



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL

ESTUDIO DE CASO:

**“NEONATO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN DEBIDO A
UNA MALFORMACIÓN ANORRECTAL.”**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

LIC. ENF. ADRIANA ELIZABETH MOSQUEDA HERNÁNDEZ

ASESORADO POR:

E.E.I. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO



MARZO 2010



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.

PARA VIVIR...

Y así después de esperar tanto, un día como cualquier otro decidí triunfar...

Decidí no esperar a las oportunidades, sí no yo mismo buscarlas.

Decidí ver cada problema como la oportunidad de encontrar la solución.

Decidí ver cada desierto como la oportunidad de ver el oasis.

Decidí ver cada noche como un misterio por resolver.

Decidí ver cada día como una nueva oportunidad para ser feliz.

Aquel día descubrí que mi único rival no eran más que mis propias debilidades, y que está es la única y mejor forma de superarnos, aquel día deje de temer a perder y empecé a temer no ganar, descubrí que no era yo el mejor...

Aprendí que lo difícil no es llegar a la cima, sino jamás dejar de subir.

Aprendí que el mejor triunfo que puedo tener, es tener el derecho de llamar a alguien "amigo"

Descubrí que el amor es más que un simple estado de enamoramiento "el amor es una filosofía de vida".

Pero no corras por la vida tan rápido que olvides, no solamente donde has estado, sino hacia donde vas...

A mi hijo Luis Angel...

*Que eres la razón de mí ser
Fuente de inspiración y
Mí fortaleza para seguir adelante,
Con todo mí amor...*

A mi madre

*Te doy gracias por creer en mí por todo tu apoyo,
Entusiasmo para que pudiera llegar hasta el final.*

Israel....

Hoy te agradezco por estar siempre a mi lado,
Apoyándome incondicionalmente,
Por creer en mí,
Y darme ánimos y fuerzas para mirar siempre hacia delante,
Hoy he llegado a l final de este camino,
Por el cual tú también fuiste partidario de esta etapa en mi vida.
Con todo mi amor, Y recuerda que siempre te amarè.
Gracias amor.

I N D I C E

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN.	8
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.	9
III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN.	10
3.1 Ficha de identificación	
3.2 Motivo de consulta	
3.3 Descripción del caso	
3.4 Antecedentes familiares no patológico	
3.5 antecedentes familiares patológicos	
3.6 antecedentes personales no patológico	
3.7 antecedentes personales patológicos	
3.8 dinámica familiar	
3.9 situación socioeconómica	
3.10 tratamiento inicial	
3.11 mapa familiar	
IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA.	14
4.1 Antecedentes (estudios relacionados)	14
4.2 Paradigmas de Enfermería	16
4.3 Virginia Henderson y sus 14 necesidades	18
4.4 Método enfermero	28
4.5 Relación del proceso de método enfermero y virginia Henderson.	36
4.6 Fisiopatología malformación anorectal	38
4.7 Consideraciones Éticas	55
4.8 Código de Ética para Enfermeras	57
4.9 Derechos de los pacientes.	58
V. METODOLOGÍA.	62
VI. APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO	64

Exploración Física.	. . . . .	75
Jerarquización de las Necesidades Alteradas	. . . . .	77
Plan de Intervenciones de Enfermería.	. . . . .	79
Valoración focalizada	. . . . .	94
VII. PLAN DE ALTA.	. . . . .	96
VIII. CONCLUSIONES	. . . . .	101
IV. SUGERENCIAS	. . . . .	102
BIBLIOGRAFÍA	. . . . .	103
ANEXOS	. . . . .	106

I. INTRODUCCIÓN

La profesión de Enfermería ha tomado mayor fortalecimiento con la creación de modelos y teorías que dan vaciamiento científico al ser y hacer de la enfermera, y que ha permitido situarla como una profesión importante y necesaria para el bienestar de la población en general.

Las intervenciones del profesional de enfermería están encaminadas a brindar cuidados a la persona de manera holística; por esta razón en el presente trabajo se desarrolla el Método Enfermero bajo la filosofía de Virginia Henderson, el cual se valora las 14 necesidades básicas, determinando el grado de independencia-dependencia de la persona, este sentido permite brindar un cuidado especializado de alta calidad y calidez. Así mismo busca establecer intervenciones de enfermería a un neonato con alteración en la Necesidad de Eliminación por una malformación ano rectal, y que lo lleven aun grado de independencia.

En un primer apartado tendremos la descripción del caso. En segundo lugar la fundamentación teórica como son: antecedentes, marco conceptual con una revisión sistematizada de estudios relacionados por vía internet y bibliografica, filosofía de enfermería y método enfermero. En un tercer punto tendremos la valoración generalizada, la jerarquización de las necesidades alteradas en conjunto con el diagnóstico de enfermería, plan de intervenciones y plan de alta; así como las conclusiones y sugerencias.

II . OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar el método Enfermero y la filosofía de Virginia Henderson con sus 14 necesidades básicas, en un neonato con alteración en la necesidad de eliminación debido a una malformación anorrectal

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✚ Llevar acabo la técnica de valoración a un neonato con malformación anorrectal, a través del Método Enfermero y la filosofía de Virginia Henderson en el servicio de Terapia Intensiva Neonatal.
- ✚ Elaborar los diagnósticos de Enfermería reales y potenciales en base a las necesidades alteradas para planear intervenciones que lleven al neonato a su máximo grado de independencia.
- ✚ Planear intervenciones de enfermería especializadas estableciendo el rol de la enfermera con el paciente según la Filosofía de Virginia Henderson y el Continun de Dependencia/Independencia.
- ✚ Poner en marcha el plan de intervenciones de enfermería que atraves de una evaluación se comprueben los resultados.
- ✚ Elaborar un plan de alta a los familiares, para el seguimiento en casa y evitar complicaciones futuras en mateo.

III. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN

3.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: A M. M.

Sexo: Masculino

Edad: 3/30

Fecha de nacimiento: 17 Octubre 2006

3.2 Motivo de ingreso hospitalario

Es referido por el Hospital General de Tlalnepantla, ya que al revalorarlo en el servicio de alojamiento conjunto se percatan que tiene malformación anorrectal (ano imperforado) el cual requiere cirugía pediátrica especializada. Es aceptado por el servicio de cx, pediátrica del INP el día 19 de Octubre del 2006.

3.3 Antecedentes Perinatales

Mateo, masculino de 3 días de vida extrauterina, nació a las 21:42 hrs., en el Hospital General de Tlalnepantla, Estado de México, obteniéndose producto único vivo que respiro y lloro al nacer, con un peso de 3, 200 gr., talla 50 cm., perímetro cefálico 36 cm., perímetro torácico 33 cm., perímetro abdominal 34 cm., pie 8 cm., es producto de la gesta I, control prenatal desde el primer trimestre en 7 ocasiones, la madre refiere hospitalización a las 20 SDG por presentar Hipertensión arterial tratada por alfametildopa, y diabetes mellitus gestacional, fue controlada con dieta; presento infección de vías urinarias el cual desconoce tratamiento; se realiza posteriormente un USG a las 39 SDG y se encuentra Polidramnios y se decide intervenir quirúrgicamente, además de tener el antecedente de madre añosa, el cual se obtienen producto de 39 SDG por FUR. Así como de 39.3 por CAPURRO. Tiene adecuado esfuerzo respiratorio, APGAR de 7/8, SILVERMAN 0, líquido amniótico aumentado y placenta sin alteraciones.

3.4 Antecedentes familiares no patológicos

Familia desintegrada, conformada por la abuela materna, madre, hijo (paciente), y tío materno. Actualmente habitan en casa propia, construida de tabique y lamina de asbesto, cuenta con dos cuartos en donde una es la cocina y comedor y el otro recamara donde duermen 3 personas, lo que condiciona hacinamiento positivo, zoonosis (1 perro). Cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

3.5 Antecedentes familiares patológicos

Madre: presenta hipertensión durante el embarazo, controlada con alfametildopa. Diabetes mellitus gestacional, tratada y controlada con dieta, padeció infección vaginal de la cual desconoce su tratamiento. Abuela materna con diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial en control.

3.6 Antecedentes personales no patológicos.

La Madre, niega cirugías, transfusiones, alergias y vacunación previas.

3.7 Antecedentes personales patológicos

En el servicio de alojamiento conjunto del Hospital General de Tlalnepantla, al hacer una revaloración, se detecta ano imperforado y escroto bifído, se ingresa al servicio de neonatología, y posteriormente deciden referirlo al Instituto Nacional de Pediatría (INP).

3.8 Dinámica familiar

Madre soltera de 38 años de edad, cuenta con primaria terminada, recibe apoyo económico de su hermano, el cual es obrero y es el sustento de la familia.

3.9 Situación socioeconómica

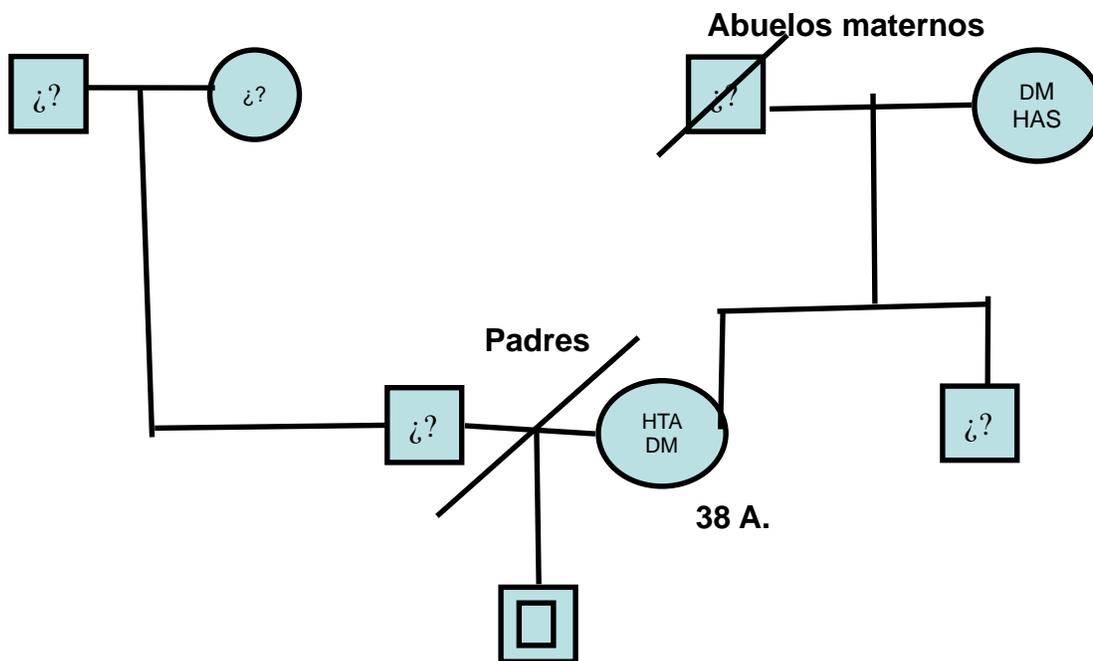
Madre dedicada al hogar, apoyada económicamente por su hermano, con un ingreso aproximado de \$1,500 pesos mensuales, es obrero y el sueldo es variable, sin prestaciones.

3.10 Tratamiento inicial, Médico y Quirúrgico

Se inicia tratamiento en INP con AYUNO, soluciones parenterales 90/kg/ día y ranitidina.

Ingresa a quirófano, para realizar la cirugía de colostomías de bocas separadas, por el antecedente de ano imperforado. Se realiza insición oblicua entre la espina iliaca antero superior y el ombligo, se toma la porción del intestino sigmoides y se disecciona, se corta el sigmoides y se cierra con prolene 4/0 y las bocas con vicryl 5/0 se cierra por planos. No tuvo complicaciones la cirugía, egresa a piso de la UTIP, con signos vitales estables y dentro de su parámetro normal.

3.11 MAPA FAMILIAR



SIMBOLOS

Hombre



Mujer



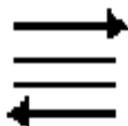
Fallecimiento



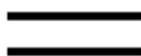
Caso en estudio



RELACIONES



Fuertes



Débiles



Con estrés

IV. FUNDAMENTACIÓN TEORICA

4.1 ANTECEDENTES ESTUDIOS RELACIONADOS

Se realizó una búsqueda amplia sobre los estudios relacionados con malformación anorrectal, cuidados de enfermería, a través de, libros, revistas y buscadores electrónicos en donde encontramos varios de ellos, a través de buscadores se encontró publicado por el Dr. Fernando Ávila de la universidad de Colombia¹ y el Dr. Ivan Molina Ramírez de la universidad Nacional de Bogota, mencionan que la colostomía de doble boca a nivel del colon sigmoides proximal dejan al propósito suficiente colon distal para realizar el descenso, en este caso en especial a Mateo se le realizó colostomías de bocas separadas en su tratamiento inicial, estos médicos mencionan que estos pacientes se les realizan la corrección a los 6 meses de vida mediante una anorectoplastia sagital posterior, y durante la cirugía se utiliza un electro estimulador con el fin de localizar los músculos y la situación del paciente, a las dos semanas se inician un proceso de dilataciones del canal rectoanal para evitar la estenosis y así una vez que se obtiene el calibre adecuado para la edad se realiza el cierre de la colostomía, el pronostico depende del tipo de malformación que presenta cada paciente, en este caso Mateo tiene un buen pronostico de continencia fecal y urinaria.

Por ello desde la clasificación inicial que propuso LADD y GROSS en el año 1934² ha ido siendo modificado continuamente y así de 1970 en Melbourne Australia clasificaron las lesiones en Bajas, Intermedias, Altas y Misceláneas, que en la actualidad se siguen usando. Esto se puede relacionar con un estudio del Lic. Enf. Damián Palmero Colmenares del Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana; otro estudio del Lic. Enf. Escobar Morales y asociados³ tomaron esta clasificación para estudiar los casos más frecuentes que se presentaran en el Hospital General de la Raza, en el servicio de neonatología, en el cual estudiaron a 50 pacientes en un periodo de 2 años los cuales del total corresponden a un

¹ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. HOSPITAL MISERICORDIA, BOGOTA.

² REVISTA CHILENA DE RADIOLOGIA. VOL.19 2003 PP 10-12. PEÑA A. ANORRECTAL MALFORMATION

³ BOLETIN MEDICO HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO 45 (8): 529 31 AGOSTO. 1988.

60% de MAR alta, el 30% baja y el 10% Intermedia; dentro del 60% se encontró una o más anomalías asociadas, el 42% alteraciones del tracto genitourinario, el 39% fístula a uretra, vagina o perine, el 8% defecto de pared abdominal y el 24% diferentes anomalías, y de ellos el 12% del las MAR como componente del síndrome de Down y asociación VATER, estos buscaron malformaciones intencionales a fin de identificar un síndrome genético que permitan ofrecer asesoramiento adecuado como intervenciones multidisciplinarias para su tratamiento y manejo integral.

Otro estudio es el del Dr. José Manuel Tovilla Mercado⁴ jefe de la clínica de problemas colorectales del Hospital Infantil Federico Gómez en conjunto con el Dr. Alberto Peña Rodríguez jefe del Centro Internacional de problemas colorectales del Hospital de Niños de Cincinnati U.S.A., mencionan que es muy amplio y variado las MAR y que en algunos casos son imperceptibles los defectos y que es muy importante identificar con exactitud que tipo de malformación es para ofrecer un tratamiento adecuado; en tal forma que se logre la continencia fecal y evitar complicaciones a diversos órganos que en algunas casos influyen en la sobrevida del paciente,

El dr. Luis Charva publico los aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías en ele año 2006 en donde se mencionan como surgió la primera colostomía para tratar el año imperforado y ocurrió en el año 1793, y a este paciente que se ele realizo vivió durante 45 años, y así con el paso del tiempo surgieron las terapeuta enterostomales y fue hasta el año de de 1958 que se nombro la primer terapeuta enterostomal, y al igual que todo método fue evolucionando y también los dispositivos fueron cambiando hasta la forma que hay en nuestro días con la más alta tecnología. Por ello el Lic. Palmero⁵ en su artículo publicado menciona los cuidados de enfermería de la bolsa de colostomía, así como la educación para la salud al paciente y cuidado de su estoma.

Recordemos que el actuar con base a principios éticos que rigen la practica profesional de enfermería puede mejorar la atención al paciente, proporcionando cuidados que garanticen la

⁴ ACTA PEDIATRICA MEXICO, 2008 29(3): 147-50

⁵ Cfr. BOL. MED. HIM. 529. *Op Cit*

Atención libre de riesgos y daños innecesarios⁶.

4.2 PARADIGMAS DE ENFERMERÍA

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigma, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas dominantes del mundo occidental, o paradigmas que han influenciado todas las disciplinas.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Según este paradigma los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así los elementos y las manifestaciones conservan entre si las relaciones lineales y causales; el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Este paradigma ha inspirado dos orientaciones de la profesión de enfermería: una es centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y la otra centra la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Este paradigma prolonga al de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia al persona; y esta marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

⁶ REVISTA DE ENFERMERÍA IMSS 11(2) 115-116

Según esta orientación el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes, se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental

Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

CATEGORIZACIÓN	INTEGRACIÓN	TRANSFORMACIÓN
<i>FENÓMENO</i>	<i>FENÓMENO</i>	<i>FENÓMENO</i>
Divisible	contextual Variable	Único Complejo Global
<i>ELEMENTOS</i>	<i>ELEMENTOS</i>	<i>ELEMENTOS EN INTERACCIÓN</i>
Definidos Medibles Ordenados Secuenciales	Múltiples	Continua Recíproca Simultánea

RELACIÓN

Línea
Causa

RELACIÓN

Circular
Interaccional⁷

4.3 FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA VIRGINIA HENDERSON

Principales conceptos y definiciones

Enfermería

«La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible».

Salud.

No dio una definición propia de salud, pero en sus escritos comparó la salud con la independencia. Interpretaba; la salud capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Entorno.

Se define entorno como: el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo

⁷ANTOLOGÍA, TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA: BASES TEORICAS PARA EL CUIDADO ESPECIALIZADO. Edic.1º Edit. UNAM. México 2006. Pp. 65-79.

Persona (paciente).

Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una Muerte tranquila. y que el cuerpo y el alma son inseparables.⁸

Necesidades.

Señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería, Estas necesidades son las siguientes:

LAS 14 NECESIDADES:

- 1) **La Necesidad de respirar:** Necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos (respiración interna)
- 2) **La necesidad de beber y de comer:** Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
- 3) **La necesidad de eliminar:** Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.
- 4) **La necesidad de moverse y de mantener una postura adecuada:** Necesidad del

⁸ MARRINER-TOMEY ANN, MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA, 3ª EDICION, EDITORIAL MOSBY-DOYMA, BARCELONA ESPAÑA 1988.

organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

- 5) **La necesidad de dormir y de descansar:** Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.
- 6) **La necesidad de vestirse y de desnudarse:** Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales , del decoro y de los gustos personales.
- 7) **La necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:** Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.
- 8) **La necesidad de estar limpio y aseado, y de proteger los tegumentos:** Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo)
- 9) **La necesidad de evitar los peligros:** Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.
- 10) **La necesidad de comunicarse con los semejantes:** Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.
- 11) **La necesidad de actuar según las propias creencias y valores:** Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de la vida que le convengan o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

- 12) **La necesidad de preocuparse de la propia realización:** Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.
- 13) **La necesidad de distraerse:** Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversiones.
- 14) **La necesidad de aprender:** Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.⁹

SUPUESTOS.

Enfermería

- ❖ Tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos.
- ❖ Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- ❖ La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando así lo requiera.
- ❖ La enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología

⁹ PHANEUF M., LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. EDIC. 1ª. EDIT. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. MÉXICO. 1999. PP. 32-51

- ❖ Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas
- ❖ Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona (Paciente)

- ❖ Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional
- ❖ El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar
- ❖ El paciente requiere de ayuda para lograr la independencia
- ❖ El paciente y su familia constituyen una unidad
- ❖ Las necesidades del paciente están incluidas en las 14 componentes de enfermería

Salud

- ❖ La salud es la calidad de vida
- ❖ La salud es fundamental para el funcionamiento humano
- ❖ La salud requiere independencia e interdependencia
- ❖ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- ❖ Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario.

Entorno

- ❖ Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- ❖ Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad.
- ❖ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas.
- ❖ Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.
- ❖ Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- ❖ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

AFIRMACIONES TEÓRICAS

La relación enfermera-paciente

Se pueden establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente que van desde una relación muy dependiente a la práctica independencia

1. La enfermera como una sustituta del paciente

2. La enfermera como una auxiliar del paciente

3. La enfermera como una Compañera del paciente.

Afirmó que independencia es un término relativo, nadie es independiente de los demás, pero nos esforzamos por alcanzar una interdependencia sana, no una dependencia enferma. La enfermera debe ser capaz de valorar no solamente las necesidades del paciente sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran.

La enfermera y el paciente trabajan por un objetivo, ya sea la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser mantener la vida cotidiana del paciente.¹⁰

INDEPENDENCIA

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación.

DEPENDENCIA

La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades; y puede ocurrir que las actividades que realicen no resulten adecuadas o sean insuficientes.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia, con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales).

¹⁰ *Cfr. MARRINER. OP. CIT.*

LAS CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Y se agrupan en tres posibilidades.

1. **Falta de Fuerza:** no solo es la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
2. **Falta de conocimientos:** sobre la salud y situación de enfermedad (autoconocimiento).
3. **Falta de voluntad:** es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia parcial o total, así como temporal o permanente.¹¹

Para **Margot Phaneuf**, no bastaba con descubrir la dependencia de la persona cuidada, era necesario determinar su nivel para planificar las intervenciones necesarias, y esta varía según la importancia de la ayuda que requiere una persona para satisfacer sus necesidades. El siguiente cuadro está dividido en seis niveles, el primero, nivel 0, es el de la independencia, que presenta dos aspectos: lo que la persona realiza por sí misma y lo que realiza de manera independiente, pero con ayuda de un aparato o dispositivo de un tratamiento. Los otros cinco niveles señalan una gradación progresiva de la dependencia de

¹¹ FERNÁNDEZ F, EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ESTUDIO DE CASOS, EDIT. MASÓN, ESPAÑA, 1993 PP. 1 - 10

la persona.

Para Phaneuf es importante identificar el grado de dependencia de una persona, para así poder satisfacer sus necesidades en orden prioritario, pero no menos importantes las demás. Por consiguiente se buscara primero preservar la vida y garantizar la seguridad, enseguida las necesidades que entrañan una fuerte dependencia, esto es: que las prioridades de las necesidades varían en función de la situación, pero puede ocurrir que varias tienen la misma importancia o el mismo carácter de urgencia.¹²

¹² FERNÁNDEZ F, EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, ESTUDIO DE CASOS, EDIT. MASÓN, ESPAÑA, 1993 PP. 1 - 10

CONTINÚO INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA¹³¹⁴

INDEPENDENCIA	DEPENDENCIA				
NIVEL 0	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
La persona satisface por sí misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasis. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis sin ayuda	La persona necesita a alguien para que le enseñe como hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasis, para asegurarse de que lo que hace bien o para que le preste alguna ayuda	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, pero puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades o para aplicar su tratamiento, y no puede de ningún modo participar en ello

¹³ PHANEUF M., LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. EDIC. 1ª. EDIT. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. MÉXICO. 1999. PP. 1-235.

¹⁴ FERNÁNDEZ F C. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ESTUDIO DE CASOS. EDIC. 1ª. EDIT. MASSON, BARCELONA ESPAÑA. 1999. PP. 1-9.

4.4 EL METODO ENFERMERO

El conocimiento representa un “proceso histórico social de la actividad humana”, orientado a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre, proceso de acercamiento e infinito del pensamiento al objeto. También, el conocimiento es un producto social, resultado de la actividad productiva de toda la humanidad y no sólo de individuos; por lo mismo, un proceso histórico que se desarrolla en el tiempo, de formas simples y superficiales a contenidos complejos y profundos.

Por lo tanto, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) está basado en el método científico, herramienta que permite desarrollar conocimientos, habilidad y destrezas en la atención integral del paciente en sus áreas bio-psico-socio-espiritual, en el marco del proceso salud-enfermedad, cuyo objeto principal es cubrir sus necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Características:

1. Es un método que lleva una serie de pasos, lo que permite la continuidad en el otorgamiento de cuidados.
2. Sistemático: implica partir de un nuevo planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
3. Humanista: considera al hombre como un ser holístico.
4. Dinámico: responde a un cambio continuo.
5. Flexible: se puede adaptar a cualquier teoría o modelo de Enfermería.
6. Interactivo: por requerir de la interrelación humano-humano con él (los) paciente (s) para lograr objetivos comunes

ETAPAS

El proceso está organizado en cinco etapas interdependientes y relacionadas entre sí: 1. Valoración, 2. Diagnóstico, 3. Planeación, 4. Ejecución, 5. Evaluación, su enfoque es el manejo específico de las respuestas o necesidades de salud, tanto reales como potenciales del paciente.

1. VALORACIÓN

Se define como el proceso organizado y sistemático de la obtención de datos, lo que nos permitirá estimar el estado de salud del paciente, familia y comunidad.

Se lleva a cabo a partir de un enfoque holístico; es decir, un modelo de enfermera para la identificación de respuestas humanas y la integración de elementos de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

Consiste en tres actividades separadas entre sí: recolección de datos, validación de la información y registro de la información.

Recolección de datos:

- a) Entrevista clínica. Es un proceso que tiene como finalidad obtener información precisa y necesaria para el diagnóstico de la enfermera y la planificación de los cuidados, facilita la relación enfermera-paciente, permite al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, ayuda a la enfermera a determinar que otras áreas requieren de un análisis específico a lo largo de la valoración.
- b) Observación, implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno.
- c) Exploración física, se centra en determinar a profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar datos subjetivos obtenidos durante la entrevista, mediante la inspección, palpación, percusión y

auscultación.

Validación de la información.

Será necesario revalorar al paciente, comparar datos objetivos y subjetivos, de esta forma estar seguro de que la información que se ha reunido es verdadera.

Organización de datos

Se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual es por necesidades humanas (Maslow 1972), o por patrones funcionales (Gordon 1987).¹⁵

¹⁵ REVISTA METAMORFOSIS EN ENFERMERÍA. VOL.1 N° 4 MAYO-JUNIO 2006. "**ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**". PP12-15.

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración, donde se plantea un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia, comunidad, así como los recursos existentes. Para llevar a cabo el diagnóstico son necesarios cuatro pasos: razonamiento, diagnóstico, formulación de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

Los pasos a seguir en el razonamiento diagnóstico son el listado de datos significativos, análisis y agrupación de datos con sus respectivas deducciones, comparación de datos significativos con características definitorias y factores relacionados o de riesgo de las categorías diagnósticas de la Asociación de Diagnóstico de Enfermería de Norteamérica (NANDA) y bibliografía sobre fisiopatología, aclaración de dudas, identificación de diagnósticos enfermeros y de los problemas interdependientes, asignación del nombre correspondiente de las respuestas humanas (diagnósticos de enfermería) y de las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes), determinación de los factores relacionados o de riesgo.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en:

- a) **Reales:** describen la respuesta actual de una persona, familia o comunidad, basado en datos objetivos y subjetivos, además de factores relacionados.
- b) **Riesgo:** describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad, no existen características definitorias y se apoya en factores de riesgo.
- c) **Salud:** diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero quiere y puede alcanzar un nivel mayor.

Los diagnósticos de enfermería se estructuran en base a las etiquetas de la NANDA, posteriormente el Problema se une a los factores relacionados con la palabra “Relacionado

con” y éstos se unen con características definitorias mediante palabras “Manifestado por”. Al estructurar diagnósticos de enfermería se deberá evitar terminología médica, identificar dos problemas al mismo tiempo, redactarlo de manera que incrimine legalmente o utilizando valores personales, cambiar el orden de los elementos y, registrar dos enunciados en el diagnóstico que tengan igual significado.

Problemas interdependientes: emplear terminología médica y participación conjunta del equipo interdisciplinario, razón por la cual no debe emplearse la taxonomía diagnóstica de enfermería para renombrar situaciones fisiopatológicas que ya tienen un nombre.¹⁶

3. PLANEACIÓN

Tercera parte del proceso enfermero. Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir, o corregir respuestas del paciente sano o enfermo. Los pasos son:

1. Establecer prioridades, identificación de problemas de salud en los cuales se debe centrar mayor atención, de acuerdo a las necesidades de Maslow y kálish (Alfaro 1999).
2. Elaborar objetivos, medir el éxito de un plan determinado, permite dirigir las acciones de enfermería y dar solución a los problemas.

¹⁶ *Cfr. REV. METAMORFOSIS. Op. Cit*

3. Determinar acciones de enfermería y estrategias diseñadas para cumplir el objetivo planteado.

4. Documentar el plan de cuidados, cuya información estará presente en un formato dividido en columnas; diagnóstico de enfermería, objetivo, acciones de enfermería independiente e interdependiente, fundamentación científica y evaluación, la cual se realizará de forma individual.¹⁷

¹⁷ *Cfr. REV. METAMORFOSIS. Op. Cit*

4. EJECUCIÓN

Cuarta etapa del proceso. Está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos planteados. Implica las siguientes actividades por parte del personal de enfermería:

- Análisis y valoración de datos
- Llevar a cabo los cuidados de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado

Se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los problemas (diagnósticos de enfermería y dificultades interdependientes), así como las necesidades asistenciales de cada paciente.¹⁸

¹⁸ *Cfr. REV. METAMORFOSIS. Op. Cit*

5. EVALUACIÓN

Última etapa del proceso. Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, lo que determinará la eficacia y efectividad de las actuaciones, existen dos tipos de evaluación: logro de objetivos y revaloración del plan de cuidados de enfermería.

Cuando los resultados no son los esperados, es necesario revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y corregirlas.

La evaluación es compleja; sin embargo, al emplear la metodología del proceso de enfermería se facilita por ser sistemática y continua, ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia”.¹⁹

¹⁹ *Cfr. REV. METAMORFOSIS. Op. Cit*

4.5 RELACIÓN DEL MÉTODO DE ENFERMERÍA Y VIRGINIA HENDERSON

La Filosofía de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención

1. en las **ETAPAS DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:
 - El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
 - Las causas de la dificultad en tal satisfacción
 - La interrelación de unas necesidades con otras.
 - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2. En las **ETAPAS DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo –siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3. Finalmente, en la etapa de **EVALUACIÓN**, Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápidamente posible.

Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.²⁰

²⁰ PHANEUF M., LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS. EDIC. 1ª. EDIT. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. MÉXICO. 1999. PP. 1-235.

4.6 DESARROLLO EMBRIONARIO NORMAL²¹

DESARROLLO DEL APARATO DIGESTIVO

Durante la cuarta semana se efectúa el encurvamiento céfalo caudal del embrión, observándose que la cavidad revestida de endodermo tiene una porción intraembrionaria (intestino primitivo) y dos extraembrionarias (saco vitelino y alantoides). En sus porciones cefálica y caudal se forma, respectivamente, el intestino anterior y el posterior, y en la porción central, el intestino medio conserva pasajeramente su comunicación con el saco vitelino a través del conducto vitelino u onfalomesentérico.

El intestino anterior se divide en las porciones cefálica, oro faríngea y caudal; la primera se inicia en la membrana bucofaríngea y termina en la yema traqueó bronquial, originando las bolsas faríngeas y los arcos branquiales, así como los elementos del oído interno, las amígdalas, el timo, etcétera.

El intestino medio La yema hepática (formada por endodermo) crece, se introduce en el **septum transversum** y origina el parénquima hepático, la vesícula biliar y los conductos biliares. Junto a ella se desarrollan los dos divertículos pancreáticos que forman el páncreas. El intestino medio se inicia en la yema hepática (vestíbulo intestinal anterior) y termina en el sitio de unión del tercio medio con el tercio izquierdo del colon transverso (vestíbulo intestinal posterior), dando origen en el adulto al resto del duodeno, yeyuno, íleon, colon ascendente, incluyendo ciego y apéndice, y los tercios derecho y medio del colon transverso.

El intestino posterior abarca el vestíbulo intestinal; en el adulto corresponde al tercio izquierdo del colon transverso, colon descendente sigmoides, recto y ano.

²¹ Cfr. LANGMAN. Op. Cit.

El intestino posterior, en su porción mas caudal se encuentra en íntima relación con el sistema urinario, de tal manera que el **septum** urorectal divide, hacia adelante, a la vejiga y a la uretra, y hacia atrás, a recto. La membrana anal se rompe al final de la séptima semana.²²

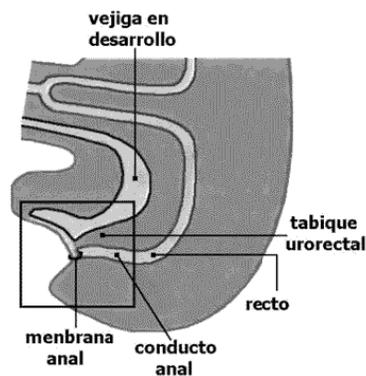


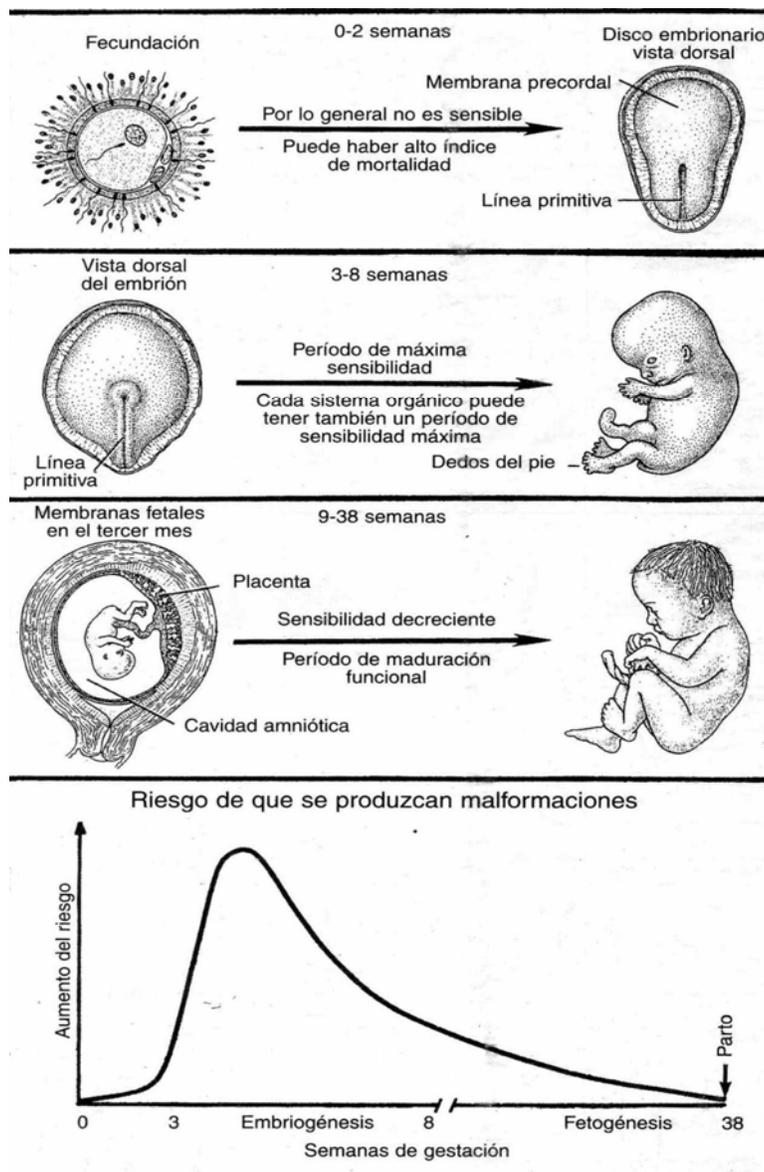
Fig. 3 Embriología: séptima semana de gestación.

División de la cloaca por avance del tabique urorectal²³

²² CFR. GUZMAN. OP. CIT

²³ REVISTA CHILENA DE RADIOLOGÍA. VOL 9 N° 0. AÑO 2003; 10-12. DR.A KERLA MOËNNE B.

PERIODOS DE SUSCEPTIBILIDAD A LA TERATOLOGÍA²⁴



²⁴ LANGMAN, J. **EMBRIOLOGÍA MÉDICA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA**. EDIC. 9ª. EDIT. PANAMERICANA. BUENOS AIRES. 2004. PP. 1-2

TERATOLOGÍA

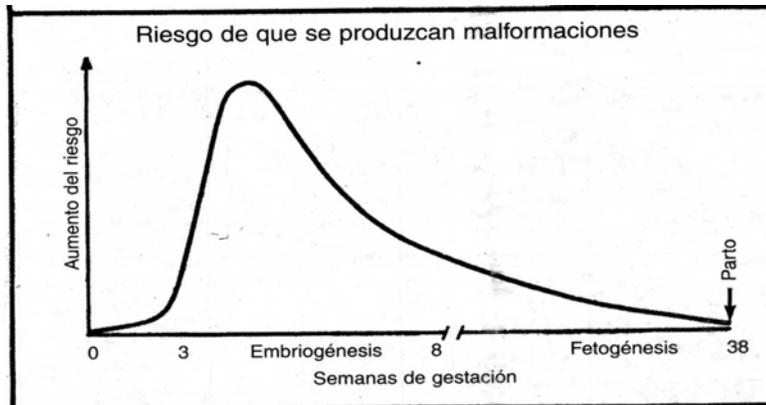
1. La acción teratogena de un agente depende del estado en que se encuentra el embrión en un momento determinado. La susceptibilidad de las diferentes estructuras embrionarias hacia los factores ambientales es mayor durante la fase de diferenciación activa; cuando algunas células del cigoto sufren modificaciones, en sus estructuras morfológicas y químicas, indispensables en las diferentes funciones de órganos y tejidos. Por ello los teratógenos difícilmente pueden producir defectos congénitos antes de que se realice la diferenciación.
2. El efecto de un simple teratógeno puede variar en las diferentes especies o en las diferentes clases de la misma especie.
3. En ocasiones las anomalías congénitas que producen los teratógenos no pueden distinguirse de los que presentan las condiciones hereditarias, por ser verdaderas fenocopias.
4. En ocasiones, si varían la dosis del teratógeno, el tiempo y el periodo sensitivo del feto, pueden no presentarse defectos o anomalías congénitas, pero sí ocurrir la muerte del embrión o del feto.
5. Los teratógenos, cuando no ocasionan defectos congénitos o muerte intrauterina, pueden ser responsables de bajo peso al nacimiento.

Los factores que modifican el desarrollo normal del embrión y pueden producir defectos congénitos son:

- Las radiaciones ionizantes.
- La ruptura de los cromosomas o la falta de disyunción.
- La interferencia con la mitosis (radiaciones ionizantes, algunos anestésicos, colchicina, podofilina, vincristina, vinblastina, y griseofulvina).
- La alteración de los ácidos nucleicos en su función o integridad (algunos quimioterápicos y el agente antiviral citocina arabinosa).
- La pérdida o carencia de ciertos precursores o sustratos directamente relacionados con la nutrición materna.
- Los que resultan de una alteración del curso de la energía en la iniciación del proceso embrionario en un momento determinado.
- La falta del balance fluido osmótico. El imbalance de la osmolaridad de los líquidos, en ciertas enfermedades como la toxemia del embarazo, puede también relacionarse con algunos defectos congénitos.
- La inhibición de una o varias enzimas (antagonistas del ácido fólico con inhibición de las enzimas dehidrofolatorreductasa, timidilatosintetasa, ribonucleótido difosfato reductasa y anhidrasa carbónica)
- Los cambios que se producen en las membranas celulares; por ejemplo,

- mediante las radiaciones ionizantes.²⁵

SUCEPTIBILIDAD A LA TERATOGENIA²⁶



GÉNESIS DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS

El mal desarrollo del embrión resulta de la divergencia de su curso normal, y puede producirse en cualquier etapa de la secuencia que lleva la formación de un organismo hasta su completo desarrollo, en varios periodos sensitivos del desarrollo embrionario.

En términos prácticos podemos considerar que el embrión puede alterarse:

- a) a nivel molecular, o bien,
- b) a nivel celular o tisular.

A nivel molecular, cuando el código primario que tienen los genes del embrión (genoma) es

²⁵ Cfr. GUZMAN. *Op Cit.*

²⁶ Cfr. LANGMAN. *Op. Cit.*

defectuoso, y la transcripción de la información para que realice la síntesis de las proteínas puede quedar inhibida en los ribosomas.

A nivel celular y de los tejidos, cuando los movimientos de las células o las interacciones se alteran, el crecimiento se inhibe o bien hay exceso de tejidos del embrión. En el caso contrario, la falla para degenerar puede producir defectos.

MALFORMACIONES ANORECTALES FRECUENTES

Las malformaciones anorrectales vienen a ser el resultado de la división anormal de la cloaca por el *septum* uorrectal que la divide en recto y canal anal en su parte posterior y vejiga urinaria y uretra en su parte anterior, cuyo desarrollo se presenta antes de los 49 días de gestación, produciéndose así la falta de continuidad normal de la luz intestinal hacia el exterior, con o sin comunicación fistulosa a periné o hacia aparatos urinario o genital.

Si **incidencia** ha sido reportada entre 1:1000 a 1:5000 nacidos vivos.

En los factores de riesgo el ambiente no parece influir en el desarrollo anormal.

Fisiopatogenia

Los cambios embriológicos que ocurren normalmente en un producto de 4 mm a nivel de su intestino primitivo, posterior a su divertículo alantoides, dan origen al tercio izquierdo del colon transversal, descendente, sigmoides, recto y gran parte del sistema urogenital.

La división de la placa de cierre de la cloaca en el seno urogenital anterior, y en el seno anal posterior por el tabique uorrectal descendente, durante las semanas 6 a 7 de vida intrauterina, deja normalmente una placa anal de tamaño adecuado. Cualquier ligera desviación posterior en la posición del tabique reducirá el tamaño de la abertura anal (estenosis).

La mayor parte de los casos de membrana anal se deben a la falta de perforación de la placa

de cierre anal a la semana siete. Si el tabique uorrectal descendente se detiene inmediatamente antes de entrar en contacto con la membrana de la cloaca, quedara una fisura por debajo de la piel.

La **ectopia anal (fístula)** resulta de la detención del crecimiento del tabique urogenital poco antes de completarse, localizándose a vagina inferior, vestíbulo o periné; esto ocurre alrededor de la semana siete.

De todos es conocida de la clasificación de las malformaciones anorrectales en alta (supraelevadora), intermedia y baja (infraelevadora) de acuerdo con la relación del fondo de saco rectal con el músculo elevador del ano, haciéndose énfasis en el sexo del paciente; sin embargo, como complemento a la misma tenemos a la clasificación de **Wingspread**.

La **agenesia anorrectal** es el resultado de la excesiva obliteración del intestino caudal embrionario y de la porción dorsal adyacente de la cloaca. El tabique uorrectal descendente alcanza la pared dorsal de la cloaca.

empequeñecida, dejando un colon que termina en fondo de saco por encima de una membrana rectal aislada por debajo.

Las fístulas de este tipo de defecto se forman por la abertura en la unión de los costurones laterales del tabique uorrectal en una porción intermedia tras el cierre inicial debido a la presión que existe dentro del intestino que termina en fondo de saco; la edad en que se producen es en las semanas 6 y 7.

Cuadro 1. Clasificación de Wingspread de las malformaciones anorrectales.²⁷

NIÑOS	COLOSTOMÍA
Fistula perianal	NO
fístula rectouretral bulbar prostática	SI
fístula rectovesical (cuello de la vejiga)	SI
Agenesia anorrectal sin fístula	SI
Atresia Rectal	SI

²⁷ MARTÍNEZ R. **“LA SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE”**. EDIC. 5º EDIT. MANUAL MODERNO. MÉXICO. 2004. PP. 355-358

ANATOMÍA PATOLÓGICA

VARONES

Fístula perineal: (cutánea) es el defecto más simple de ambos sexos. Los pacientes tienen un pequeño orificio localizado en el periné, anterior al centro del esfínter externo, cerca del escroto en el varón o de la vulva en la mujer. Estos pacientes suelen presentar un sacro bien formado, un rafe prominente en la línea media y un hoyuelo anal también prominente. Este defecto puede repararse sin una colostomía protectora.

Fístula rectouretral: el recto se comunica con la parte inferior de la uretra (uretra bulbar) o la parte superior de la misma (uretra prostática). El funcionamiento del esfínter es satisfactorio; pocos pacientes tienen músculos perineales débiles y un periné de aspecto plano. El sacro puede presentar diferentes grados de hipo desarrollo, particularmente en el caso de la fístula prostática rectouretral. La mayoría tiene un rafe perineal bien formado en la línea media y un hoyuelo anal. Los que representan una fístula recto prostática tienen un sacro mal desarrollado, un periné plano o un escroto bífido y una hendidura anal localizado muy cerca del escroto. Estos pacientes requieren una colostomía protectora durante el período neonatal, la reparación quirúrgica completa se realiza en etapas posteriores de la vida.

Fístula rectovesical: el recto se comunica con el tracto urinario a nivel del cuello de la vejiga. El funcionamiento del esfínter rectal está poco desarrollado, el sacro está frecuentemente deformado y ausente, el periné parece plano. Este defecto representa el 10% del total de varones afectados. El pronóstico de la función intestinal suele ser malo. Es imprescindible realizar una colostomía durante el período neonatal, seguida de la reparación quirúrgica, en etapas posteriores.

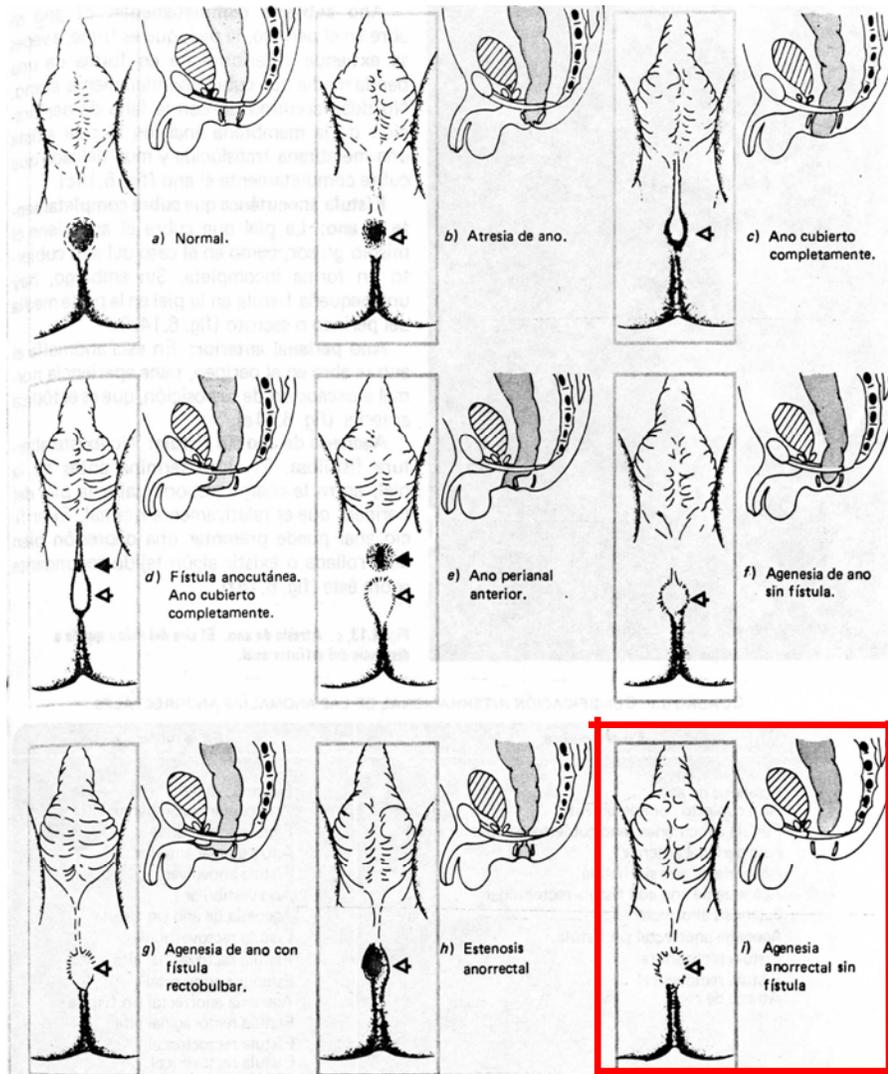
Ano imperforado sin fístula: este defecto tiene las mismas características en ambos sexos. El recto está completamente obliterado, se encuentra unos 2 cm. Por encima de la piel del periné, el sacro y el funcionamiento del esfínter suelen estar bien desarrollados, el pronóstico funcional es bueno y es similar al de varones con una fístula bulbar rectouretral. Durante el período neonatal está indicado realizar una colostomía. Este defecto se asocia con el

síndrome de Down.

Atresia rectal: aparece en el 1% de las anomalías anorrectales, tiene las mismas características en ambos sexos. El único rasgo de este defecto es que los pacientes afectados presentan un canal anal y un ano normales; el defecto se descubre cuando se toma la temperatura rectal, ya que existe una obstrucción alrededor de 2 cm. Por encima del nivel de la piel. Estos pacientes necesitan una colostomía protectora. El pronóstico funcional es excelente porque tiene un funcionamiento normal del esfínter (y sensibilidad normal) que reside en el canal anal.²⁸

²⁸ BERHMAN. NELSON. TRATADO DE PEDIATRÍA. EDIC. 17ª. EDIT. ELSEVIER. ESPAÑA. 2004. PP. 1285-1288

Anomalías anorectales en el hombre²⁹

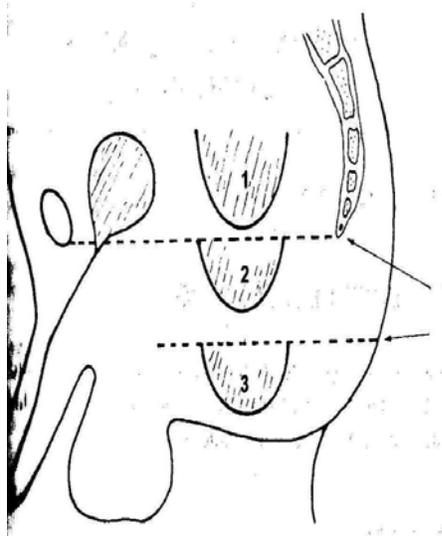


²⁹ Cfr. GUZMAN. Pp 238-232 Op. Cit.

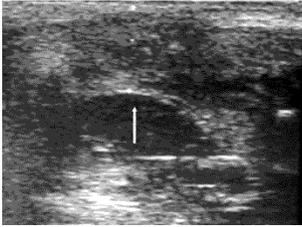
Todas las clasificaciones de las malformaciones anorrectales tienen como denominador común situar el fondo del saco rectal en relación con el músculo elevador del ano y más específicamente con su porción *puborrectalis*, considerada como la mayor importancia en la incontinencia rectal; para ello ha de tomarse como referencia la línea pubococcígea que muestra el nivel superior de dicho haz muscular.

Esquema de las malformaciones anorrectales.

1. Fondo de saco rectal alto.
2. Fondo de saco rectal medio.
3. Fondo de saco rectal bajo



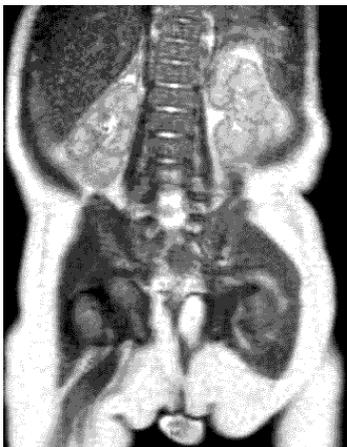
IMÁGENES RADIOLÓGICAS DE DIFERENTES MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO³⁰



US perineal, demostrando la distancia entre el fondo de saco rectal y la piel. Flecha indicando la mucosa rectal distal.



Uretrocistografía miccional demostrando Fístula rectourinaria (flechas).



RM coronal demuestra anatomía de músculos elevadores



RM sagital permite observar Fístula rectouretral

³⁰ Cfr. REV. CHILENA. RAD. Op. Cit

TRATAMIENTO OPORTUNO

El tratamiento lleva al acto quirúrgico, que se encuentra supeditado al tipo de malformación, que puede ir desde la simple perforación de una membrana anal que incluso se realiza sin anestesia, hasta las diversas técnicas, para lograr la comunicación del resto con el exterior, cuya indicación dependerá de la altura a la que se encuentra del fondo del saco rectal (supraelevadora, intermedia o infraelevadora), para lo cual se valoran los aspectos clínicos, de laboratorio y gabinete.

En forma clásica la intervención se lleva a cabo de los 10 meses de edad, por lo que va precedida una colostomía, que es practicada dentro de las primeras 24 hrs, de vida, que debe persistir de 1 a 2 meses después del procedimiento definitivo.

Para resolver una malformación anorrectal será indicación que continúe con dilataciones anorrectales con bujías de Hegar, o digitales por periodos variables, seis meses como mínimo.³¹

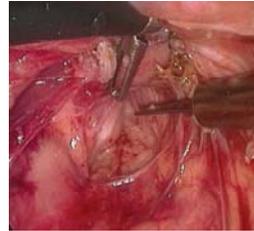
Un abordaje sagital posterior se utiliza la estimulación muscular eléctrica para identificar el funcionamiento esfinteriano y permite una exposición directa de la anatomía interna, evitando así el daño potencial de estructuras y nervios importantes. Se utiliza una incisión en la línea media entre ambas nalgas para separar todas las estructuras musculares en la línea media. Se separa el recto del tracto urinario. El recto se coloca dentro de los límites determinados eléctricamente del funcionamiento esfinteriano. En los casos de cloaca, la vagina y el tracto urinario también se reconstruyen y debe ser ajustado dentro del espacio disponible. En los varones, la malformación puede repararse posteriormente en el 90% de los casos. El 10% restante tienen una fístula rectovesical porque el recto no puede alcanzarse posterosagitalmente; se requiere una aproximación combinada posterosagital y abdominal. En los casos de cloaca persistente en el 30-40% debe abrirse el abdomen, para movilizar un recto alto o una vagina alta.

³¹ Cfr. MARTINEZ. *Op. Cit.*

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UNA MALFORMACIÓN ANORRECTAL³²



Incisión peri anal, usando un trocar largo.



Estimulación muscular intra-abdominal



Vista laparoscópica de la posición del trocar peri anal
Entre el músculo del vientre y puborectal



Anastomosis completa entre el recto y el ano

³² JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC & ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES. VOLUME 16, NUMBER 1, 2006

PRONÓSTICO

Los pacientes de ambos sexos con fístula perineal y atresia rectal deberían tener resultados funcionales excelentes tras la reparación de los defectos, es decir, continencia completa. Los varones con fístula bulbar rectouretral y los de ambos sexos con ano imperforado también tienen un buen pronóstico. Alrededor del 80% consigue un control del intestino entre los 3 y 4 años de edad.

Los pacientes que tienen una cloaca persistente con un canal común de menos de 3 cm presentan una probabilidad de aproximadamente el 80% de tener movimientos intestinales voluntarios a la edad de 3 años; la mayoría tienen continencia urinaria. Cuando el canal es más largo de 3 cm, la mayoría de ellos presenta incontinencia fecal y requieren sondaje intermitente para vaciar su vejiga.

La mayoría de los pacientes sometidos a una operación para reparación de un ano imperforado tienen diversos grados de estreñimiento, este síntoma es más pronunciado con defectos más bajos y simples.³³

³³ *Cfr. BEHRMAN Op. Cit.*

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

EL SISTEMA DE VALORES PROFESIONALES EN ENFERMERÍA

La enfermería se desarrolla en una sociedad determinada, la profesión de enfermería incorpora, a los valores profesionales universales aquellos que se corresponden con su sociedad particular.

La ética médica tradicional está basada en **principios** fundamentales: **no dañar y hacer el bien**. Otros principios son: **la fidelidad** al paciente y la **veracidad** de su expresión. El primero es sinónimo de amor, respeto y compromiso; entre este último se encuentra la **confidencialidad**. En el caso del segundo, la veracidad tradicionalmente ha estado más vinculada al ejercicio responsable de la profesión.

Las virtudes que deben caracterizar a una buena enfermera están: la honestidad, la dignidad profesional, la prudencia, la paciencia, la solidaridad y la modestia.³⁴

Beneficencia y no maleficencia.- Se aplica promoviendo el bien, y prevenir y no infringir daño o maldad, en el trato y procedimientos realizados.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería dado y no solo refiriéndonos solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía.- Brindando respeto a Mateo con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. En este caso la mamá es la que toma las decisiones.

Privacidad.- Se aplica durante su trato y manejo de algún procedimiento, no permitiendo que

³⁴ REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA. CENTRO DE ESTUDIOS HUMANÍSTICOS PARA LAS CIENCIAS MÉDICAS. FCM "GENERAL CALIXTO GARCÍA." **COMISIÓN NACIONAL DE ÉTICA Y BIOÉTICA EN ENFERMERÍA** APROBADO: 16 DE SEPTIEMBRE DE 2003. MSC. *MARÍA DEL CARMEN AMARO CANO*. 27 Y G. VEDADO, PLAZA. LA HABANA, CUBA.

se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtuvo sobre la vida y la salud de Mateo.

Fidelidad.- Se brindo el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que se obtuvieron durante el trato, manejo y obtención de datos.

Veracidad.- durante el trato con los familiares de Mateo se aplico este principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Confiabilidad.- Como profesional de enfermería se debe hacer merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a los familiares de Mateo siempre que ellos lo solicitaran.

Solidaridad.- Enfocándonos como profesionales de la salud, trabajando en conjunto con el equipo multidisciplinario que interactuamos para poder lograr un bien común entre todos, y así lograr la satisfacción de las necesidades de Mateo y su bienestar integral.

Tolerancia.- Se aplico debido a que la tolerancia de un malentendido respetando a la libertad sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

4.8 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS

Documento Consensuado a Nivel Nacional, México (Sin Fecha)



- ❖ Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
- ❖ Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
- ❖ Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- ❖ Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
- ❖ Fomentar una cultura de auto cuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.
- ❖ Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.
- ❖ Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.
- ❖ Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.³⁵

³⁵ WWW.COMLE.ORG

4.9 LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.³⁶³⁷

RECIBIR UN TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.³⁸³⁹

RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable tienen derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.⁴⁰⁴¹

³⁶ LEY GENERAL DE SALUD ARTÍCULOS 51 Y 89. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 21 Y 48

³⁸ LEY GENERAL DE SALUD ART. 51 Y 83. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.
ART. 25 Y 48

⁴⁰ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 29 Y 30 NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, NUMERAL 5.5.

DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.⁴²

OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.⁴³

SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujeto de manera voluntaria.⁴⁴

⁴² REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 80 NOM- 168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NUMERALES 4.2 Y 10.1.1 ANTEPROYECTO DEL CÓDIGO-GUÍA BIOÉTICA DE CONDUCTA PROFESIONAL DE LA SSA, ART. 4, FRACCIÓN 4.3 “DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE” DEL 9 DE ENERO DE 1995, APARTADO C DEL PUNTO NÚMERO 10

⁴³ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS. ART. 80 Y 81 NOM-168-SSA-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NUMERAL 4.2 Y 10.1.1

⁴⁴ NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, NUMERAL 5.6, LEY REGLAMENTARIA DEL ART. 5° CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL DF, ART. 36 LEY GENERAL DE SALUD. ART. 136, 137 Y 138. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 19 Y 35

CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.⁴⁵

RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.⁴⁶

CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.⁴⁷

⁴⁵ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 29 Y 30 NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. NUMERALES 4.9 Y 5.5

⁴⁶ LEY GENERAL DE SALUD. ART. 55, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 71 Y 73

⁴⁷ REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 32 NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁴⁸

⁴⁸ LEY GENERAL DE SALUD. ART. 54 REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ART. 19, 51 Y 52. DECRETO DE CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. ART. 1, 2, 3 Y 4

V. METODOLOGIA

Para la realización del estudio de caso se hizo la selección del neonato en el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva neonatal , en el Instituto Nacional de Pediatría. La recolección de la información se obtuvo por medio de una entrevista que se le realizó a la mamá basándose en el formato de historia clínica, la cual esta elaborada en base a la filosofía de Virginia Henderson con el formato de valoración del recién nacido grave, posteriormente se valoró al paciente por medio de la exploración física, que consta de la observación, auscultación, palpación y percusión; y así se pudo determinar que necesidades se encontraban alteradas en el momento de la valoración para poder crear un plan de intervenciones de acuerdo a la jerarquización de necesidades y sus diagnósticos de enfermería. Así como también la elaboración de un plan de alta. Se realizó una búsqueda bibliográfica, como revistas, artículos con la finalidad de conocer más acerca de esta patología, pudiendo brindar intervenciones de enfermería especializadas.

Una vez detectadas las necesidades alteradas con ayuda del instrumento del “niño grave”, se estructuraron los diagnósticos de enfermería, logrando así establecer un plan de intervenciones especializadas, poniendo en marcha este plan y evaluándolo constantemente para lograr los objetivos principales.

La validación de los datos: se recurrió al expediente clínico, a los registros de enfermería, la investigación bibliográfica, hemerográfica e Internet para reunir todos los datos que consideré necesarios.

Las variables de estudio: 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, y los indicadores a evaluar se tomaron a partir de las manifestaciones de independencia de cada una de ellas

Durante la realización y abordaje de este estudio de caso clínico se aplicaron los diferentes principios éticos en con Mateo y con sus familiares para crear un ambiente siempre bueno y hacer la estancia hospitalaria más agradable.

Para determinar el grado de dependencia y las causas de dificultad utilizaremos los siguientes códigos para la jerarquización de necesidades:

- **Código: *Grado de dependencia***

Total = **Dt** Temporal = **Dtm** Parcial = **Dp**
Permanente = **Dpr**.

- **Causas de dificultad**

Falta de Fuerza=**FF** Falta de Voluntad= **FV**
Falta de Conocimiento=**FC**

Descripción de la estructura familiar.

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación
R. A. M.	38	Primaria com	Ama de Casa
R.A. M.	43	Primaria com	Obrero
S. M. C.	65	Ninguno	Ama de casa
M. A. M.	3/30	Paciente	

Características de la vivienda:

Casa propia contruida de tabique y lamina de asbesto, cuenta con dos cuartos en donde una es la cocina y comedor y el otro es recamara en donde duermen 3 personas, lo que condiciona hacinamiento positivo.

III. Orientación de la familia durante la hospitalización: Horario de visita

Normas sobre la permanencia en el servicio: SI

Informe sobre el estado de salud: SI

Servicios religiosos: SI

Trámites administrativos: SI

IV. Antecedentes del problema de salud actual.

Mateo cuenta con tres dias de vida extrauterina, al revalorarlo en el servicio de alojamiento conjunto se percatan que tiene malformación anorrectal, el cual se requiere cirugía pediátrica.

V. Valoración de las necesidades básicas

I. OXIGENACIÓN: Frecuencia respiratoria: 52x´

Tipo de respiración: Eupnea: **X** Taquipnea Apnea
 Cheynestokes Resp. Biot Kussmaul

Tipo de ruidos respiratorios	Localización	Inspiración	Espiración
Matidez			
Aumentados			
Disminuidos			
Roncus			
Sibilancias C			
Otros	Base	Estertores	

Pulsos (tipO)	BraQuial/radial	Femoral	Temporal	Carotideo	Pedio
Normal	X	X	X	X	X
Irregular					
Intermitente					
Filiforme					
Saltón					
Otro					

Secreciones de vías respiratorias:

Tipo	Cantidad	Consistencia	Color y olor
Orales	Regular	Sialorrea	hialina
Nasales	Escasos	Hialina	Hialina
Tubo endotraqueal	Regular	Espesas	Amarillo

Coloración de la piel

N= Normal: **X**
 P = Pálida
 M= Marmórea
 C= Cianótica
 I = Ictérica

Códigos: Vía Aérea

AA = Aire ambiente
 CC = Casco Cefálico
 OT = Orotraqueal: **X**
 NT = Nasotraqueal
 Tr = Traqueostomía

Modo

IMV Asincrónico
 IMV Sincrónico
 CMV Controlada: **X**
 A/C Asistovcontrolada
 CPAP Presión positiva Cont
 BIPAB Presión positiva 2 niveles

Llenado capilar: 3''

Sintomas que relacionan con la función cardiorrespiratoria

Necesidad Oxigenación	Manifestaciones de dependencia
	Cánula orotraqueal
	Uso de ventilador en modo CMV

2. NUTRICIÓN: Peso: 3.000 kg. **Talla:** 51 cm **Perímetro abdominal:** 36 cm

Fecha /hora	Exploración de abdomen
	Auscultación:
20/10/06	Peristaltismo Presente: X Ausente Débil
	Percusión: Matidez: X en Hígado Timpanismo: En Flanco Izquierdo
	Palpación: Blando: X Duro
	Tono muscular: Adecuado
	Sensibilidad al tacto: Adecuado
	Masas, hernias, reflejos y dolor.: respuesta a estímulos dolorosos, no se palpan hernias ni masas.

Necesidad Nutrición	Manifestaciones de dependencia
	Alimentación con forzada con sonda Transpilórica
	Ayuno previo al internamiento

3. ELIMINACIÓN

Color	Olor	Densidad	Labstix		
paja	normal	1010	Ph	7	
			Sangre	-	
			Glucosa	-	
			Cetonas	-	
			Proteínas	-	
			Leucocitos	-	

Tipo	Características del material drenado
Sonda vesical	Orina color paja sin datos anormales
Sonda trasplórica	Para la alimentación forzada, sin drenar ningún material
COT	Conectada a ventilador para mantener la vía aérea.

Eliminación intestinal: Escriba una \checkmark en el espacio correspondiente a la información que se solicita:

Observación de la región anal: Inflamación: rubor: ardor.
 marcas de rescado: Sin datos Anormales
 Erupciones: protuberancias: parásitos: prurito: tumores:
 Otros: Edema en pene por presencia de la sonda vesical
 Tipo de eliminación: Espontanea Otros: Sonda Vesical

Sondas y drenajes

Necesidad Eliminación	Manifestación de dependencia:
	Sonda vesical
	Colostomía de bocas separadas
	Ano imperforado
	Edema en pene

4. TERMORREGULACIÓN Y TEGUMENTOS

Temperatura: Rectal	Axilar : X	Ótica:
Eutermia : X	Distermia:	Temperatura de la cuna o incubadora: Modo Manual
Tegumentos: mucosa oral: Hidratada	Rosada:	limpia: X húmeda: X
Uñas: Forma: normales	limpieza: adecuada	coloración: Rosada
Piel: Coloración: Ligera palidez	Temperatura: 36.6°	Lubricación: Seca
Laceraciones	Heridas	Cicatrices
Rash	Otros: edema en MsTs	

1. MOVIMIENTO Y POSTURA

Sistema musculoesquelético:
Tono muscular: Hipotónico Normotónico: X Hipertonico
Tropismo: Hipotrofico Eutrofico: X Hipertrofico
Fuerza: +++++ +++++: X +++ ++ +
Arcos de movimiento

Reflejos:

Tipo de reflejo	Comentarios
Braquial	+
Radial	+
Tricipial	
Roltuliano	+
Aquiliano	
Babinski (plantar)	Negativo
Otros	

Valoración neurológica:

Funciones mentales superiores:

Lenguaje: NV
Conciencia: NV Coherencia: NV Congruencia: NV
Orientación en espacio y tiempo: NV

Escala de Glasgow para la valoración del coma.

Niños mayores

Actividades	Respuesta
Apertura de ojos	4
Espontanea	3
Verbal	2
Con dolor	1
Ausencia	
Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras inadecuadas	3
Sonidos inespecificos	2
Ausencia	1
Motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexion normal	3
Extencion anormal	2
Ausencia	1

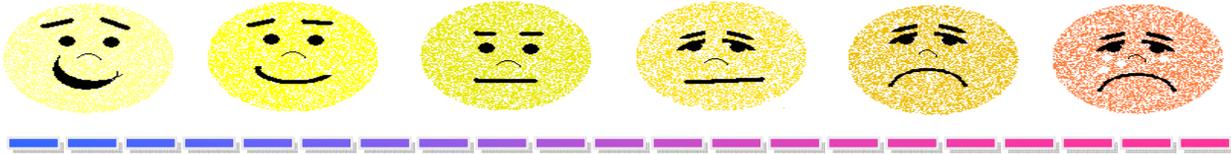
Modificada para lactantes

Actividad	Respuesta
Apertura de ojos	
Espontanea	4
Verbal	3
Con dolor	2
Ausencia	1
Verbal	
Balbuseo	5
Irritable	4
Llanto con dolor	3
Quejido con dolor	2
Ausencia	1
Motora	
Mov. Espontaneos	6
Retirada al tocar	5
Retirada al dolor	4
Flexion normal	3
Extencion anormal	2
Ausencia	1

Necesidad Movimiento y postura	Manifestación de dependencia:
	Arcos de movimiento limitados
	Proteger puntos de presión
	Edema en miembros torácicos y pélvicos
	Edema en cráneo por falta de movilidad
	Técnica de sujeción

Reactividad de la pupila: Derecha:+++ Izquierda +++

Código para la reactividad de la pupila: +, ++, +++



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Datos objetivos: reactivo a estímulos externos y al dolor retira

6. EVITAR LOS PELIGROS

Factores de riesgo físicos por procedimientos invasivos.

Procedimiento
Cambio de bolsa de colostomía
Instalación de sonda vesical
Barandales altos
Curación de catéter
Colocación de sonda orogastrica
Tela adhesiva en exceso en la piel

Necesidad Evitar peligros	Manifestación de dependencia:
	Sonda orogástrica
	Sonda vesical
	Uñas largas y sucias
	Riesgo de caídas
	Uso excesivo de tela adhesiva sobre la piel.

REPOSO Y SUEÑO

HORAS DE SUEÑO: 10 ACTIVO: x LETARGICO:-

TRANQUILO. x DORMIDO: x RESPUESTA A

ESTIMULOS: x MOVIMIENTOS SIMETRICOS

/ASIMETRICOS: simetricos RESPUESTA PUPILAR: +++

REFLEJOS DE SUCCIÓN: x DEGLUCIÓN: x

BUSQUEDA: x MORO: x

VESTIDO

HIGIENE: adecuada CAMBIO DE ROPA: diario

ROPA EN HOSPITALIZACIÓN: no se permite, solo batas para pacientes

COMUNICACIÓN

RESPONDE AL TACTO: SI VOLTEA CON LOS SONIDOS

FUERTES: S I SIGUE LA LUZ: SI

SONRISA SOCIAL: NO VALORABLE.

QUIEN LO CUIDA: MADRE

BALBUCEO: NO VALORABLE

HIGIENE

CONDICIONES DE LA PIEL: hidratada, sonrosada y sin laceraciones

A QUE HORA SE BAÑA: por la mañana, horario del hospital

FRECUENCIA DEL BAÑO: Diario

FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA: Diario

RECREACIÓN

AL NIÑO LE GUSTA QUE LO LEVANTEN EN BRAZOS: no valorable

TIENE ALGUNA PREFERENCIA POR ALGUN OBJETO Y/O SONIDO: no valorable

RELIGION

QUE TIPO DE RELIGIÓN PROFESA: catolica

CON QUE FRECUENCIA ASISTE A SU IGLESIA: solo compromisos sociales

APRENDIZAJE

QUIEN CUIDA AL NIÑO: madre **EN DONDE:** en casa

HA ESTADO HOSPITALIZADO: si

QUE LE GUSTARIA QUE LE ENSEÑARAN: cuidado de los estomas

REALIZACIÓN

PARTICIPA EL NIÑO EN ALGUNA ACTIVIDAD: no valorable

QUE ASPIRACIONES TIENE SU HIJO: no valorable

HACE AMISTAD FACIL CON LOS DEMAS: no valorable

LA NECESIDAD DE HIGIENE, PROTECCIÓN DE LA PIEL, VESTIDO, SUEÑO Y DESCANSO.

Los niños críticamente enfermos pierden su autonomía y sus padres no pueden realizar las actividades normales para brindarles los cuidados de higiene.

Durante el lapso de sueño existe la liberación de la hormona del crecimiento y de testosterona para promover la renovación tisular, esta acción solo es una parte de un sistema enzimático y químico complejo que controla la renovación y restauración corporal, esta es la razón por la que el individuo en crecimiento necesita un mayor tiempo de sueño. Esto en pacientes graves resulta patológico por lo que es esencial evaluar constantemente su estado de conciencia utilizando la escala de Glasgow, en este estudio utilizamos la modificada.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES

Los individuos se desarrollan en un núcleo familiar y este pertenece a una sociedad las cuales son muy diversas y dependiendo de su ubicación geográfica serán sus costumbres y se deben de respetar ya que ayuda a entender algunos aspectos de la vida como la muerte.⁴⁹

⁴⁹ RODRIGUEZ WEBER M.A., LLAMOSAS G. CUIDADOS INTENSIVOS EN EL PACIENTE PEDIATRICO GRAVE. EDIT. PRADO. MÉXICO 2007. VOL. 10. PP. 519-548.

EXPLORACIÓN FÍSICA

SOMATOMETRÍA

Peso: 3000 gr

Talla: 51 Cm

P.C: 36 cm

P.T: 35 cm

P.A: 36 cm

INSPECCIÓN GENERAL

Piel pálida y seca con técnica de sujeción en las 4 extremidades, reactivo a estímulos externos.

CABEZA, CARA Y CUELLO.

Cráneo íntegro sin hundimientos ni suturas inbrincadas, fontanela anterior normo tensa, con cabello fino delgado con buena implantación, en la cara con ojos simétricos y pupilas normoreflexicas a la luz, nariz central, narinas permeables, boca central húmeda, con presencia de cánula orotraqueal # 4 y sonda transpilórica, con fijación en el borde del labio superior con tela adhesiva y micropore. Pabellones auriculares bien formados e implantados, cuello corto y no se palpan ganglios retroauriculares.

TÓRAX

Con tetillas simétricas y movimientos respiratorios rítmicos con una frecuencia respiratoria de 52 x', frecuencia cardiaca de 148x' y temperatura de 36°; con campos pulmonares con estertores bilaterales, en la cara anterior con catéter subclavio de dos lumen, conectado a

soluciones calculadas se encuentra limpio, permeable y sin datos de infección.

ABDOMEN

Abdomen blando depresible con perístalsis presente, en cuadrante superior e inferior izquierdo con presencia de colostomía de bocas separadas limpias y sin drenaje;

MIEMBROS TORACICOS Y PELVICOS

en el brazo derecho con presencia de venoclisis permeable, limpia y sin datos de infección y edema y el brazo izquierdo sin alteraciones; Y miembros pélvicos sin alteraciones.

GENITALES

Área genital: tiene escroto bifido , bolsas escrotales pigmentadas y corrugadas, ano imperforado sin fisura aparente y edema en pene + +.

6.2 JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES ALTERADAS

NECESIDAD ALTERADA	DATOS DE DEPENDENCIA
ELIMINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ano imperforado • Edema en pene ++ • Colostomías de bocas separadas.
OXIGENACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • FR 52 x´ • Estertores Bilaterales • Secreciones abundantes blancas espesas • Cánula Orotraqueal conectado a Ventilador Mecánico.
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Sedado y relajado • Alimentación por sonda transpilórica
MOVIMIENTO Y POSTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Sedado y relajado • Técnica de sujeción de las cuatro extremidades • Movilidad limitada
PROTECCIÓN DE LA PIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Edema en pene ++ • Edema en Miembro torácico izquierdo • Piel pálida y seca
EVITAR PELIGROS	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de úlceras por presión • Riesgo de infección: • Catéter subclavio • Sonda transpilórica • Venoclisis en brazo derecho • Colostomía de bocas separadas
DESCANSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación y relajación • Alteración del patrón del sueño
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Sedación y relajación

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

NECESIDAD ALTERADA	DEPENDENCIA	CAUSA DE LA DIFICULTAD			INTERACCIÓN DE LAS NECESIDADES
		GRADO	F.F.	F.C		F.V.
<i>ELIMINACIÓN</i>	5 Dtm	X			TODAS LAS NECESIDADES SE RELACIONAN ENTRE SI.
<i>OXIGENACIÓN</i>	5 Dtm	X			
<i>NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN</i>	5 Dtm	X			
<i>MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA</i>	5 Dtm	X			
<i>HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL</i>	4 Dtm	X			
<i>EVITAR PELIGROS</i>	5 Dtm	X			
<i>DESCANSO Y SUEÑO</i>	4 Dtm	X			
<i>COMUNICACIÓN</i>	3 Dtm	X			

• **Código: Grado de dependencia**

Total = **Dt** Temporal = **Dtm** Parcial = **Dp** Permanente = **Dpr**.

• **Causas de dificultad**

Falta de Fuerza=**FF** Falta de Voluntad=**FV** Falta de Conocimiento=**FC**

6.3 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DX. DE ENFERMERÍA. (Necesidad de Oxigenación)

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones m/p estertores, abundantes secreciones blancas espesas.

OBJETIVO

Mantener limpias y permeables la vía aérea, para un adecuado intercambio gaseoso mediante la aspiración de secreciones al neonato.

Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
INTER. INDEP. Auscultar ruidos respiratorios al neonato, cada hora Con ayuda del estetoscopio	Determina si hay ruidos respiratorios anormales (estertores, sibilancias, roncus etc.) ² en los pulmones	En la toma de signos vitales se pudo escuchar que los campos pulmonares se mantuvieron ventilados y con un adecuado intercambio gaseoso, saturando entre 94% y 99%, por lo tanto mantuvo una buena coloración de la piel y sin alteraciones hemodinámicas corroborándola con la medición de la pvc que siempre se mantuvo dentro de los límites normales.
INDEP. Colocación del oxímetro, en la planta del pie y/o mano rotando cada 4 hrs.	Nos indica la saturación de oxígeno circulando en la sangre. ³	
INDEP. Aspiración de secreciones	Mantiene las vías respiratorias limpias y permeables ⁴	

² WHALEY & WONG. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA. EDIC. 4ª. EDIT. MOSBY. ESPAÑA. 1995. PP. 189.

³ CFR. ESTEVE. PP.107-110, 407-409. OP CIT.

⁴ ESTEVE J. ENFERMERÍA, TÉCNICAS CLÍNICAS. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. EDIC. 1º. MADRID ESPAÑA. 2000. PP. 385-394

orofaríngeas y por cánula orotraqueal 2 veces por turno	y ayuda al buen intercambio gaseoso a nivel pulmonar y sanguíneo.	
INDEP. Fisioterapia pulmonar antes de la aspiración de secreciones <ul style="list-style-type: none"> • Drenaje postural en posición semifowler • Vibración durante 10 min. • Percusión durante 10 min. 	Ayuda a eliminar y/o movilizar las secreciones del tracto bronco pulmonar y previene la acumulación de secreciones. Así como infecciones en la vía respiratoria. ⁵	
INTERDEP. Micronebulizaciones con salbutamol c/8hrs. Al neonato previa aspiración de secreciones una vez por turno	Conseguir que el medicamento alcance el tracto respiratorio; humidifica las secreciones pulmonares acumuladas. El salbutamol es un broncodilatador que ayuda a facilitar la expulsión de secreciones. ⁶	
INDEP. Vigilar llenado capilar, lecho ungüéal, mucosas y labios. Coloración de la piel en cada toma de signos vitales	Indica si existen alteraciones a nivel hemodinámica. y/o coartación aórtica. ⁷	
Verificar pulsos periféricos en cada toma de signos periféricos	Detecta alteraciones a nivel cardio-circulatorias. ⁸	

⁵RIOPELLE. L. GRONDIN Y PHANEUF. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA, UN PROCESO CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LA PERSONA**. EDIC. 1ª EDIT. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA. MADRID ESPAÑA. 1997. PP. 136

⁶ CFR. RIOPELLE. PP.136

⁷ CFR. ESTEVE. PP.107-110, 407-409. OP CIT.

⁸ ESTEVE. PP. 99-101. OP. CIT

Medir la PVC cada 2 horas por medio del cateter central	Mide y valora la presión de la aurícula derecha y detecta trastornos hemodinámicas. ⁹ Y signos de choque	
Monitoreo cardíaco continuo	Permite visualizar el trazo electrocardiográfico de manera continua y visualizar alteraciones. a nivel cardíaco	
Vigilar la FR en cada toma de signos vitales	Se puede observar si el paciente presenta disnea, taquipnea, bradipnea o apnea. ¹⁰	

Fecha identificación: 20 de Octubre 2006

Fecha de resolución: 06 de Noviembre 2006

GD: 5 Dtm
CD: FF

GD: 2 Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE

⁹ Cfr. *ESTEVE*. Pp. 107-110, 407-409. Op. Cit.

¹⁰ Cfr. *RIOPELLE*. Pp.136

DX. ENFERMERÍA (Necesidad de Eliminación)

- Riesgo de prolapso intestinal *relacionado con estomas*
- Riesgo de infección, sangrado en estomas *relacionado con inadecuado manejo de colostomías*

OBJETIVO:

Mantener integra la piel periestomal y del estoma, para evitar infecciones y minimizar el prolapso del estoma del neonato.

Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
Lavado de manos antes y después de tocar el estoma. Así como cualquier procedimiento que se le realice al paciente	Evitar la transmisión de microorganismos patógenos de las manos después del contacto con una superficie contaminada. ¹¹ Así como también las infecciones nosocomiales	El estricto lavado de manos antes y después de la manipulación al paciente lo mantuvo libre de infecciones cruzadas; y así mismo la piel del estoma se mantuvo intacta gracias al cambio de la bolsa de colostomía cuando fue necesaria. La
El Uso de guantes estériles para el cambio de bolsa de colostomía	Previene la transmisión de microorganismos hacia otros pacientes.(44). Infecciones intrahospitalarias	cuantificación de orina horaria y la consistencia de las evacuaciones permitió llevar un adecuado balance hídrico.
Cambio de bolsa nueva de colostomías	Se debe de limpiar en bien el área y aplicar	

¹¹ Cfr. *ESTEVE*. Pp. 123-125 Op. Cit.

cada 1 a 2 días	una nueva barrera para mantener integra la piel. ¹²	
Evitar el uso de prendas apretadas (pantaloncillos) o fajeros. Sobre el estoma.	El uso de prendas amplias evita que el fajero o el cinturoncillo elástico irriten el estoma, que se produzca sangrado y prolapso del mismo.(43) e. cambio de la bolsa previene posibles fugas y evita laceraciones en la piel y la mantiene integra.	
Cuantificación de orina horaria • Labstix en orina cada 8 hrs.	Determina el estado hídrico del paciente y permite tener un balance adecuado de ingresos y egresos. ¹³	
Describir la consistencia y color de las heces. En cada evacuación	Nos arroja datos de alteración a nivel de la mucosa intestinal.(47)	

Fecha de identificación: 20 de Octubre del 2006

Fecha de resolución: no resuelta.

GD: 5 Dtm
CD: FF

GD: 5 Dtm
CD: FF

ROL DE LA

ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE (INTERVENCIONES INDEPENDIENTES)

¹² WONG DONNA, MANUAL CLÍNICO DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA. EDIC. 3ª. EDIT MASSON-SALVAT. BARCELONA ESPAÑA. 1993, PP. 564.

¹³ *CFR.WHALEY & WONG. PP. 201. 187, OP. CIT.*

DX. ENFERMERÍA (Necesidad de Alimentación)

Riesgo de alteración del estado de nutrición r/c imposibilidad para deglutir y succionar por la inducción de sedación y relajación terapéutica.

OBJETIVO:

Mantener su estado óptimo nutricional para evitar complicaciones metabólicas al neonato.

Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
INDEPENDIENTE: Peso Diario por la mañana a la misma hora y con la misma bascula	Permite adecuar las calorías diarias ¹⁴ ingeridas	La adecuada técnica de alimentación de SOG nos permite alimentar a mateo en forma segura evitando bronco aspiraciones y un adecuado aporte calórico y nutrimental evitando con esto la hipoglucemia y el desmedro. Su peristalsis fue normal y sin presentar distensión abdominal de logro ministrar 60 ml de formula Alfare.
Medir perímetro abdominal pre y post pandrial y anotarlo en la hoja de enfermerría.	Determina si se puede o no administrar el alimento ¹⁵ si presenta distensión abdominal	
Verificar si la sonda Orogastrica si esta correctamente instalada en cada toma de alimento	Confirma que la sonda este en su lugar correcto y evitar una bronco aspiración(52)	

¹⁴ Cfr. ESTEVE. Pp. 454-465. Op.Cit

¹⁵ Cfr. ESTEVE. Pp. 107-110, 407-409. Op. Cit

Auscultar la peristalsis en cada toma de signos vitales	Nos indica que debe de estar presente cuando se esta alimentando. ¹⁶	
Alimentación por SOG cada 3 hrs. Y cuidados a la sonda.	Mantiene un correcto Estado Nutricional. ¹⁷ Evitando la hipoglicemia	
Verificar la glicemia capilar por turno y anotarlo en la hoja de enfermería	Determina los niveles de glucosa en sangre y previene la hipo e hiperglicemia (43)	
DEPEND. Formula Alfaré por SOG cada 3 hrs, 60 ml.	Formula a base de hidrolizado de proteínas del suero, indicado también en pacientes con realimentación posterior a la cirugía intestinal. ¹⁸	

Fecha de Identificación: 20 Octubre 2006

Fecha de resolución: 13 Noviembre 2006

GD: 5 Dtm
CD: FF

GD: 2 Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE

¹⁶ CFR.WHALEY & WONG. PP. 189. OP. CIT.

¹⁷ CFR. ESTEVE. PP.456-457 OP. CIT.

¹⁸ RAMÍREZ M. JAIME. MANUAL DE FÓRMULAS LÁCTEAS, SUSTITUTOS Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES USADOS EN PEDIATRÍA. EDIC. 1°. EDIT. GRUPO MIND. MÉXICO 2003. PP. 40

DX. ENFERMERÍA (Necesidad de Movimiento y Postura)

Disminución de la movilidad física r/c restricción de movimiento y técnica de sujeción m/p edema en brazo izquierdo

OBJETIVO

Prevenir la irritación de la piel sana y conservará la integridad cutánea mediante técnicas correctas de sujeción al neonato.

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
Proteger los puntos de presión como codos y tobillos con ayuda de almohadas y/o colchones de gel.	Ayudan a prevenir úlceras por presión ¹⁹	El eliminar los factores mecánicos que producen fricción y el inspeccionar con regularidad la piel, y protegiendo los puntos de presión se evito que Mateo tuviera escaras, y al movilizar las articulaciones, se previno de contracturas musculares. el día 24 de octubre al medir el perímetro cefálico fue de 38 cm localizándolo edema en la región temporo parietal izq, el cual con la ayuda de movilización se resolvió el 30 de octubre. Con un perímetro de 35 cm.
Inspección general de la piel con regularidad en cada turno.	Nos ayuda a determinar si hay lesiones nuevas(40)	
Eliminar factores mecánicos que produzcan presión o fricción, como sábanas arrugadas y cables.	Limitaran el daño hacia al piel(40)	
Prevenir las contracturas movilizándolo al paciente cada 2 hrs.	Acomodar al paciente, respetando los principios de la posición anatómica evitara las contracturas(40)	

¹⁹ CFR. RIOPELLE. Pp.167-183. OP. CIT.

Aplicación local de frío y calor en zonas edematizadas por turno	Ayuda a disminuir el edema de la zona afectada. ²⁰	
Masaje en puntos de presión como codos, tobillos y cadera.	Previene las escaras y la anquilosis ²¹	
Medir perímetro cefálico en cada turno	se determina si hay edema ²² regional	
Realizar ejercicios de amplitud de movimientos completa cada 4hrs en msp y msts.	Mantiene la flexibilidad y funcionamiento de las articulaciones. ²³	

Fecha de identificación: 20 Octubre 2006

Fecha de resolución: 06 de noviembre 2006

GD: 5 Dtm
CD: FF

GD: 2 Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE (INTERVENCIONES INDEPENDIENTES)

²⁰ *CFR. ESTEVE. PP. 259-273. OP.CIT*

²¹ *CFR. RIOPELLE. PP. 177-180. OP. CIT.*

²² *CFR.WHALEY & WONG. PP. 189. OP. CIT.*

²³ *CFR.WHALEY & WONG. PP. 885, OP. CIT*

DX. ENFERMERÍA (Necesidad de protección de la piel)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c sujeción e inmovilidad.

OBJETIVO

Mantener la piel intacta y sin excoriaciones, eliminando factores mecánicos que produzcan presión al neonato.

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
Medir la temperatura corporal cada 2 hrs	Detecta alteraciones en la termorregulación corporal ²⁴	Los cuidados de la piel mantuvieron a Mateo en buen estado de hidratación coloración y una temperatura adecuada.
Vigilar el estado de la piel cada 24 hrs en sitios donde se colocan los electrodos.	Detecta inmediatamente cualquier dato de enrojecimiento o laceración. ²⁵ a causa de los parches	
Baño de esponja una vez por turno	Proporciona bienestar al paciente y elimina los microorganismos patógenos de la piel y activa la circulación. ²⁶	
Aplicar crema hidratante después del baño en todo el cuerpo por lo menos una vez por turno.	Ayuda a la rehidratación y mantiene la humedad de la piel. ²⁷	

²⁴ CFR. ESTEVE. PP. 111-115. OP. CIT.

²⁵ CFR. WHALEY & WONG. PP. 189. OP. CIT.

²⁶ CFR. ESTEVE. PP. 1-3. OP. CIT.

²⁷ CFR. WHALEY & WONG. PP. 195. OP. CIT.

Aplicar vaselina o crema para labios cada que sea necesario	Mantiene la mucosa bucal hidratada e intacta. ²⁸	
Dar masaje corporal una vez por tuno.	Activa la circulación sanguínea, elimina residuos metabólicos acumulaos en los músculos y favorece la comunicación sensorial, además de que es relajante y tranquilizante. ²⁹	

Fecha de Identificación: 20 de Octubre de 2006

Fecha de resolución: 06 de noviembre de 2006

GD. 4 Dtm
CD: FF

GD. 1 Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE

²⁸ CFR. *WHALEY & WONG. PP. 887. OP. CIT*

²⁹ CFR. *ESTEVE. PP. 70. OP. CIT.*

DX ENFERMERÍA (Necesidad de Evitar Peligros)

Riesgo de infección r/c procedimiento invasivos (línea central, periférica y estomas)

OBJETIVO

Evitar el riesgo de infección mediante técnicas y procedimientos adecuados para evitar complicaciones al neonato

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
Técnica adecuada de alimentación por sonda orogástrica.	La aspiración, irrigación y lavado evita que se formen tapones de comida y evite la proliferación de flora bacteriana patógena ³⁰	Mateo se mantuvo sin lesiones en la piel gracias al cuidado de las uñas. y el uso adecuado de adhesivos en líneas centrales cambiándolas cada 72 hrs con la mínima manipulación siempre con técnicas esteriles.
No utilizar telas adhesivas directamente sobre la piel y en exceso para las fijaciones de accesos venosos y la SOG.	Disminuye el riesgo de laceraciones y reacciones alérgicas en la piel. ³¹	
Utilizar películas adhesivas transparentes sobre los puntos de inserción de líneas centrales y periféricas	Nos permite verificar si hay datos de infección o infiltrado y disminuye el riesgo de infección por manipulación excesiva.	

³⁰ CFR. **RIOPELLE**. PP. 14-143. OP. CIT.

³¹ CFR. **WHALEY & WONG**. PP. 195. OP. CIT.

Cortar las uñas cada que sea necesario y mantenerlas limpias las uñas diario.	Evitara lesiones y rasguños secundarias.(40)	
-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------	--

Fecha de Identificación: 20 de Octubre de 2006

Fecha de Resolución: 21 de Noviembre de 2006

GD. 5 Dtm
CD: FF

GD. 1Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE (INTERVENCIONES INDEPENDIENTES)

DX. ENFERMERÍA (Necesidad de descanso y sueño)

Alteración del patrón del sueño r/c ruido, estimulación excesiva m/p cambio sueño-vigilia

OBJETIVO

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
Procurar un entorno adecuado las 24 hrs. Cama confortable Posición anatómica del cuerpo Temperatura de la habitación	Propicia la relajación y por lo tanto ayuda a descansar mejor y tener mejor calidad de sueño.	Gracias a la mínima manipulación mateo logro el descanso adecuado sin presentar datos de irritabilidad por el patrón sueño-vigilia.

Propiciar el descanso y un ambiente tranquilo mediante el manejo mínimo al neonato en el servicio de cirugía general.

Fecha de Identificación: 20 de Octubre de 2006

Fecha de Resolución: 06 de Noviembre de 2006

GD: 4Dtm
CD: FF

GD: 2 Dtm
CD: FF

ROL DE LA ENFERMERA: SUSTITUTA DEL PACIENTE (INTERVENCIONES INDEPENDIENTES)

DX. ENFERMERIA (Necesidad de comunicación)

Alteración en el proceso de comunicación r/c sedación y relajación m/p falta de comunicación.

OBJETIVO

Mejorar la comunicación mediante estimulación temprana al neonato para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Fecha de Identificación: 20 de Octubre de 2006

Fecha de Resolución: 06 de Noviembre de 2006

GD: 3 Dtm

CD: FF

GD: 0

CD: --

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
<p>Dar estímulos sensoriales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Táctiles • Auditivos(caja musical, voz, radio) • Visuales(móviles, juguetes colores vivos) • Propioceptivos (abrazarlo y mecerlo) 	<p>La estimulación permite el óptimo y adecuado desarrollo.³²</p>	<p>El estimularlo permitió que al suspenderle la sedación y relajación, se encontrara ya familiarizado su mama expresándolo con la sonrisa social.</p>

³² CFR.WHALEY & WONG. PP. 887. OP. CIT.

VALORACION FOCALIZADA

24 DE OCTUBRE DE 2006

Al revalorar a mateo se palpa cabeza con presencia de edema en región temporo parietal izquierdo P.C. 38cm por falta de movilización, P.A. de 34 cm, signos vitales: FC 134 x', Fr 41 x', T/A 81/51 tem. 37°:

DX de Enfermería (Necesidad de Movimiento y Postura)

Disminución de la movilidad física r/c restricción del movimiento m/p edema en región temporo parietal.

Objetivo: conservar la integridad cutánea del neonato para prevenir escaras y úlceras por presión; así como signos de infección.

INTERVENCIONES	RAZONAMIENTO	EVALUACIÓN
Proteger los puntos de presión con ayuda de almohadas y/o colchones de gel	Ayudan a prevenir úlceras por presión ³³	El eliminar los factores mecánicos que producen fricción y el inspeccionar con regularidad la piel, y protegiendo los puntos de presión se evito que Mateo tuviera escaras, previno de contracturas musculares. el día 24 de octubre al medir el perímetro cefálico fue de 38 cm localizándolo edema en la región temporo parietal izq, el cual con la ayuda de movilización se resolvió el 30 de octubre. Con un perímetro de 35 cm.
Inspección general de la piel con regularidad en cada turno.	Nos ayuda a determinar si hay lesiones nuevas(40)	
Eliminar factores mecánicos que produzcan presión o fricción, como sábanas arrugadas y cables .	Limitaran el daño hacia al piel(40)	
Prevenir las contracturas movilizándolo al paciente cada 2 hrs.	Acomodar al paciente, respetando los principios de la posición anatómica evitara las contracturas(40)	
Medir perímetro cefálico en cada turno	se determina si hay edema ³⁴ regional	

³³ CFR. RIOPELLE. PP.167-183. OP. CIT.

³⁴ CFR. WHALEY & WONG. PP. 189. OP. CIT.

RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA INFANTIL

06 De NOVIEMBRE 2006

Mateo se encuentra hidratado, buena coloración de tegumentos, reactivo a estímulos externos. Csps ventilados sin estertores, abdomen blando depresible con estomas funcionales sin datos de irritación, miembros torácicos y pélvicos sin datos de edema. Se coloca sonda transpilórica para iniciar vía enteral con alfaré 2ml c/hora, aumentando un ml por turno. SV. Fc 138x', fr 45x', temp. 36.9° T/A 80/60. saturación o2 97%. Modo de ventilador SIMV, OT, P, 12/3 fio2 21%, previa aspiración de secreciones es extubado programado saturando al 95% y se colocan o2 por puntas nasales a 1lt x'.

Las puntas nasales requieren un aporte y administración ininterrumpida de o2 aun cuando se ingieren alimentos y que requiere de una concentración de del 24-25%. Con la finalidad de mantener la vía aérea permeable y una ventilación adecuada, así como de mejorar el intercambio gaseoso y disminuir el trabajo respiratorio. Esto se valoro mediante la monitorización continua de la frecuencia respiratoria y la colocación del oxímetro de pulso para medir el O2 tisular. Las vías de eliminación como colostomía y uresis principalmente, se cuantificaron mediante un balance real de ingresos y egresos de líquidos, con la finalidad de llevar un manejo y control de los mismos para poder detectar alteraciones que pudieran llevar a desestabilizar o poner en riesgo la vida.

La adecuada técnica de alimentación de STP nos permite alimentar a mateo en forma segura evitando bronco aspiraciones y un adecuado aporte calórico y nutrimental evitando con esto la hipoglucemia y el desmedro. Su peristalsis fue normal y sin presentar distensión abdominal.³⁵ Posteriormente egresa del servicio de Terapia Intensiva Pediátrica al de Cirugía General para seguir con su recuperación y tratamiento; mismo que es esresado del servicio el día 13 de noviembre del 2006.

³⁵ CFR. RODRÍGUEZ WEBER. OP. CIT. PP.519-548

VII. PLAN DE ALTA

Es de vital importancia seguir las indicaciones que a continuación se le darán para evitar futuras complicaciones al paciente.

ORIENTACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE EL FAMILIAR RESPONSABLE O TUTOR DEBE REALIZAR

1. ADMINSTRACION DE ALIMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA/OROGASTRICA.

El niño debe recibir una cantidad suficiente de alimento para crecer.

Ser alimentarlo por sonda. Si el niño es activo, necesitará que alguien sujete al niño mientras usted inserta la sonda. Una vez fijada ésta en su lugar, debe abrazar y acunar al niño durante la toma.

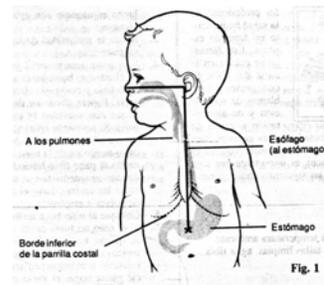
Debe administrar al niño 60 ml. De: Alfaré cada 3 horas.

Si se produce alguna de las siguientes circunstancias acudir a un hospital más cercano

- ❖ Vómitos
- ❖ Cambio de color del contenido gástrico
- ❖ Aumento de la cantidad de contenido gástrico antes de la toma
- ❖ Aumento de los movimientos intestinales
- ❖ Imposibilidad de colocar la sonda.
- ❖ Extrema irritabilidad del niño.

CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA Y LA JERINGA

Lávala bien con agua y jabón y enjuague bien el interior con agua limpia. Seque y guarde en un envase limpio y seco, si la sonda permanece colocada entre las tomas, contrólela siempre antes de añadir fórmula para asegurarse de que está correctamente colocada.



INSTRUCCIONES PARA LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS DEL NIÑO CON LA COLOSTOMÍA

Deben enseñarse los cuidados de la colostomía a las demás personas que cuidarán al niño. Si se irrita la piel circundante a la colostomía (húmeda o de color rojo), es importante ayudar a que el área cicatrice lo más rápidamente posible. Deje al descubierto el estoma y el abdomen del niño con la mayor frecuencia posible y mantenga la piel limpia y seca para ayudar a la cicatrización. Cuando el niño vacía el intestino, retire la deposición secando suavemente el área con un paño o una toalla de papel o lavándola con agua tibia de un irrigador. Seque con cuidado el área y déjela al aire. Puede utilizarse un secador de cabello con aire frío para secar la piel circundante al estoma. Vista al niño con ropas amplias que no aprieten sobre la colostomía. Son preferibles las batas a los pantalones. Las batas cubrirán la colostomía y evitarán la cinturilla elástica de los pantalones, que puede irritarla.

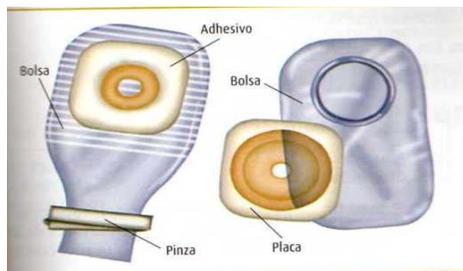
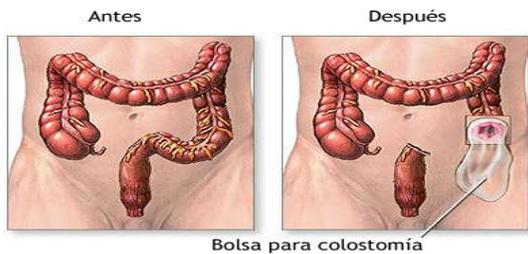
Acuda a un hospital más cercano si se produce cualquiera de las siguientes circunstancias.

- Mayor sangrado del estoma al limpiarlo que el habitual.
- Sangrado de la piel circundante al estoma
- Cambio en el patrón intestinal
- Cambio de tamaño del estoma
- Temperatura superior a 38°C.

CUIDADOS DE LA COLOSTOMÍA (CON BOLSA/DISPOSITIVO)

La bolsa debería cambiarse en la forma pautada, o antes si pierde. Cada vez que se cambia

la bolsa, el área debe estar limpia y seca y debe aplicarse una nueva barrera. Durante el día, la deposición puede retirarse/lavarse de la bolsa y luego puede pinzarse.



LOS MEDICAMENTOS INDICADOS SON DE VITAL IMPORTANCIA PARA SU PRONTA RECUPAREACIÓN Y DEBERAN SEGUIRSE CORRECTAMENTE.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VIA ADMINISTRACIÓN
-------------	-------	---------	--------------------

FUROSEMIDE	3 MG	6 a.m 2 pm 10 p.m	ORAL
-------------------	------	-------------------	------

REACCIONES ADVERSAS:

El uso de este medicamento debe vigilarse la deshidratación, dolor abdominal diarrea, náuseas , vómito, erupción cutánea.

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VIA ADMINISTRACIÓN
ESPIRONOLACTONA	3 MG	8 a.m. 8 p.m	ORAL

REACCIONES ADVERSAS:

Vigilar náuseas, vómito, dolor estomacal, diarrea, dificultad para respirar.

LIC. ENF. ADRIANA ELIZABETH MOSQUEDA HERNANDEZ

VIII. CONCLUSIONES

El presente trabajo me permitió ampliar mis conocimientos profesionales y también me hizo crecer como persona al establecer contacto con una realidad.

Y al utilizar cotidianamente el Método Enfermero, me di cuenta, que el mismo exige un serio compromiso y esfuerzo por parte del profesional de enfermería, sin embargo, ello requiere de mayor difusión y sensibilización, así como de identificarnos más con nuestra profesión. Posibilitando al personal de enfermería elaborar y estructurar sus intervenciones específicas para cada paciente y de esta forma ver al Método enfermero como un instrumento que le permite actuar de forma crítica, práctica y espontánea a partir del conocimiento adquirido.

Así Mateo, alcanzo su independencia de acuerdo a su edad y etapa de desarrollo; a excepción de la Eliminación que continuará hasta que cumpla el año para la intervención quirúrgica de anoplastía.

La necesidad de Nutrición presenta un grado de dependencia parcial, esto por la alimentación con la SNG. Lo que no impidió darlo de alta enviándolo a casa con sus familiares previamente capacitados para alimentarlo con esta técnica.

Por otro lado, el compromiso que se adquiere con los pacientes no solo es asistencial, si no también moral; con la finalidad de darle una mayor calidad y sobre todo **calidez** en la atención a cada niño que se nos asigne como paciente, porque ellos son parte fundamental de esta Especialidad en Enfermería Infantil.

El Método Enfermero exige un serio compromiso y esfuerzo por parte del profesional de Enfermería, requiere de mayor difusión y sensibilización, así como, de identificarnos más con nuestra profesión. Esto, permitirá al personal de enfermería elaborar, y estructurar sus intervenciones.

IV. SUGERENCIAS

Durante la realización de las prácticas clínicas del posgrado de Enfermería Infantil es importante desarrollar el método enfermero en áreas críticas pediátricas con una filosofía, esto con la finalidad de tener una práctica especializada de enfermería en hospitales de 3er. E implementar nuevos manejos en el cuidado del paciente teniendo como base en un rigor metodológico en la razón de ser “que es el cuidado”.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Guzmán T. **Defectos congénitos en el Recién Nacido** Edic. 1º. Edit. Trillas. México. D.F. 1990. Pp 11-43
- ❖ Langman, J. **Embriología médica con orientación clínica.** Edic. 9º. Edit. panamericana. Buenos Aires. 2004. Pp. 1-2
- ❖ **Revista Chilena de Radiología.** Vol 9 Nº º. Año 2003; 10-12. Dra. Kerla Moënne
- ❖ Martínez R. **“La salud del niño y del adolescente”**. edic. 5º Edit. Manual moderno. México. 2004. Pp. 355-358
- ❖ Crocetti, M./ Barone, M. **OSKI. Compendio de Pediatría.** Edic. 2º. Edit. McGraw Hill Interamericana. México. 2006 Pp 534-535
- ❖ Berhman. Nelson. **Tratado de Pediatría.** Edic. 17ª. Edit. Elsevier. España. 2004. Pp. 1285-1288
- ❖ **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.** Volume 16, Number 1, 2006
- ❖ **Revista Cubana de Enfermería.** Centro de Estudios Humanísticos para las Ciencias Médicas. FCM "General Calixto García." **Comisión Nacional de Ética y Bioética en Enfermería** Aprobado: 16 de septiembre de 2003. MSc. *María del Carmen Amaro Cano.* 27 y G. Vedado, Plaza. La Habana, Cuba.
- ❖ WWW. COMLE.ORG
- ❖ Marriner-Tomey Ann, **Modelos y Teorías de enfermería,** 3ª Edicion, Editorial Mosby-

Doyma, Barcelona España 1988.

- ❖ Phaneuf M., **La planificación de los cuidados enfermeros.** Edic. 1ª. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. 1999. Pp. 32-51
- ❖ Fernández F, **El Proceso De Atención De Enfermería, Estudio De Casos,** Edit. Masón, España,1999 Pp. 1 – 10
- ❖ Phaneuf M., **La planificación de los cuidados enfermeros.** Edic. 1ª. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. 1999. Pp. 1-235.
- ❖ Revista Metamorfosis en enfermería. Vol.1 N° 4 Mayo-Junio 2006. **“Etapas del Proceso de Atención de Enfermería”**. Pp12-15.
- ❖ Alfaro, R. **Aplicación del Proceso de Enfermería,** Edic. 2º . Edit. Mosby/Doyma Barcelona España, 1995 17- 56
- ❖ Whaley & Wong. **Enfermería Pediátrica.** Edic. 4ª. Edit. Mosby. España. 1995. Pp. 189.
- ❖ Esteve J. **Enfermería, Técnicas Clínicas.** McGraw-Hill Interamericana. Edic. 1º. Madrid España. 2000. Pp. 385-394
- ❖ Riopelle. L. Grondin y Phaneuf. **Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona.** Edic.1ª Edit. McGraw-Hill Interamericana. Madrid España. 1997. Pp. 136.
- ❖ Wong Donna, **Manual clínico de Enfermería Pediátrica.** Edic. 3ª. Edit Masson-Salvat. Barcelona España. 1993, Pp. 564.

- ❖ Ramírez M. Jaime. **Manual de fórmulas lácteas, sustitutos y complementos nutricionales usados en pediatría.** Edic. 1°. Edit. Grupo mind. México 2003. Pp. 40
- ❖ Young, Thomas. **Manual de drogas neonatológicas. Neofax.** Edic. 18°. Edit. Panamericana. Buenos Aires Argentina. 2005. Pp. 187- 200
- ❖ Rodríguez Weber M.A., Llamosas G. **Cuidados Intensivos en el paciente Pediátrico Grave.** Edit. Prado. México 2007. Vol. 10. Pp. 519-548.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Reyna Álvarez Mendez declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Mateo Álvarez Mendez participe en el estudio de caso

"Neonato con alteración en la necesidad de Eliminación debido a una malformación anorrectal", cuyo objetivo principal es:

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento: Los procedimientos consisten en: Cambio de dispositivo de colostomía, baño de esponja, cuidados del niño grave

y contestar en forma verbal las preguntas referentes, al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre del responsable del estudio: Lic. Enf. Adriana Elizabeth Mosqueda Hdez

Firma [Firma]

Nombre del padre o tutor: Reyna Álvarez Mendez

Firma [Firma]

Testigos

Nombre: Arely Hdez Bautista

Firma: [Firma]

Dirección: _____

Nombre: Mayra Florencia Ramos

Firma: [Firma]

Dirección: _____

México, D. F. a 19 de octubre 2006

Mateo Alvarez Mendez



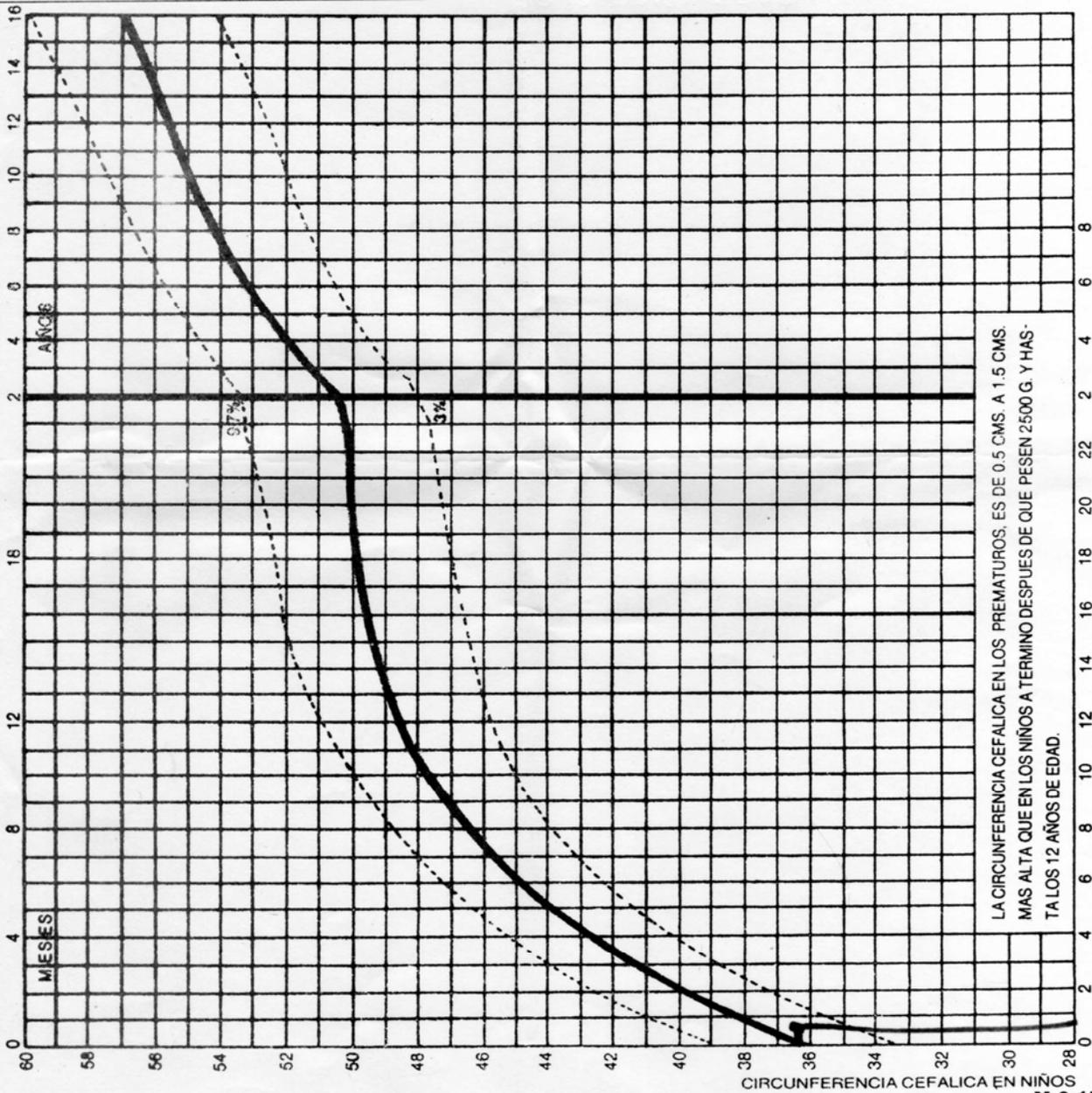
Instituto Nacional de Pediatría

DIRECCION MEDICA

CIRCUNFERENCIA CEFALICA EN NIÑOS

DEPTO. Y/O SERVICIO: UTIP

FECHA: 18 octubre 2006 No. HOJA: _____

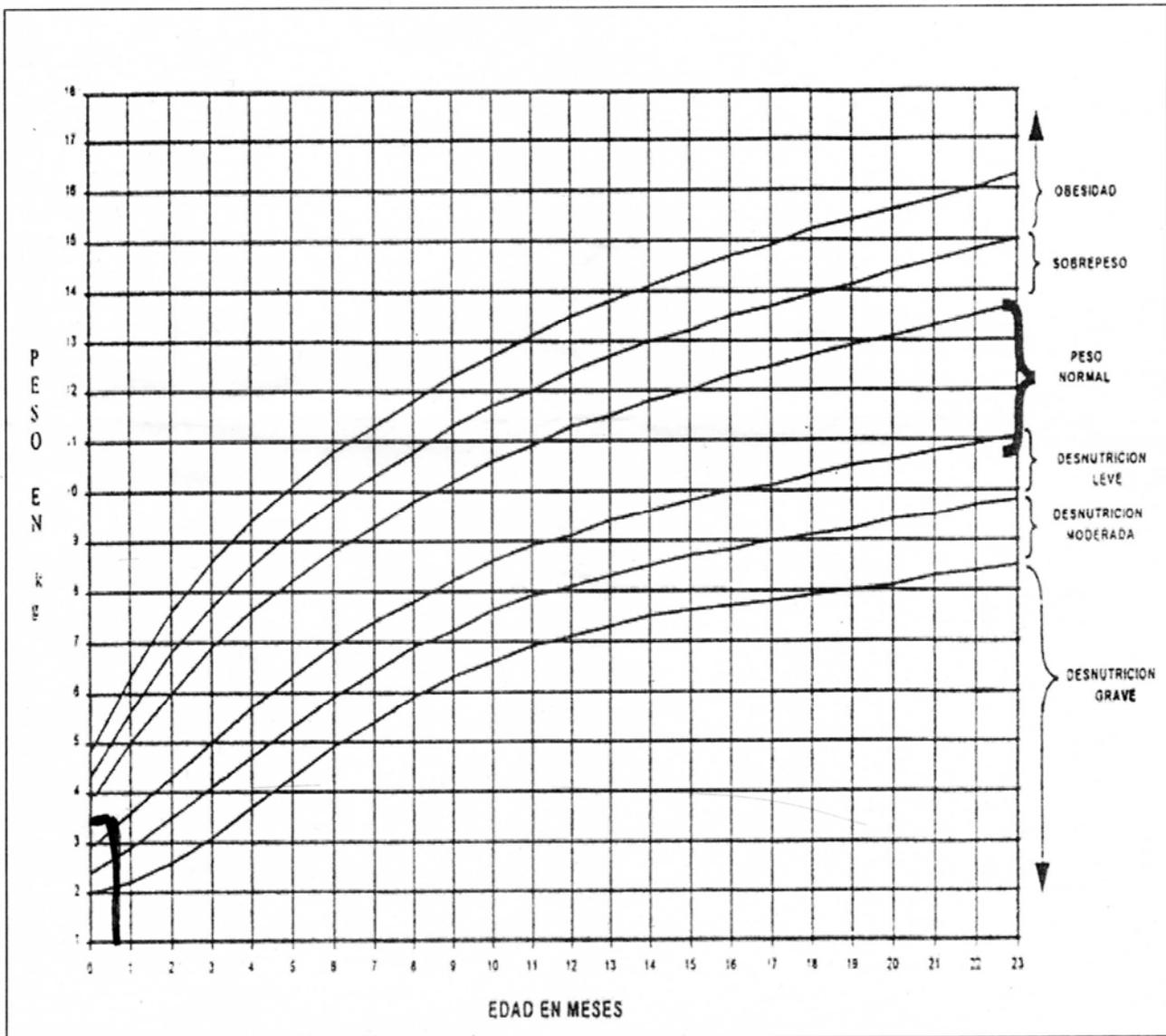


Mateo Alvarez Mendez



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
 DIRECCION MEDICA
INP "CONTROL DE PESO PARA LA EDAD EN NIÑOS DE 0 A 23 MESES"

DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO: UTIP
 FECHA: 18 octubre 2006 No. HOJA: _____



FUENTE: TABLA DE VALORES NCHS.

Tono del oído y motricidad	Despertar sensorial	Alimentación	Presión y uso de objetos	Relación personas	Desarrollo afectivo y social	Lenguaje y grafismo	Patrón de sueño	Estímulos	Juegos espontáneos
RECIENTE NACIDO	Francia los pámpamos al cambio de luz y ve borroso	Se guía por el dedito (leche materna)	Consigue mover sus brazos	Reconoce a su mamá por su olor	Interacción madre-hijo	Se comunica a través del llanto	Duerme gran parte del tiempo	Eructa de 2 a 8 veces al día por lo general después de comer	Sonríe indistintamente
2 MESES	Fija la mirada y emite uno que otro sonido	Llora y se inquieta para mostrar que tiene hambre	Descubre sus manos y las mueve	Sonríe, dirige pero no selectiva	Demuestra interés en el exterior	Emite uno que otro ruidito	Se inicia la formación del habla para no despertar en la noche	No hay control de retención-expulsión	Golpea la palma de la mano
4 MESES	Su sistema auditivo madura y distingue los colores	Se distrae cuando está satisfecho	Reflejo de presión	No le gusta estar solo	Sonríe a sus padres y a su familia	Balbucea con mayor frecuencia	Sonríe, hace muecas y pupa cuando está dormido	No hay control aún	Reconoce el biberón
6 MESES	Acompaña con la mirada los movimientos	Su gusto se diversifica (introducción de cuchara + biberón)	Toma objetos y ayuda a sostener el biberón	Molesta ante extraños	Muestra angustia desconocida	Repite sonidos con vocales	Despierta fácilmente por algo que lo incomoda	Sus heces cambian de textura y color por el cambio en su alimentación	Se lleva todo a la boca
8 MESES	Saluda y se despierta con la mano	Empieza a triturar la comida con su boca	Tira los objetos	Molesta por la marcha de la madre	Se valora hacia el origen de las voces	Pronuncia sílabas no repetidas	Sabe que si llora es cargado y no se queda solo	Percebe que ha evacuado y siente incomodidad	Pasa los objetos de una mano a otra
12 MESES	Reconoce su nombre	Come solo y fácilmente con los dedos	Relaciona los objetos	Comprende la expresión de una cara	Responde cuando escucha su nombre	Pronuncia sílabas repetidas	A veces se resiste a dormir	Percebe que ha evacuado y lo transmite a sus padres	Suelta voluntariamente los objetos
15 MESES	Relaciona imágenes con nombres y sonidos	Pide comer solo, con la cuchara	Toma objetos con los dedos pulgar e índice	Reconoce a su familia	Muestra interés exterior y sociabilidad	Puede nombrar objetos	Tiene el sueño ligero	Percebe y transmite antes de evacuar, pero es incapaz de retener	Inicia la exploración táctil
18 MESES	Responde a estímulos artísticos	Muerde una variedad de texturas	Interviene para vestirse	Juega con los demás	Proceso de individualización	Imita palabras y acciones	Puede mantener el sueño profundo	Inicia con el control de esfínteres	Transporta objetos y los amoniona
21 MESES	Percebe diferenciación entre color, frío, blanco, duro, etc.	Mayor habilidad para masticar sólidos	Abre la puerta, enciende la luz	Juega con otros niños	Inicia con la relación autonomía-dependencia	Dice los nombres de palabras y juguetes	Suele hablar entre sueños	Empieza a coisar y tiene accidentes nocturnos	Oculto y encuentra objetos
24 MESES	Puede hacer trazos con crayones o colores	Aprende a utilizar el tenedor y sostiene el vaso con una mano	Se quita las zapatitas y patita la pelota	Comprende el uso del "NO"	Aparición del "YO"	Sigue instrucciones sencillas	Desaparece la siesta	Se familiariza con el inodoro	Juega por imitación
30 MESES	Aumenta su capacidad sensorial-percepción	Come bien solo	Puede gallar encajonar, atornillar	Inicia una conversación cada vez más pertinente	Entra en una fase de oposición	Dice las partes del cuerpo, garabatea	Ya puede dormir toda la noche	Deja los pañales durante el día	Le gustan los juegos de disfraces con sus respectivos accesorios
3 AÑOS	Puede leer una imagen y después interpretarla	Su apetito disminuye	Puede armar un rompecabezas sencillo	Busca la forma de adorar y conseguir malos entendidos	Noción de sexo (fase edípica)	Aprende los colores	Ocurren los llamados "MIEDOS NOCTURNOS"	El 75% de los niños permanecen secos durante la noche	Mira los libros y los colorear

MS(2006)/RC(000)