guanajuato 1997. Pag. .280

<sup>17</sup> PHANEUF m., proceso de atención a enfermería. E.d. interamericana. Mc graw –hill, 1993, pag.31.

## **ENTORNO**

Son factores que actúan de forma positiva o negativa.

Los cuidados básicos se conceptualizan como acciones que llevan a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuado según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Henderson dice: “Este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla, en el que es dueña de la situación...”<sup>18</sup>

## **POSTULADOS Y VALORES SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

### **POSTULADOS**

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

### **VALORES**

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez en funciones propias a un personal no clasificado.
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le pueda prestar.

### **NECESIDAD FUNDAMENTAL**

De acuerdo con el concepto de Virginia Henderson, una necesidad fundamental es una “necesidad esencial” que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente. A cada una de las necesidades es tan relacionadas con las distintas dimensiones del ser humano y en cada una de

---

<sup>18</sup> FERNANDEZ ferrín Carmen, el proceso de enfermería, estudios de casos.E.d. científica y técnicas. españa 1993, pag. 40

ellas puede descubrirse las dimensiones biológicas, sociológicas, cultural y espiritual en los cuales se deben considerar para prestar cuidados personalizados, planificando intervenciones apropiadas que tenga en cuenta estas diferentes dimensiones.

## **FISIOPATOLOGÍA de GASTROSQUISIS**

### **ANTECEDENTES**

Gastrosquisis deriva de los vocablos griegos “*gaster*”, vientre y “*squisis*”, hendidura.

Es una urgencia quirúrgica. Se puede diagnosticar con ultrasonidos transvaginales 3D en el primer trimestre de embarazo a una edad gestacional entre las 19 y las 21.5 semanas de gestación, se asocia a oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino. En países desarrollados el diagnóstico prenatal se realiza hasta en el 88% de los casos en promedio en la semana 28 de gestación.

### **Clasificación:**

Molik y cols en el 2001 clasificó por primera vez a la Gastrosquisis en *simple* o *compleja*, según la asociación con otras malformaciones intestinales (atresia, necrosis, vólvulo o perforación) el riesgo de muerte es mayor.

### **DEFINICION**

Es un defecto pequeño (2-5 cm) de toda la pared anterior del abdomen, situado como norma a la derecha de la inserción del cordón umbilical, que permite la salida de asas intestinales, ocasionalmente de otros órganos abdominales que flotan libres en el líquido amniótico. Las estructuras herniadas desarrollan un fenómeno inflamatorio "Peel".

### **INCIDENCIA**

Tiene una incidencia de 1 a 2 por cada 10,000 recién nacidos vivos; sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento en algunos países

como México, en donde la incidencia es de 5.1 por cada 10,000 recién nacidos vivos<sup>19</sup>. La causa de este incremento se desconoce.

La relación de varones y mujeres es de 1.0 a 1.4. Se considera un defecto generalmente aislado, asociado a otras anomalías en sólo 10 a 20% de los casos. La mayoría de las alteraciones asociadas son gastrointestinales y las aneuploidías cromosómicas relacionadas son inusuales<sup>20</sup>. El diagnóstico prenatal puede establecerse desde la semana 12 de gestación por ultrasonido. La tasa de detección es de 78% en el primer trimestre y de casi 100% en el segundo trimestre. Existe una elevación de alfafetoproteína que puede detectarse en el tamiz bioquímico de segundo trimestre<sup>21</sup>.

Malformaciones asociadas afectan en un 10 - 15% al tracto intestinal (atresias, estenosis, intestino corto), debido probablemente a fenómenos isquémicos determinados por la obstrucción de las asas<sup>22</sup>. En 4-5% se asocian malformaciones cardíacas. La incidencia de anomalías cromosómicas en gastrosquisis es inferior a 3%<sup>23</sup>.

La sobrevida en los últimos años ha mejorado significativamente y alcanza hoy un 90%. El pronóstico depende del grado de prematuridad, la presencia de atresias intestinales, grado de disfunción intestinal inflamatoria, malformaciones asociadas y de un manejo oportuno y adecuado malformaciones asociadas y de un manejo oportuno y adecuado.

---

<sup>19</sup> Mastroicovo P, Castilla EE. The incidence of gastroschisis: Research urgently needs resources. *BMJ* 2006; 332: 423-424.

<sup>20</sup> Suver D, Lee ST, Shant Shekherdimian S, Stephen S, Kim SS. Left-side gastroschisis: higher incidence of extraintestinal congenital anomalies. *Am Surg* 2008; 195: 663-666.

<sup>21</sup> Pilling DW. Abdominal and abdominal-wall abnormalities. Twining P, McHugo J, Pilling D. (2nd edition). *Textbook of fetal abnormalities*. Churchill Livingstone Elsevier 2007; Cap 11 226-227.

<sup>22</sup> Louw JH, Barnard CN. Congenital intestinal atresia. Observations on its origin. *Lancet* 1955; 2: 1065.

<sup>23</sup> Eggink BH. Outcome of gastroschisis: a 20-year case review of infants with gastroschisis born in Galveston, Texas. *Journal of Pediatric Surgery* 2006; 41: 1103- 1108.

## **ETIOLOGIA**

Se considera un evento disruptivo y se han propuesto varias teorías para explicar el mecanismo fisiopatológico del defecto, como la involución anormal de la vena umbilical derecha y la falla en la incorporación del saco vitelino y de las estructuras asociadas al tallo corporal<sup>24</sup> y/o persistencia anormal de la vena umbilical derecha, la que interferiría en la correcta unión de los pliegues. Otra posible causa sería la disrupción por isquemia (accidente vascular temprano) en territorio dependiente de la arteria onfalomesentérica<sup>25</sup>.

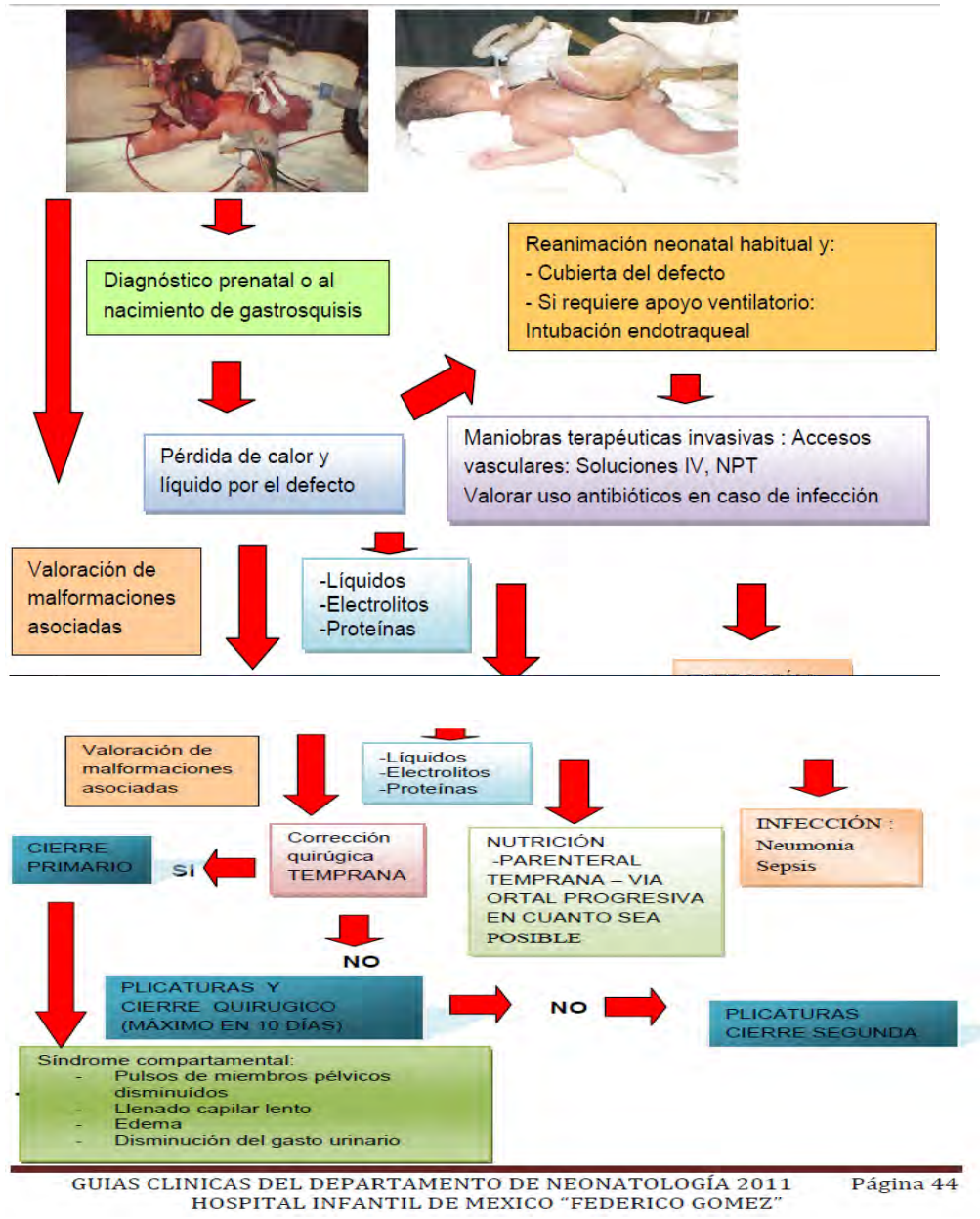
.Actualmente, ninguna de estas teorías ha sido aceptada, ya que no se ha corroborado en modelos animales. Se han reportado casos familiares, lo que sugiere que pudiese existir un componente genético para esta entidad.

A diferencia de la gastrosquisis clásica, la gastrosquisis izquierda es una entidad rara y sólo se han reportado 17 casos a nivel mundial. La etiología de este tipo de gastrosquisis es igualmente desconocida y se describe que los pacientes tienen anomalías distintas a las encontradas en la gastrosquisis derecha, y a que se asocia más a defectos extraintestinales y se ha encontrado predominantemente en mujeres.

---

<sup>24</sup> Stevenson RE, Rogers RC, Chandler JC, Gauderer MWL, Hunter AGW. Scape of the yolk sac: a hypothesis to explain the embryogenesis of gastroschisis. Clin Genet 2009; 75: 326-333.

<sup>25</sup> Hoyme HE, Jones MC, Jones KL. Gastroschisis: abdominal wall disruption secondary to early gestational interruption of the omphalomesenteric artery. Semin Perinatal 1983; 7: 294-298.



## FACTORES DE RIESGO

Si bien en la patogénesis es aún desconocida, existen factores de riesgo claramente asociados, como el tabaco, la cocaína, fármacos vasoactivos, analgésicos, alcohol y radiación; sin embargo, la asociación más consistente es con edad materna joven (menor de 20 años), así como un índice de masa corporal bajo, dieta materna insuficiente y estrato socioeconómico bajo.

## MANIFESTACION CLINICA

Casi todos los casos de gastrosquisis se asocia a una elevación de alfafetoproteína en suero materno alfa (MSFAP) ni vel por lo tanto, la posibilidad de gastrosquisis, así como otras anomalías del feto, se deben considerar.

## DIAGNOSTICO

El examen de ultrasonido, el cual se puede apreciar en el tercer mes de gestación.



**Figure 15.2** Gastroschisis at 17 weeks. Exteriorized bowel appears as a cauliflower lesion (arrow) surfacing on the anterior abdominal wall of the fetus



**Figure 15.3** Gastroschisis at 19 weeks. Transverse axial view of the fetal abdomen showing eviscerated bowel (arrows) floating in the amniotic fluid

## **TRATAMIENTO MEDICO**

A. Tratamiento inmediato: No se ha demostrado efecto en la morbimortalidad neonatal relacionado con la edad gestacional al nacimiento, ni con la vía de nacimiento.

1. RCP neonatal: Mantener eutermia.

Reanimar al nacimiento con maniobras iniciales que incluye el envolver el defecto en una bolsa transparente para disminuir la pérdida de calor, líquidos y la lesión de las asas intestinales.

En caso de requerir apoyo ventilatorio (PPI) deberá intubarse para disminuir la entrada de aire al tubo digestivo y la reducción quirúrgica del defecto.

2. Ayuno y sonda orogástrica a derivación

3. Nutrición:

Soluciones endovenosas 150-200mlkd inicialmente, puede requerirse hasta 3 veces el aporte normal. Iniciar nutrición parenteral total en cuanto haya estabilidad metabólica y vigilar el estado nutricional



4. Garantizar un acceso vascular seguro (catéter venoso central) para administrar soluciones endovenosas, uso de otros medicamentos y en caso necesario monitorizar presión venosa central y se recomienda colocar un catéter venoso periférico (por punción) el cual deberá mantenerse preferentemente estéril para nutrición parenteral.

5. Medicamentos:

Vitamina K 1 mgk IM, dosis única y profilaxis oftálmica

Antibióticos: Valorar de acuerdo a los antecedentes, manipulación del paciente y edad al ingreso (colonización en otra unidad)

Sedación y relajación continua por tiempo variable, promedio 5 días. Manejo del dolor vía endovenosa (preferentemente en infusión continua)

6. Control estricto de líquidos: valorar uso de sonda urinaria para control de líquidos y medición de presión vesical.

7. Vigilar condición respiratoria y dar apoyo necesario con O<sub>2</sub> a flujo libre o con campana cefálica o en su caso intubación endotraqueal con apoyo ventilatorio (evitar CPAP y presión positiva antes del cierre quirúrgico).

8. Monitoreo continuo de signos vitales; Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial, llenado capilar.

9. Mínima manipulación

B. Tratamiento mediato:

Estabilizar al paciente e iniciar nutrición parenteral total en cuanto sea posible.

1. Traslado a terapia intensiva neonatal por personal capacitado en ambulancia, dentro de incubadora de traslado, con acceso vascular seguro (aún periférico), estable hemodinámica, respiratoria y metabólicamente

(destrostix), monitoreo continuo de signos vitales (FC, FR, TA, llenado capilar).

2. Estudios de laboratorio: BHC, TPs, QS, cultivos, PFR, gasometría, grupo y RH sanguíneo, Rx toracoabdominal, ultrasonido transfontanelar.

3. Valoración quirúrgica y de anestesia, cardiológica y por genética (para realizar cariotipo y tamiz metabólico), todas antes de pase a quirófano.

4. Preparar para cierre quirúrgico (este idealmente debería realizarse al momento de nacer antes de que el intestino se neumatice), solicitar sangre y plasma de acuerdo a indicaciones.

C. Tratamiento quirúrgico: Se realiza bajo anestesia general.

1. El cierre del defecto se recomienda sea primario, es decir puede realizarse inmediato después del nacimiento antes de que neumatice el intestino lo que incrementa el riesgo de falla.

2. Colocación de Silo con pláticas para cerrar idealmente en un lapso máximo de 10 días.

3. Colocación de vacum.

4. Cierre por segunda intención.

5. Sospechar de síndrome compartamental cuando la presión intrabdominal (presión intravesical medida con sonda de Foley mayor a 20 cm H<sub>2</sub>O), los pulsos de miembros pélvicos estén disminuidos, disminuya la diuresis horaria, en caso de edema de miembros pélvicos o compromiso en su llenado capilar distal y valorar con cirugía apertura de herida quirúrgica.

### **COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:**

Deshidratación, desnutrición, síndrome compartamental, falla renal, sepsis nosocomial, neumonía, trombosis de vena

cava superior, fístula entérocútea, colestasis, peritonitis, displasia broncopulmonar.

En casos simples: íleo y sepsis

En casos complejos enterocolitis necrosante, resección intestinal y sepsis.

El manejo posterior dependerá básicamente del momento en que se pueda iniciar la alimentación, sus avances hasta vía oral total, extubación exitosa, control de infecciones y malformaciones asociadas, complicaciones y condición nutricional final.

Los pacientes con gastrosquisis requieren de seguimiento a largo plazo y por las características propias de la enfermedad tendrán riesgo de obstrucción intestinal, requieren de criotipo y consejo genético, además de apoyo nutricional y rehabilitación.

## **DESNUTRICION GRADO II**

- En la desnutrición se encuentran involucradas, las deficiencias de energía y en menor grado de proteínas en el organismo.
- Existen diversos grados de desnutrición:
- SIGNOS Y SINTOMAS:
  - GRADO I ----- Molesto, llorón, duerme poco tiempo.
  - GRADO II ----- La fontanela y los ojos se han hundido y los tejidos corporales se tornan flácidos.
  - GRADO III ----- Se ac entúan más los signos anteriores aunado; rostro de viejito.

GRADOS DE DESNUTRICION		
Desnutrición I	LEVE	PESO/ EDAD 76 a 90 %
Desnutrición II		61 a 75 %
Desnutrición III	GRAVE	menor 60 %
REFERENCIA ES LA TABLA DE EL DR. JURADO GARCIA		



**Paciente en estado de desnutrición, grado III.**

## **ENTEROCOLITIS**

- Se define como necrosis por coagulación, inflamación de la mucosa o la pared intestinal.
- Afecta típicamente a prematuros, con aumento en la incidencia en el grupo de los menores de 1.500gr
- Las zonas más afectadas son íleon y colon proximal (aunque puede abarcar todo el trayecto) |
- Signos y síntomas: precoz - cambio de tolerancia alimentaria

actual – distensión abdominal, restos gástricos, abdomen doloroso, vómito, diarrea o hematoquecia.



Gas en sistema porta en paciente con enterocolitis necrotizante.

## VALORACION

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: A.R.L. (R.N.)

Sexo: Mujer

F.N.: 23- SEPT-2012

Peso: 1699 gr.

Edad: R.N.

Ingreso: 26- sept- 2012

Cama: U-5

APGAR: 7/8 SA: 2

SDG: 32.2 CAPURRO

---

### SIGNOS VITALES

FC: 146 x min.

FR: 50 x min.

T/A: 56/37

TAM: 49

TEMP: 36.5 ° C

Sat O2: 98%

---

### SOMATOMETRIA

Peso: 1699 gr.

Talla: 43 cm

---

## **PRESENTACION DEL CASO CLINICO**

### **HISTORIA CLINICA**

Recién nacido proveniente de Edo. Guerrero, la madre refiere que se realizó 5 USG en el cual desde el 1ero. (Primer trimestre de gestación) Se detecta el problema de cierre de pared, por lo que se planea cesárea como opción de nacimiento, posteriormente, la madre refiere comenzar con trabajo de parto prematuro, acude al hospital de Guerrero en el cual la intervienen quirúrgicamente para obtener al producto único vivo, el cual por su defecto antes mencionando se decide trasladarlo al Hospital Dr. Manuel Gea González para ser atendido y valorado.

Ingresa paciente a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, con 2 días de vida extrauterina, intubado, con catéter femoral derecho instalado en el H.G. se solicita placa de Rx para confirmar la adecuada instalación del catéter, con presencia de bolsa de silo, se solicitan laboratorios preoperatorios para cierre de pared abdominal, se obtiene consentimiento de los padres.

## **VALORACION DEL PACIENTE NEONATAL**

Se realiza valoración basándonos en la teoría de las 14 necesidades por Virginia Henderson, entrevista en este caso con la madre, y mediante la observación clínica y profesional.

### 1.- Necesidad de Oxigenación

La paciente se encuentra con intubación endotraqueal, para poder ventilar adecuadamente, se encuentra con adecuada coloración, a la auscultación se escuchan estertores, se le indica palpopercusión y aspiración de secreciones PRN, manteniendo una FR de 37x', presentando una SATO<sub>2</sub> 93%.

### 2.- Necesidad de Nutrición

La paciente se encuentra por debajo del peso óptimo, la cual depende totalmente de la nutrición e hidratación par enteral, se encuentra reflejo de succión débil pero presente a la estimulación.

### 3.- Necesidad de Eliminación

La paciente presenta su primera micción a unas horas de nacer, sin presentar ningún problema, por otro lado debido a su malformación la neonato no evacua, por lo cual se decide lo más pronto su intervención para cerrar el defecto abdominal y realizarle una ileostomía.

### 4.- Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura

La paciente se observa en decúbito dorsal, viéndose alterada su movilidad debido a su malformación, la cual se le brinda un cambio postural lateral cada dos horas, cuidando siempre las prominencias óseas.

### 5.- Necesidad de Descanso y Sueño

Se encuentra en sueño fisiológico, no se observa irritable.



#### 6.- Necesidad de usar prendas de vestir

Se encuentra completamente desnuda debido a su malformación, se coloca pañal por debajo del defecto abdominal sin ser sujetado.

#### 7.- Necesidad de Termorregulación

No presenta ningún problema para poder mantenerse eutérmica presentando constantemente una temperatura corporal de  $36.5^{\circ}\text{C}$ , gracias a que se mantiene en cuna radiante a una adecuada temperatura.

#### 8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

Debido a su cierre abdominal incompleto solo se mantiene en vigilancia estrecha para identificar algún cambio que indique alguna complicación. (solo se mantiene con bolsa de Bogotá)

#### 9.- Necesidad de Evitar Peligros

Se encuentra en incubadora, evitando reducir cualquier lesión por caída, se observa constantemente para valorar temperatura (posibles quemaduras), ventilación, caídas, etc.

#### 10.- Necesidad de Comunicación

Debido a su edad no existe comunicación verbal, pero se interpretan sus gesticulaciones y en algunos momentos inquietud e intento de llanto.

#### 11.- Necesidad de vivir según sus creencias

Se le permitió a la familia colocar imágenes religiosas.

#### 12.- Necesidad de Trabajar y realizarse

No es valorable debido a su edad.

#### 13.- Necesidad de Recreación

No es valorable debido a su edad.

#### 14.- Necesidad de Aprendizaje

Se ve obstaculizada su estimulación temprana y aprendizaje o desarrollo de sus reflejos primitivos debido a su patología y edad.

PLAN DE

CUIDADO DE

ENFERMERÍA

## PLAN DE CUIDADOS

### A) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- ID PX: A.R.A
- DX E NF: Riesgo de disminución de la perfusión gastrointestinal ineficaz relacionado con cierre de pared abdominal incompleto.
- OBJETIVO: Mantener los órganos que se encuentran el exterior en óptimas condiciones, para que posteriormente sean funcionales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	DE	FUNDAMENTACION
Desde el nacimiento, mantener a los órganos expuestos, en compresas húmedas con S.F.O., bolsa de silo.		Prevenir la infección, la pérdida de líquido y de calor a través de la evaporación y la irradiación.
Mantener al R.N. eutérmico		Debido a la exteriorización del contenido abdominal hay una mayor pérdida de calor y una gran tendencia a la hipotermia.
Obtener medición de las constantes vitales cada hora hasta que el R.N. se encuentre estable.		Valorarlo hemodinámicamente, la hipotensión es común debido a pérdidas de líquidos a través del defecto.
Valorar el estado de los órganos dentro de la bolsa.		Puede existir la compresión de los órganos dentro de la bolsa, comprometiendo la perfusión.

- EVALUACION: Se obtienen resultados favorables y satisfactorios, no hay presencia algún tipo de complicación.

## B) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ID PX: A.R.A
- DX ENF: Alteración de la integridad cutánea relacionado con cierre de pared abdominal incompleto manifestado por exposición de órganos internos.
- OBJETIVO: Lograr que en el estado prequirúrgico y postquirúrgico no exista al gún tipo de complicación t egumentaria, y a s ea por infección, traumatismo, temperatura e hidratación.

### PREOPERATORIO

INTERVENCION ENFERMERIA	DE	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Medición de signos vitales		La valoración de los signos vitales a su interpretación nos proporcionarán información del estado del paciente.
Valorar, documentar el tamaño, el color y la profundidad de la herida, comprobando el estado del tejido circundante.		Proporciona información de referencia al ingreso y las posibles señales sobre la circulación e infección de la zona.
Tener un acceso vascular permeable.		Este acceso vascular servirá para poder brindar la terapia de líquidos, administrar fármacos, transfusiones, etc.
Colocar sondaje vesical.		Permitirá conocer la pérdida de volumen perdido durante la cirugía para posteriormente

reponerlos

## **POSOPERATORIO**

<b>INTERVENCION ENFERMERIA</b>	<b>DE</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Brindar posición Semifowler		La ortopnea puede ser la causa de dificultad respiratoria.
Conservar los vendajes sobre la zona recién intervenida.		La zona intervenida suele estar cubierta por material translúcido, para eliminar el cizallamiento sobre el nuevo epitelio y proteger el tejido cicatrizal.
Movilización cada 2 hrs.		Favorece la circulación y evita la isquemia o la necrosis.
Lavar zona con jabón y agua		Estas medidas de higiene garantizará un riesgo mínimo de infección.
Valorar al paciente una vez que ingrese al servicio de terapia intensiva.		Esto ayudará a tomar las medidas pertinentes, reconociendo hipotermia, hipovolemia, hipoxia, etc.
Mantener monitorización continua		Colocar electrodos, oxímetro, termómetro, brazalete para medición de T/A.

- **EVALUACIÓN:** La pa ciente no muestra datos de infección o al gún tipo de complicación aunado a la intervención quirúrgica.

**C) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- **DX ENF.:** Riesgo de déficit de v olumen de l íquidos relacionado con pérdida excesiva de líquido.
- **OBJETIVO:** E vitar q ue el pac iente se d escompense p or p érdida de hidratación, r ealizando m edidas pr eventivas, as í c omo t ener un adecuado control de líquidos, evitando complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACIÓN
<p>Cuantificar con precisión el balance hídrico. Calcular las pérdidas inapreciables de líquidos.</p>	<p>Ayudar a estimar las necesidades de reposición de líquidos.</p> <p>La ingestión de líquidos debería ser, aproximadamente igual a la perdida por la uresis, el drenaje gástrico, pérdidas insensibles.</p>
<p>Mantener la hidratación por medio de un acceso vascular.</p>	<p>En los pacientes de larga estancia hospitalaria es necesario contar con un acceso vascular, que permita la rápida administración de alguna sustancia.</p>

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION
<p>Proporcionar l íquidos permitidos a los largo del día.</p>	<p>La fase diurética se puede convertir en fase oligúrica si la ingestión de líquidos no se</p>

	mantiene o se produce deshidratación
Comprobar los signos y síntomas de deshidratación.	La pérdida continua o la reposición insuficiente de líquido puede causar un estado de hipovolemia.
Controlar la temperatura de la cuna radiante	Reduce la diaforesis, que contribuye a la pérdida de líquidos.

- **EVALUACIÓN:** Se obtienen resultados satisfactorios del paciente respondiendo adecuadamente a la terapia de líquidos sin ninguna complicación.

#### **D) INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

- **DX:** Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con mecanismos que favorecen la pérdida de calor
- **OBJETIVO:** Tomar medidas precautorias que eviten la hipotermia del paciente, que lo lleve a presentar mayores complicaciones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Medición de la temperatura corporal cada hr.	El registro de la temperatura corporal cada hr nos permitirá conocer el estado del paciente.
De ser posible modificar la temperatura ambiental.	La manipulación del aire ambiental que rodea al paciente puede prevenir la pérdida de calor.
Precalentar previamente el material	El paciente tendrá un



para el baño de esponja.

menor riesgo para perder temperatura.

- **EVALUACION:** Se obtienen resultados favorables ante la ejecución de los cuidados otorgados por enfermería para evitar que el paciente pierda calor por alguno de los mecanismos.

### **E) INTERVENCION DE ENFERMERIA**

- **DX ENF:** Riesgo de Infección relacionado con las defensas primarias insuficientes.
- **OBJETIVO:** Reducir el margen de infección lo menor posible, para evitar complicaciones por el manejo intrahospitalario.

<b>INTERVENCION DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Medición constante de los signos vitales. Comprobar la presencia de escalofríos, fiebre, malestar y cambios en el estado mental.	En caso de gangrena gaseosa se puede manifestar hipotensión, taquicardia, son indicadores de septicemia.
Proporcionar procedimientos de cuidado estériles, (previo lavado de manos)	Evitar contaminación cruzada y la posibilidad de infección.
Aplicación de antibióticos	Se pueden utilizar antibióticos de amplio espectro profilácticamente o frente a una infección por un microorganismo específico.

- **EVALUACION:** Se obtienen resultados satisfactorios, ya que el paciente no presenta complicaciones por el manejo del cierre de la pared abdominal.

### **F) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- DX DE ENF: Alteración de la nutrición relacionado con disminución de la función intestinal manifestado por distensión abdominal.
- OBJETIVO: Lograr que con la evolución del paciente; la motilidad y funcionamiento orgánico se restablezca sin presentar ningún tipo de complicación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Comprobar el estado nutricional actual del neonato aplicando mediciones acorde a su edad.	Proporcionará una base de referencia que indique que tan bajo o excedido de peso se encuentra.
Auscultar el peristaltismo	Ofrece información sobre la función intestinal, de ello dependerá la ingestión de alimentos.
Revisar las pruebas de laboratorio	Son indicadores de salud nutricional y de los efectos de los nutrientes en la función orgánica.
Medición del perímetro abdominal	Podremos saber si la distensión abdominal disminuye o aumenta.

- EVALUACIÓN: La paciente recupera la función orgánica de sus intestinos, sin eventos adversos que comprometan su alimentación.

### **G) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- DX ENF: Dolor agudo relacionado a distensión de los tejidos intestinales manifestado por malestar, llanto.
- OBJETIVO: Brindar cuidados que mejoren el estado del paciente y así pueda disminuir el dolor, logre descansar y mostrarse relajado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Mantener al paciente en reposo, en posición de semi-fowler.	La gravedad localiza el exudado inflamatorio en la parte inferior del abdomen o la pelvis, aliviando la tensión abdominal, que se acentúa en decúbito supino.
Al paciente con colocación de sonda orogastrica se debe aspirar inicialmente.	Disminuye las molestias de un peristaltismo intestinal precoz y de la irritación gástrica/ vómito.
Valorar el dolor, comprobando sus características y gravedad.	Los cambios de las características del dolor pueden indicar la manifestación de abscesos/peritonitis, que precisan de una evaluación médica e intervención inmediatas.

- EVALUACION: Se logra disminuir la distensión intestinal por lo tanto el dolor, se observa al paciente más tranquilo.

#### **H) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- DX ENF: Alteración de la integridad cutánea relacionado con la intolerancia alimentaria manifestado por resección intestinal (ILEON).
- OBJETIVO: Lograr que la resección intestinal se mantenga aséptica, funcional y sin datos de hipoperfusión.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN
Inspección del estoma/ la piel que rodea al estoma en el cambio de bolsa. observar irritación.	La identificación oportuna de necrosis/isquemia del estoma o infección fúngica permite intervenir oportunamente para evitar complicaciones.  El estoma debe de tener un color rojo y húmedo.
Vaciar, aclarar y limpiar la bolsa de ostomía.	El cambio frecuente de las bolsas es irritante para la piel y debe evitarse.
Investigar y anotar si manifiesta rigidez muscular abdominal, contractura involuntaria y signo de blumberg.	Es indicativo de inflamación peritoneal, que precisa de una intervención médica inmediata.

EVALUACION: Se obtienen resultados satisfactorios, sin ningún tipo de complicación.

**I) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- DX ENF: Riesgo de Aspiración relacionado con colocación de sonda orogástrica.
- OBJETIVO: Lograr que el paciente responda a los cuidados otorgados, para poder iniciar con la alimentación enteral y tolerarla, favoreciendo su mejoría.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Confirmar la colocación de la sonda gástrica de alimentación	Una mala colocación de sondas de alimentación enteral puede provocar la aspiración

enteral.  Determinar la posición de la sonda.	de la fórmula.
Supervisar los residuos gástricos antes de la alimentación con bolo.	La presencia de residuo gástricos grandes pueden potenciar un esfínter esofágico insuficiente, y causar vómito y aspiración

- **EVALUACIÓN:** A la evolución favorable de la paciente se le inicia alimentación por sonda orogástrica, teniendo estrecha observación la tolerancia.

#### **J) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- **DX E NF:** Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionadas con disminución de la saturación de oxígeno por obstrucción mecánica manifestado por dificultad respiratoria, auscultación con presencia de estertores y aumento de secreciones.
- **OBJETIVO:** Mantener permeable la vía aérea y sin secreciones que puedan obstruir o proliferar microorganismo que causen infección.

<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b>	<b>FUNDAMENTACION</b>
Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.	Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento.
Lavado de manos	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
Aspiración de secreciones.	Permite despejar la vía aérea y eliminar las secreciones y sustancias

	extrañas
Auscultar campos pulmonares	Podremos de terminar si es necesario seguir aspirando o si presenta algún ruido pulmonar agregado.

INTERVENCION DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Brindar palmo percusión	Su finalidad es favorecer el drenaje y la perfusión adecuados.
Mantener nebulizado al paciente	Evita la deshidratación de las mucosas de las vías respiratorias, favoreciendo del el movimiento ciliar del epitelio bronquial.
Comprobar la colocación de la cánula	Esto ayudará a saber su disminuye la saturación de oxígeno por razones de posición del paciente o de la cánula, pudiendo estar acodada.

- **EVALUACION:** A pesar del manejo cuidadoso que se le otorgó al paciente se determina que presenta neumonía nosocomial por ventilación mecánica y se inicia con tratamiento de antibioticoterapia.

#### **K) INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

- **DX ENF:** Potencial de infección relacionado con la acumulación de secreciones pulmonares manifestado por cultivos de esputo positivos.
- **OBJETIVO:** Lograr que la infección del paciente se controle y se remita con la administración de la antibioticoterapia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION
Lavado de manos	Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
Administrar antibioticoterapia	Se administran fármacos que busquen remitir el tipo de infección causada por la invasión de la cánula a las mucosas.
Toma de muestra de esputo	Ayudará a reconocer el agente causal de la infección (neumonía)
Medición constante de signos vitales	Se podrán interpretar los valores y determinar si se presenta, persiste, o se remite la infección.

EVALUACION: Se obtienen resultados favorables de los cultivos posteriores a la administración de antibióticos, mostrando la disminución de microorganismos.

### **PLAN DE ALTA**

#### RECOMENDACIONES

Al alta del paciente se orienta a los padres para el manejo y cuidado de su paciente,

- Mantener la higiene:
  - Bañándolo en un lugar cerrado, sin corrientes de aire, con agua tibia, jabón de preferencia que no irrite los ojos.
  - Tener preparada la toalla y ropa para, secarlo y vestirlo lo más rápido que se pueda para mantener la temperatura.
  - Orientar a la madre sobre los cuidados y manejo del estoma y el drenaje del equipo.
  - Se recomienda que no se cambie, se despegue o pegue la parte del silicón que está fijado a la piel del neonato.
  - No limpiar con nada los oídos del bebe.

- En caso de tener que limpiarle las fosas nasales deberá hacerlo con una perilla de plástico.
- Prevención de posibles infecciones.
- Resolver dudas que pueda presentar.
- En cuanto a la alimentación:
  - Brindarle orientación sobre la lactancia materna.
  - La leche materna es la única capaz de satisfacer todas las necesidades de nutrientes de nutrientes durante los primeros 6 meses de vida.
  - Explicar a la madre y sus familiares directos, que no se le debe dar ningún otro alimento.
  - Alimentarlo con leche materna manteniendo un horario (cada 2hrs.).
  - Sacarle el aire con pequeños golpecitos en la espalda de abajo hacia arriba.
  - Observar atentamente que su abdomen no se distienda.
- Posiciones recomendadas para evitar complicaciones:
  - Se recomienda que se coloque al neonato en una posición lateral, evitando que el neonato se pueda ahogar si tiene reflujo.
  - En este caso, se recomienda que el neonato no se coloque del lado del lugar del estoma.
- Mantener en estrecha vigilancia al neonato y acudir al hospital si presenta las siguientes signos y síntomas:
  - Fiebre.
  - Llanto.
  - Falta de apetito.
  - Dificultad para respirar.
  - Vómito.
  - Coloración rojiza en sitio de la ileostomía.
  - Salida de secreción blanca, amarilla y/o que presente mal olor del estoma.
  - Inflamación abdominal (distención abdominal).
  - Sudoración
  - Cambio de color o aspecto en la ileostomía.



## **CONCLUSIONES**

Al realizar el PAE, podemos emitir un juicio sobre los cuidados que brindamos y la evolución de nuestro paciente, logrando ampliar nuestra visión y perspectiva ayudando así a que el profesional de enfermería cuente con herramientas para que faciliten y fundamenten su práctica mediante la evidencia clínica, en este caso la valoración, intervención y evolución de un neonato.

El enriquecer el conocimiento de enfermería es nuestra responsabilidad, crear cada vez más investigación, PAE, tesis, etc. Que haga crecer cada vez más nuestra profesión.

Conocimiento, Responsabilidad Compromiso, ética, respeto entre muchos más valores son los que debemos de asumir como personas y profesionistas, para hacer un mundo mejor.

Cada día vamos creciendo como profesionistas y aunado a ello con nuevos retos y experiencias que nos hacen dar cuenta que el actualizarnos constantemente es fundamental para poder brindar un cuidado de calidad y calidez que se aproxime lo más que se pueda a buscar la mejoría de nuestro paciente.

En este caso y con poca experiencia, he aprendido mucho sobre el amplia gama de patologías, cuidados hacia un neonato complicaciones que con un paciente de edad adulta no se presentan. Gracias a la preparada formación académica, orientación, curiosidad por saber ¿qué pasa?, investigación, al estudio, etc., a muchos factores se aprende el manejo y también a perder el miedo de hacer las cosas.

La paciente se recupera satisfactoriamente, se dio de alta a su domicilio posterior a 2 meses de encontrarse hospitalizada; dándosele citas posteriores para el cierre de su ileostomía, la cual se realiza y es un éxito su evolución.

# ANEXOS

## INSTRUMENTO DE VALORACION

Fecha: 3 -10-13	Apellidos del R.N.: Adame R.L.
Fecha de Nacimiento: 23-09-12	Hora: 07:34 am
Sexo: Femenino	Edad (horas): hrs.
Apgar: 1': 7 -- 5':8 Silverman: 10': 2	SDG por Capurro: 32.2

## DATOS PRENATALES

Edad materna: 18 años	Tipo sanguíneo y Rh: O +
Coombs indirecto: -----	
No. De consultas prenatales: 8	
Producto de la Gesta: 1	

## HISTORIA OBSTETRICA PREVIA

Paridad: 0,	
Embarazos anteriores: 0	
Fecha de los embarazos anteriores: /	
Edad gestacional: / Sexo: / Peso: /	Parto: / Lactancia: /
Apgar: / Silverman: /	Complicaciones: /

## COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

Preeclampsia: No	Hipertension: No
Diabetes gestacional: No	Hemorragia: No
Infección de vías urinarias: No	R.P.M: no
Cervicovaginitis: No	A.P.P: no
Teratógenos ambientales: ninguno	Disminucion de mov. Fetales: No
Uso de medicamentos: ninguno	¿Cuáles? /
Uso de drogas: ninguna	Otras: /

## RESULTADOS DE PRUEBAS FETALES

AFP: /	Amniocentesis: /
USG: 2 Normales (aparentemente)	PTO: /
Prueba sin estrés: /	RX: /
Otras: /	

## INFORMACIÓN INTRAPARTO

Comienzo de las contracciones: 21 hrs	
Ruptura de membranas: No sabe	Hora: no sabe
Sanguinolento: / T eñido c on	Olor fétido: /

meconio: no	
-------------	--

Anomalías de los signos vitales maternos: /	
Medicamentos utilizados durante el parto: /	
Anestesia/analgesia: /	
Monitorización fetal: No	
Duración de las etapas o periodos del parto: primera: ----- segunda: ----- tercera: -----	

### **PARTO**

Hora: 07:34 am	Vía: cesárea
----------------	--------------

### **REANIMACIÓN**

Aspiración: Si	Oxígeno: No
Presión positiva intermitente: No	Cánula endotraqueal: No
Hora de la primera respiración espontánea: -----	
Medicamentos utilizados: Profiláctico (vitamina k, cloranfenicol)	

### **OTRAS**

Micción en la sala de parto: -----	Evacuación en la sala de parto: -----
Alimentación al seno materno: Si	Apego en la sala de parto: -----
Observación del comportamiento de apego: -----	

### **EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN**

Hora de transferencia al servicio de recuperación: 08:40	
Primera temperatura: 36.6 °C	Baño: No
Profilaxis oftálmica: Si	
Vitamina K: Si Hora de aplicación: 7:55 Zona de aplicación: oftálmica / intramuscular	

## EXPLORACION FISICA DEL RECIEN NACIDO

### Valoración inicial

- 1.- Aspecto general; color: rosado Tono muscular: Apgar 2 puntos
- 2.- Mediciones: Peso: 1699gr Talla: 49cm PC: 36cm PT: 34cm PA: 26cm PIE: 5cm

### Valoración del cabello y cuello

- 1.- Moldeamiento de la cabeza: caput succedaneum: No cefalohematoma:
- 2.- Fontanelas y suturas: separadas, planas y blandas.
- 3.- Orejas: forma: pebillón incurvado posición: ubicación: por debajo de los temporales.
- 4.- Simetría de la cara: simétrica
- 5.- Ojos; forma: adecuado posición: por debajo del frontal tamaño: adecuado hemorragias: No pupilas: reactivas
- 6.- Boca: labios: rosado paladar: bien formado y firme perlas de Epstein: No frenillo: si
- 7.- Cuello; longitud: adecuada movilidad: óptima relación con todo el cuerpo: acorde grado de adiposidad: /
- 8.- Piel de cráneo y cara: sonrosada y con ausencia de vernix caseoso
- 9.- Nariz simétrica : adecuada septo: formado ensanchamiento: adecuado

### Tórax

- 1.- Clavículas: lisas y uniformes tamaño tórax: 34 cm simetría: Si forma: triangular
- 2.- frecuencia cardíaca: 120x' frecuencia respiratoria: 45 x' ruidos respiratorios: ninguno
- 3.- Piel: lanugo escaso presente en zonas del cuerpo v érnix: ausente manchas: no textura: óptima hidratación: adecuada color: rosada erupciones: eritema tóxico pigmentación: no

### Abdomen

1.- Forma del abdomen: con exposición de órganos, debido a cierre incompleto de la pared abdominal hígado: dentro de la cavidad abdominal riñones: no palpables peristaltismo: no valorable.

2.- Cordón umbilical N° de vasos: 2 arterias y 1 vena sangrante: no

3.- Pulso femoral: /

### **Genitourinario**

2.- Mujer; Aspecto: Labios menores y mayores sin compromiso alguno posición del meato uretral: lineal

3.- Eliminación en las primeras 24 horas micción: color: amarillo claro cantidad: 70 ml, ano: permeable sin presentar alguna complicación.

Heces: color: verde- marrón, solo al nacer presenta ligero manchado tipo: semi-liquidas comentarios: /

### **Parte posterior del cuerpo**

1.- columna vertebral: manchas: No simetría: Si integridad: si manchas: mongólica

2.- Ano permeable: si comentarios: /

### **Extremidades**

1.- Brazos y manos: simetría: si anormalidades: no

2.- piernas y pies: simetría: si anormalidades: no

3.- Maniobra de Ortolani: negativa longitud piernas y simetría de las piernas: adecuada y simétricas

Valoración de la función neurológica

1.- Reflejo de búsqueda: presente succión: presente deglución: presente presión palmar: presente presión plantar: presente Moro: presente marcha: presente Babinski: presente

## BIBLIOGRAFIA

1. Cristancho W. *“Fundamentos de Fisioterapia Respiratoria y Ventilación Mecánica”*.
2. Díaz del Castillo E: *“Patología respiratoria neonatal”*, Pediatría Perinatal, 2da. Interamericana 2000.
3. Doenges M, et.all *“Planes de cuidados de enfermería”* 7ª edición México 2006, McGraw-Hill.
4. Fernández Jiménez CT: *“Enterocolitis Necrotizante Neonatal”* Protocolos de Neonatología, España (INTERNET). Madrid: Servicio de Pediatría Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”. 2006.
5. Goldkrand JW, Causey TN, Hull EE. *“The changing face of gastroschisis and omphalocele in southeast Georgia”*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15(5):331-5.
6. Isabella María U: *“Ventilación Mecánica”* (INTERNET) Madrid, 2004.
7. Korones SB: Alteraciones Metabólicas. *“cuidados intensivos del recién nacido”*. Salvat México 1979.
8. Lic. Luiris Sanabria Triana, Lic. Marta Otero Ceballos y Lic. Omayda Urbina Laza. *“Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería”*. Escuela Nacional de Salud Pública.
9. Louw JH, Barnard CN. *“Congenital intestinal atresia. Observations on its origin”*. Lancet 1955; 2: 1065.
10. M. Herrera Carranza. *“Iniciación a la Ventilación Mecánica”*. Clave. Barcelona. Edika Med, 2002.
11. Molik KA, Gingalewski CA, West KW, Recorla FJ, Scherer LR, Engum SA, Grosfeld JL. *“Gastroschisis: a plea for risk categorization”*. J Pediatr Surg. 2001;36(1):51-5.
12. Muñoz P. *“Defectos de Pared Anterior del Abdomen: Diagnóstico prenatal y seguimiento”*. Rev Chil Ultrasonog 2006; 9: 72-79.
13. NANDA-I *“Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007 – 2008”* España 2008, Editorial Elsevier.

14. Pastor Rodríguez, JD., López García, V., Cotes Teruel, MI., Mellado, JE., Pastor Bravo, MM., Jara Cárceles, J. ***“GASTROSCHISIS: CARE PLAN Trabajo presentado en II Jornadas de Enfermería Neonatal”***, 27-29 Noviembre de 2008
15. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 171 – Julio 2007  
7.
16. Riopelle L. ***“Cuidados de Enfermería”***. Editorial Mc Graw – Hill / Interamericana España. 1993.
17. Rodríguez B., ***Proceso enfermero***. 2ª ed. México, ed. Cuellar; 2006.
18. Romero R, et al. ***“Gastroschisis, In: Prenatal diagnosis of congenital anomalies”***, Romero R, et al (Eds), Appleton Lange, Norwalk 1998; p. 224-225.
19. Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. ***“Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería”***. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
20. Tsai HF, Cheng YC, Ko HC, Kang L, Tsai PY, Yu CH, Chang CH, Chang FM. ***“Prenatal diagnosis of fetal gastroschisis using three-dimensional ultrasound: Comparison between the 20th and 21st centuries”***. Taiwan J Obstet Gynecol. 2013 Jun;52(2):192-6. doi: 10.1016/j.tjog.2013.04.007.
21. Yang Shi, Christine K Farinelli, Michael S Chang, Philip M Carpenter ***Left-sided “Gastroschisis with placenta findings: case report and literature review”*** Int J Clin Exp Pathol. 2012; 5(3): 243–246. Published online 2012 March 25.