



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



ESTUDIO DE CASO

NEONATO DE 37.6 SDG CON DÉFICIT EN LOS
REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO
RELACIONADO CON HIDROCEFALIA LIGADA AL
CROMOSOMA X

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA :

LIC. ÁLVAREZ VARGAS NORMA PATRICIA

ASESORA

E.E.I. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Jurado asignado

Presidente	E.E.I. Nora Clarissa Castro Escudero
Vocal	E.E.I. Estela Alicia Peña Romero
Secretario	E.E.I. Alma Adriana Granados Méndez
Suplente	E.E.I. Maricela Cruz Jiménez
Suplente	Dr. Carlos López Candiani

Asesor del tema

E.E.I. Nora Clarissa Castro Escudero

Sustentante

Álvarez Vargas Norma Patricia

Dedicatoria

La expresión del verdadero amor es crecer a través de él....

A Dios, por enseñarme que la vida tiene mayor sentido cuando le ha obsequiado el mayor tesoro que se puede tener: una familia.

A mis padres, Pepito, Vladimir, Kevincito cuya expresión del amor es la más grande al apoyarme; gracias a ese amor me permite crecer día a día y lo que han sacrificado por esta meta.

A mis compañeros(os) enfermeras(os) que en estos años me han permitido aprender de ellos y lograr hacerme entender que la individualidad de los seres humanos es lo que permite enriquecer nuestras vidas.

A los compañeros de la especialidad por compartir esta experiencia: Viri, Arely, Lety, Miguel Arturo, Erika.

A los neonatitos por aprender que en ellos existe un gran corazón que les permite luchar día a día con tenacidad y la fuerza interna que poseen en sus pequeños y frágiles cuerpecitos.

Agradecimiento

A mis maestros del curso, con cariño, en especial a:

A la E.E.I. Nora Clarissa Castro Escudero por el enorme esfuerzo que realiza profesionalmente con la finalidad de brindar lo mejor de su trabajo y buscar las mejores experiencias de aprendizaje para la formación de sus alumnos y hacernos comprender la importancia de establecer estrategias que permitan el reconocimiento de la profesión de enfermería por otros profesionales de la salud, así como la dedicada asesoría y apoyo a este trabajo.

Al Dr. Carlos López Candiani, que a pesar de conocerlo tantos años, fue una experiencia muy agradable reconocer lo mucho que aprecia a la profesión de enfermería, el interés en conocer los aspectos teóricos y metodológicos de nuestra profesión y hacer énfasis de una formación de enfermería con un pensamiento crítico.

A E.E.I. Estela Alicia Peña Romero, quien siempre nos mantuvo presente la importancia de la disciplina para lograr nuestras metas.

Agradecimiento

A la Lic. Enf. Silvia Balbuena Román, que estuvo al pendiente de las actividades docentes que se desarrollaron en el curso, asertiva asesoría y el invaluable apoyo brindado.

Al Instituto Nacional de Pediatría por el apoyo proporcionado.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
2.1 GENERAL	
2.2 ESPECÍFICOS	
3. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	4
3.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	4
3.2 MOTIVO DE CONSULTA.	4
3.3. DESCRIPCIÓN DEL CASO	5
3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS	5
3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS	6
3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	7
3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	8
3.8 MAPA FAMILIAR	9
3.9 DINÁMICA FAMILIAR	10
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO	11
4.1 ANTECEDENTES	11
4.2 TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM	13
4.3 MÉTODO ENFERMERO	30
4.4 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM Y EL MÉTODO ENFERMERO	41
4.5 DAÑOS A LA SALUD (FISIOPATOLOGÍA)	46
4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
5. METODOLOGÍA	59
5.1 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	59
5.2 CRONOGRAMA	60
6. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	61
6.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA	61
6.2 ESQUEMA METODOLÓGICO	77
6.3 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES	78
6.4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	79
6.5 OBJETIVOS	79
6.6 PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA	79
6.7 FUNDAMENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN	79
6.8 CONTROL DE CASO	80

	Pág.
7. PLAN DE ALTA	100
8. CONCLUSIONES	104
9. SUGERENCIAS	105
10. BIBLIOGRAFÍA	106
11. ANEXOS	108
A. Escala de valoración del dolor.	
B. Tríptico: Cuidados en el manejo de la gastrostomía.	
C. Consentimiento informado para estudio de caso.	

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Enfermería requiere como disciplina científica, un eje que guíe la forma de actuar de manera integral, bajo diferentes circunstancias, en los problemas que aborda de una manera sistemática, y práctica que permita no solo realizar el cuidado, sino la implicación de cómo documentarlo, al día de hoy la perspectiva se engloba en la gestión del cuidado que consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos propuestos. Para lograr esta exigencia el Método Enfermero adquiere un papel fundamental en la práctica diaria donde el ejercicio profesional se traduce en un proceso reflexivo que permite identificar por medio del proceso intelectual encontrar las respuestas y tomar decisiones basadas en la evidencia que permitan brindar cuidado integral, humano y libre de riesgos.

El acto de reflexión sobre la actividad enfermera implica cuestionarnos y buscar el sentido que tiene, así los modelos y teorías de enfermería han permitido tratar de responder a estas interrogantes, entre ellos se encuentra la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, una de las más importantes teorías desarrolladas en el siglo XX, por medio de esta teoría se puede realizar un acercamiento de manera integral a la actividad enfermera y el producto primordial que de ella emana: el cuidado hacia la persona, familia y grupos sociales.

En el presente trabajo se realiza un estudio de caso basado en la teoría de Dorothea E. Orem de acuerdo al Método Enfermero; la etapa de Diagnóstico se realiza con un instrumento caracterizado con el enfoque de valoración de los requisitos universales de autocuidado, los requisitos según la etapa de desarrollo y los requisitos de desviación de la salud, tomando en cuenta específicamente la etapa de desarrollo que es la vida neonatal. De esta forma se logra determinar el déficit de autocuidado y enunciarlo mediante Diagnósticos de Enfermería en formato P.E.S. (Problema- Etiología- Signos y síntomas) con la finalidad de establecer la solución al problema planteado se realiza la Prescripción de enfermería, el Tratamiento regulador y el Control de casos.

Aunado al aspecto integral de la teoría de Orem es el aspecto ético que considera el respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar cuidado profesional de enfermería.

Realizar investigación en Enfermería es un medio para construir un acervo científico, pero esto no puede estar desligado de un marco Ético-Legal. El principal objetivo de la investigación de enfermería es mejorar los resultados de los cuidados haciendo avanzar los conocimientos y la práctica de la enfermería.

En la actualidad la práctica profesional requiere estar basada en evidencia científica, pero en el caso que no se cuenta con la información, la enfermera debe ser generadora de esta, la práctica actual requiere integrar la investigación como una práctica cotidiana que permita acumular evidencia científica para lograr cubrir el reto de descubrir maneras nuevas y mejores de dispensar unos cuidados basados en nuevos conocimientos y pruebas obtenidas mediante la investigación.

Las enfermeras como profesionales de la salud tienen ante la sociedad la obligación de dispensar unos cuidados constantemente sometidos a revisión, investigación y validación.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1. GENERAL

Presentar el estudio de caso de un neonato con déficit en los requisitos universales de autocuidado de la Teoría de Dorothea E. Orem cuyo diagnóstico médico es hidrocefalia ligada al cromosoma X, para obtener una evidencia documentada del cuidado especializado de Enfermería.

2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Realizar la valoración al neonato de estudio, empleando un instrumento de valoración validado para conocer el déficit en los requisitos universales de autocuidado, requisitos universales según la etapa de desarrollo y los requisitos de desviación de la salud.
- 2.2.2 Caracterizar los déficits de autocuidado en el neonato y realizar mediante el formato P.E.S. (Problema- Etiología- Signos y síntomas) los diagnósticos que sean el eje del cuidado enfermero.
- 2.2.3 Elaborar un plan de cuidados especializado enfocado a compensar la demanda de autocuidado determinado en la fase diagnóstica y previamente jerarquizado así como realizar la retroalimentación de acuerdo a requerimientos del neonato y familia.
- 2.2.4 Ejecutar el plan de cuidados propuesto y adaptado a los recursos materiales y humanos disponibles para el cuidado enfermero del neonato.
- 2.2.5 Evaluar los alcances obtenidos de la aplicación del plan de cuidados al neonato con respecto a los objetivos establecidos en el plan de cuidados especializado.

3. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

3.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Servicio: Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Nombre: J. D. Tonatiuh.

Número de registro: 466067

Sexo: Masculino.

Edad: 37.6 semanas de edad postconcepcional, 11 días de vida extrauterina.

Fecha de Nacimiento: 1 de diciembre de 2009 13:30 horas.

Lugar de nacimiento: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer IER).

Fecha de ingreso al servicio de Neonatología del INP: 9 de diciembre de 2009.

Responsables: Madre y abuela materna del neonato.

3.2. MOTIVO DE CONSULTA

El neonato es trasladado para continuar con su diagnóstico y tratamiento el día 9 de diciembre del 2009 al Instituto Nacional de Pediatría procedente de la Unidad de cuidados Intermedios Neonatales del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, con los diagnósticos médicos de:

- Peso Grande para la Edad Gestacional
- Hidrocefalia
- Síndrome de adaptación pulmonar resuelto

3.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Al ingreso al servicio de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría el día 9 de diciembre de 2009, se encuentra neonato masculino de 8 días de vida extrauterina, con diagnóstico de Hidrocefalia congénita y pendiente confirmar hidrocefalia ligada al cromosoma X, los signos vitales al ingreso: frecuencia cardiaca: 176 por minuto, frecuencia respiratoria: 63 por minuto, presión arterial: 73/ 51 mmHg, temperatura: 37.2 ° C, peso de 4,030 g, se encuentra reactivo al medio externo, con disminución del reflejo de succión y deglución; a la exploración física los hallazgos sobresalientes: macrocefalia con perímetro cefálico de 47 cm, diastásis de suturas craneales, campos pulmonares ventilados, ritmo cardiaco normal, con pulsos de buena intensidad, abdomen blando depresible, peristalsis presente normal, pulgar aducto bilateral.

3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS

La familia del neonato está estructurada por la madre, la abuela y el neonato. La madre del neonato tiene 17 años de edad, soltera, estudia actualmente el nivel medio superior, quien vive y depende económicamente de la abuela del neonato. La abuela materna tiene 35 años es soltera, de ocupación comerciante, el grado de estudios es nivel medio superior, es el único sostén económico para la familia.

Viven en el área urbana del Distrito Federal en la Delegación Iztacalco en una casa propiedad de la abuela materna, que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios de agua, luz, drenaje, niega zoonosis.

El padre del neonato tiene 22 años de edad, el grado de estudios que tiene es preparatoria trunca, se desconoce su ocupación, es casado y vive actualmente con una persona diferente a la madre del neonato. Con la madre del neonato ya no tiene comunicación y no desea saber acerca del estado del neonato.

3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

La madre del neonato refiere alcoholismo social suspendido durante el embarazo, niega tabaquismo y toxicomanías.

La abuela refiere que existe antecedente de que un hermano del bisabuelo materno del neonato tuvo una hija con hidrocefalia. Un tío abuelo padeció hidrocefalia falleció a los 2 meses de vida; Tíos maternos ambos finados, padecieron hidrocefalia, logrando vivir a la edad de 12 años y 5 años respectivamente.

El bisabuelo materno padece Diabetes mellitus tipo 2. Una tía abuela murió de un problema pulmonar no especificado a la semana de vida.

La madre del neonato refiere que el padre solo es alcohólico social y niega tabaquismo y toxicomanías. El abuelo paterno falleció por complicaciones relacionadas con el alcoholismo, se desconoce la edad a la que falleció, se desconoce si la abuela paterna padece alguna enfermedad.

3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Antecedentes Perinatales

Es la Gesta I, Para 0, Cesárea I, Aborto 0; no planeado, deseado y aceptado; la madre acudió a control prenatal desde la semana 27.8 SDG en el INPer IER, un total de 10 consultas y refiere 10 ultrasonidos obstétricos, ingestión de suplementos de calcio, hierro y multivitamínicos; la madre padeció cervicovaginitis durante el tercer trimestre tratada. En el tercer trimestre padeció preclamsia tratada farmacológicamente en el INPer IER. Grupo sanguíneo materno B, Rh positivo.

Antecedentes Neonatales

Nació el 1º. de diciembre de 2009 a las 13:30 horas, obtenido por vía abdominal , ruptura de membranas durante la cesárea, anestesia por bloqueo peridural, nace vigoroso, llora y respira inmediatamente, sólo requiere maniobras de reanimación convencionales. Apgar 8 / 9, Silverman Andersen 3 (tiros intercostales, quejido respiratorio y aleteo nasal). Grupo sanguíneo 0 Rh positivo.

Peso al nacer: 4,010 g (Peso Grande para la Edad Gestacional), Talla: 53.5 cm, Perímetro cefálico: 45.6 cm, Perímetro torácico: 34 cm, Perímetro abdominal:31.5 cm. Perímetro braquial 10 cm, Longitud del pie 8 cm.

Se realizó toma de muestra para tamiz metabólico el día 11 de diciembre de 2009.

3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Durante la consulta obstétrica que acude la madre del neonato durante el 6º. mes de la gestación se realizó ultrasonido en el cual se detectó Hidrocefalia y polihidramnios, razón por la cual busca atención médica en el INPer IER donde continuó su control prenatal hasta el nacimiento a las 36.1 semanas de edad postconcepcional.

En el INPer IER el día 1 de diciembre presentó Síndrome de Adaptación Pulmonar que remitió a las 4 horas de nacido.

Permanece hospitalizado desde el nacimiento en el INPer IER, donde el día 7 de Diciembre de 2009 es enviado al Hospital Pediátrico de Legaria para confirmar el diagnostico prenatal de Hidrocefalia por medio de TAC y la interconsulta a Neurocirugía lo considero no candidato a colocación de sistema ventrículo peritoneal.

A partir del día 7 de diciembre presentó incremento de 2 cm de perímetro cefálico, deterioro de la reactividad del paciente y disminución de los reflejos de succión y deglución y sin otros datos de hipertensión intracraneana, motivo por el cual se realiza punción ventricular obteniendose un volumen de 78 mL de líquido cefaloraquídeo con citoquímica que reporta color xanocrómico, glucosa 49 mg/mL, proteínas 120.3, Leucocitos negativo, eritrocitos negativo, coagulo negativo.

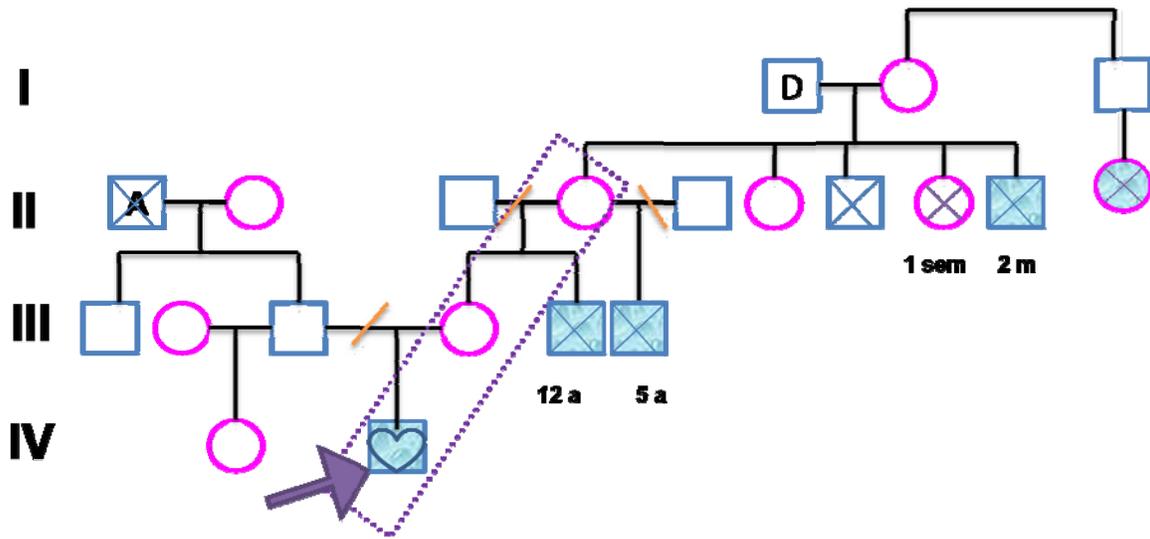
El 9 de diciembre es trasladado al servicio de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría, donde se continúa diagnóstico y tratamiento.

El 10 de diciembre se realiza la interconsulta al servicio de Genética que reporta Hidrocefalia ligada al X.

El 10 de diciembre se le realiza TAC de cráneo simple y contrastada que reporta el diagnóstico de Hidrocefalia.

El 11 de Diciembre la interconsulta al servicio de Neurocirugía reporta plan quirúrgico para colocación de sonda de derivación ventrículo peritoneal; que se realiza sin complicaciones.

3.8 MAPA FAMILIAR



- Hidrocefalia ligada al cromosoma X
- J D Luis Eduardo
- 12 a
- 5 a
- Accidente
- Patología pulmonar no especificada
- D.M. tipo 2
- Alcoholismo

- HOMBRE
- MUJER
- DIVORC O SEPARADO
- VIVEN JUNTOS
- VARON NACIDO MUERTO
- FAMILIA
- FALLECIDO
- ABORTO
- ABORTO SEXO DESCON.
- RECIEN NACIDO
- PACIENTE
- A&W** VIVO Y SANO

3.9 DINÁMICA FAMILIAR

Familia monoparental de recién creación, por segunda generación, donde la madre del neonato vive en la casa de la abuela del neonato, de quien recibe ayuda económica y educación.

Por la edad de la madre (17 años) se observa que la abuela del neonato tiene establecido claramente la jerarquía sobre la madre del neonato y es ella quien toma las decisiones sobre la familia y sobre el tratamiento del neonato, además de apoyar en el cuidado del neonato.

La familia se encuentra aún en una etapa de duelo a causa del fallecimiento del tío del neonato, 5 meses antes del nacimiento del neonato a quien se aborda el presente estudio.

La abuela refiere no ser aceptadas por sus familiares debido a que la consideran estar “ embrujada” por haber padecido Hidrocefalia sus dos hijos ya fallecidos, por lo que no cuenta con ellos para ayuda moral y económica.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

4.1 ANTECEDENTES

La búsqueda de información actualizada y con rigor metodológico sobre el cuidado enfermero de neonato con Hidrocefalia en bases de datos electrónicas recientes (de cinco años a la fecha) solo se obtuvieron 2 artículos, ambos de carácter descriptivo del cuidado, y no aportan evidencia de casos clínicos, ninguno de los artículos hace referencia al cuidado del neonato que padece Hidrocefalia ; mientras que artículos que hablan de la fisiopatología y tratamiento médico quirúrgico recientes son más numerosos.

El artículo titulado Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones en Enfermería se encuentra indexado en la base de datos Dialnet, la temática que trata es la explicación breve sobre la Hidrocefalia, la circulación ventricular desde la producción del líquido cefalorraquídeo y como se clasifican en obstructivas y no obstructivas basada en las estructuras que ocasionan la disfunción del sistema ventricular, señalando que la hidrocefalia no comunicante de manera persistente condiciona la hipertensión como complicación. Debido a la causa de la hidrocefalia se presentan diferencias en la sintomatología; explica brevemente el tratamiento quirúrgico que consiste en derivación del líquido cefalorraquídeo, ventriculostomía y drenaje ventricular externo; los tipos de derivaciones que se realizan: derivación ventrículo peritoneal, derivación lumboperitoneal, haciendo énfasis en la ventriculostomía endoscópica. Las intervenciones de la enfermera se exponen brevemente para cada tipo de derivación en las etapas preoperatoria, transoperatoria y posoperatoria. Sin embargo la información que aporta se basada en principios científicos de otras ciencias y no hace referencia a la evidencia en Enfermería.¹

El segundo artículo, titulado Cuidados de Enfermería en el manejo del drenaje ventricular se encuentra en el catálogo de Dialnet, se describen las funciones diagnóstica y de tratamiento del drenaje ventricular en el paciente con problemas neurológicos como son: hidrocefalia, hemorragias intraventriculares, tumores, destacando la importancia de la creación de pautas unificadas en el cuidado

¹ Irruela Serrano, Jorge y otros (2007) Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería [en línea] Enfermería Integral, No. 79 Valencia, España, <http://www.enfervalencia.org/ei/79/articulos-cientificos/7.pdf>

enfermero que permitan disminuir los riesgos en el manejo y por lo tanto abatir las tasas de infección y lesión que pueden presentar.²

En ambos casos los artículos tienen como fuente de conocimiento el reporte de casos y la opinión de expertos que es un nivel III de evidencia científica, aún no se tiene evidencia del tipo II y I respecto al tema; además la información científica existente no hace referencia a el cuidado especializado de enfermería en pacientes neonatales.

² Toledano Blanco R. y Domínguez Núñez Dolores (2009) Cuidados de Enfermería en el manejo del drenaje ventricular, [en línea] Revista digital de Enfermería, Vol. 1, No. 2, España , <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3004577>

4.2 TEORÍA DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Dorothea Elizabeth Orem

Biografía



Photo courtesy of the Diocesan Archives.

Nació en Baltimore, Maryland en 1914 y murió el 22 de junio del 2007 a los 92 años de edad.³

En la familia de Dorothea Orem, su padre se dedicaba a ser constructor, mientras que su madre se dedicó al hogar, pero tenía un gusto por la lectura. Dorothea Orem comenzó su carrera enfermera en la escuela de Enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde se diplomó en Enfermería a principios de los años treinta; posteriormente recibió el grado Bachelor of Science in Nursing Education de la Catholic University of América (CUA) en 1939 y en 1946 obtuvo el grado de Master of Science in Nursing Education de la misma universidad.⁴

La experiencia de Orem en el área operativa de enfermería consistió en el área quirúrgica, enfermería al servicio privado a domicilio e intrahospitalario, en pacientes pediátricos y adultos. Dentro del campo docente fue profesora de ciencias biológicas, Directora de la escuela de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; se trasladó a vivir a Indiana donde paso siete años de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; en este lapso de tiempo desarrolló la definición de la práctica de enfermería. (Orem 1956).

³ Obituario Orem's, Julio 19 de 2007, <http://www.diosav.org/files/archives/s8726p03.pdf>

⁴ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier España, 6ª. edición, p 267.

Hacia 1957, Orem trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare (DHEW) en Washington D.C. como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960, en un proyecto con el objetivo de mejorar la formación práctica de las enfermeras, de donde surgió la necesidad de responder ¿cuál es el tema principal de la enfermería?, en 1959 publicó *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*, para responder a ese cuestionamiento.

En la Catholic University of America comenzó su labor en el año de 1959, como profesora colaboradora de educación de enfermería, decana en funciones de la escuela de enfermería y profesora asociada de educación enfermera.



Catholic University of América

El Members of the Nursing Models Committee de la Catholic University of América y el grupo Improvement in Nursing que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG) de donde Orem fungió como editora, contribuyeron al desarrollo de la teoría de Orem.

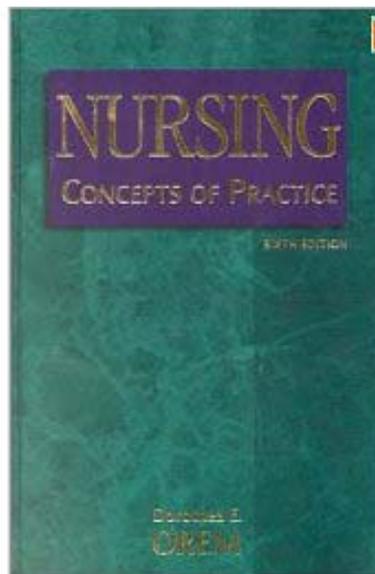
En 1970 Orem se dedicó a su propia empresa consultora, abandonando sus actividades en la Catholic University of América.

La producción científica de Orem consistió en la publicación de libros de los cuales *Concepts of Practice*, en 1971 fue el primer libro publicado por Orem; siguió a este *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* en 1972; además de escribir para varios libros capítulos de los que destacan: *The self-care deficit theory of nursing. A general theory* (1983) y *A nursing practice theory in three parts* (1990) entre otros; diversos artículos de revistas.⁵

⁵ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit.p 292.

Reconocimientos⁶

- Grado honorario de Doctor of Science en 1976 por la Georgetown University.
- El premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la Catholic University of América en 1980.
- Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980.
- Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988.
- El Linda Richard Award, National League for Nursing en 1991.
- El Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992.
- Doctora Honoris Causa de la Universidad de Missouri en 1998.



⁶ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit.p 292.

La Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado

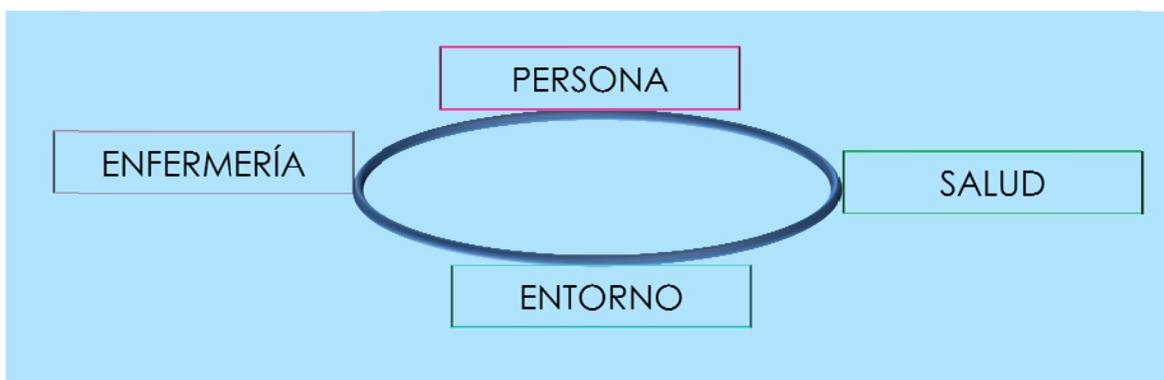
En Orem no se manifestaron influencias directas de algún líder de enfermería, sin embargo por medio de su contacto en su asociación con enfermeras, sus colaboradores y los estudiantes fueron la experiencia formativa que le permitió desarrollar su teoría. La visión filosófica de Orem corresponde al realismo moderado.

El Metaparadigma de Orem

El componente de mayor jerarquía en la abstracción y en el conocimiento de la enfermería es el Metaparadigma, que sirve de marco de referencia.

El Metaparadigma es la perspectiva de conjunto de una disciplina, que precisa de los conceptos centrales de la misma (cuidado, persona, salud, entorno) e intenta explicar sus relaciones (Kérovac et cols,2009).⁷

Los núcleos centrales de estudio, que sirven de sustento al desarrollo de la enfermería como profesión y disciplina son: la persona, el entorno, la salud y la enfermería.



Metaparadigma de Enfermería

⁷ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier España, 6ª. edición, p 267.

Para Orem estos conceptos centrales significan:

Persona: un ser integral que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y dinámico con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; sino fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados (cuidado dependiente).^{8,9}

Entorno: es entendido como el conjunto de todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona para que pueda emprender sus acciones de autocuidado o sobre su capacidad de ejercerlos.

Salud: es definida como “un término que describe el estado de total integridad de los componentes del sistema biológico, simbólico y social de los seres humanos”.⁹ El estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.^{10,11,12}

Enfermería: como un servicio de ayuda especializada, es decir que la ayuda que proveen es dentro del campo de dominio de la enfermería, la ayuda está en función de las limitaciones que tienen los individuos, las familias y las comunidades para efectuar el autocuidado, donde solo aplican cuestiones para las que están calificadas, sin embargo cuentan con el conocimiento para solicitar la consulta o bien ayudar a los individuos, familias o comunidades a asegurar la ayuda de otros servicios de ayuda;

⁸ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier España, 6ª. edición, p 267.

⁹ Vega O. y González (2007) Teoría del Déficit de autocuidado. Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 4, Nº. 4, pags. 28-35.

¹⁰ Orem D. Conceptos de Práctica. Mc Graw Hill 2ª.edición p 118.

¹¹ Vega Angarita (2006) Estructura del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería, Ciencia y Cuidado. Vol. 3 No.3 p 57.

¹² Orem D. (1991) Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ediciones Científicas y Técnicas. España, 4ª. ed.p 15.

todo esto sin que se traspasen los límites que competen a otros servicios de ayuda, ni a otros servicios especializados.⁹

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.^{10,11}

Los supuestos básicos sobre los que subyace la teoría general de enfermería se presentaron en la Marquette University en 1973 y considera cinco premisas:

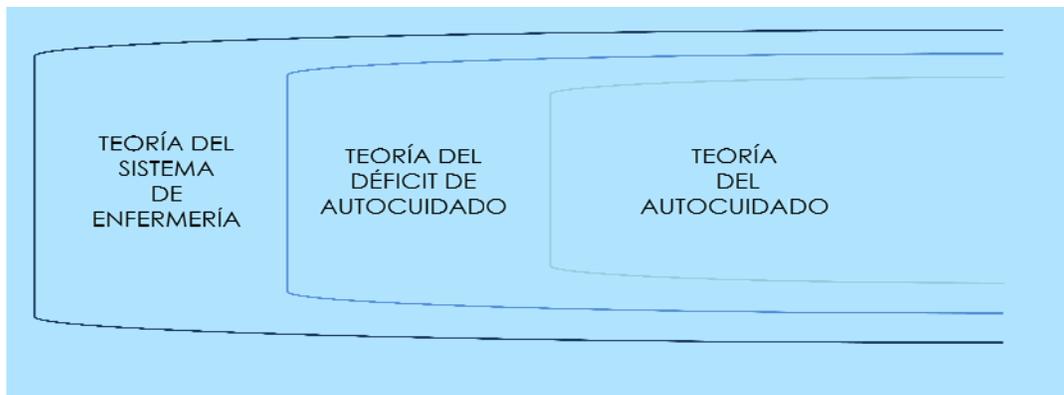
1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, haciendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.¹³

¹³ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op. Cit.p 272.

La Teoría General del Deficit de Autocuidado se compone de tres teorías:

- ④ Teoría del Autocuidado
- ④ Teoría del Déficit de Autocuidado
- ④ Teoría de Sistemas Enfermeros.

La Teoría de Autocuidado sirve como fundamento para las otras dos teorías, mientras que la Teoría del Déficit de Autocuidado explica las razones en que un individuo puede requerir de la Enfermería y la Teoría de Sistemas enfermeros donde además de ser unificadora explica la forma en que las(os) enfermera(os) practican su disciplina.



Teoría General del Déficit de Autocuidado

Teoría del Autocuidado

El término de Autocuidado para Orem consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo, (Orem 2001).

En este sentido aclara que los todavía no nacidos, los recién nacidos, los lactantes, los niños, los inválidos graves y los enfermos no pueden satisfacer sus propias necesidades de autocuidado.¹⁴

¹⁴ Orem D.(1980) Normas Prácticas en Enfermería, Ed. Ciencias Médicas, Barcelona. p 53.

La razón de ser del Autocuidado es la acción con un modelo y desarrollo del modelo que al realizarlo de manera eficaz logra contribuir a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano.

Los objetivos que se requieren para lograr la acción del Autocuidado son llamados requisitos de autocuidado, que son manifestaciones de los tipos de autocuidado intencional que requieren los individuos.

Son tres los tipos de requisitos de autocuidado:

1. Requisitos de autocuidado universal
2. Requisitos de autocuidado del desarrollo
3. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida adaptadas a la edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros. Se asocian a los procesos vitales, el mantenimiento de la integridad de la estructura humana y su funcionamiento.

Orem sugiere ocho requisitos de autocuidado universal¹⁵:

1. El mantenimiento de una ingesta suficiente de aire.
2. El mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
3. El mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
4. La provisión de cuidados asociados con procesos de evacuación y excrementos.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre soledad y comunicación social.
7. La prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales, de acuerdo con la capacidad, las limitaciones conocidas y el deseo del hombre de ser normal.

La satisfacción de los requisitos universales se puede ver perturbada por condiciones que incluyen: la contaminación con materiales nocivos del aire, agua y

¹⁵ Orem D.(1980) Normas Prácticas en Enfermería,Op.Cit. p 62.

alimentos, la escasez de alimentos y agua, las condiciones que afectan negativamente al trabajo, la recreación, las actividades religiosas, los patrones de vida diarios, enfermedad, defectos, invalidez.¹⁶

Requisitos de autocuidado del desarrollo

Están asociados a los procesos de desarrollo humano y a las condiciones y acontecimientos que ocurren en las etapas de la vida y acontecimientos que pueden afectar desfavorablemente el desarrollo.

Las categorías del requisito para el autocuidado del desarrollo son:

1. Causar y mantener las condiciones de vida que sostienen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo, se refiere el progreso del individuo hacia niveles más altos de la organización de estructuras humanas y hacia la madurez durante:

- a) Etapa intrauterina de la vida y el proceso de nacimiento
- b) La etapa neonatal en la que se consideran los casos de:
El neonato que ha nacido a tiempo o es prematuro
El neonato con peso normal o con peso bajo.
- c) Infancia.
- d) Etapas de desarrollo de la niñez, aquí incluye la adolescencia y la entrada en el mundo del adulto.
- e) Las etapas del desarrollo del adulto.
- f) El embarazo o en adolescencia como adulto.

2. El suministro de cuidado o para prevenir de efectos nocivos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano o para mitigar o vencer dichos efectos que resultan de condiciones, como:

- a) La privación de educación.
- b) Los problemas de adaptación social.
- c) Los fallos de individuación sana.
- d) La pérdida de parientes, amigos o colegas.
- e) La pérdida de posesiones o de la seguridad del trabajo.
- f) El cambio repentino de residencia de un ambiente desconocido.
- g) Los problemas asociados con la posición social.

¹⁶ 15.Orem D.(1980) Normas Prácticas en Enfermería, Op. Cit. p 63-64

- h) Mala salud o invalidez.
- i) Condiciones opresivas de vida.
- j) Enfermedad que termina en muerte, y la muerte cercana.¹⁷

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Al existir una alteración de la salud, están ligados a defectos genéticos y constitucionales, a alteraciones de la estructura y funcionamiento humano, a los efectos, al diagnóstico médico y tratamiento.

Son seis las categorías de requisitos de autocuidado cuando existen alteraciones en la salud.

1. Buscar y conseguir asistencia médica adecuada, cuando está un expuesto a agentes físicos, biológicos o estados y condiciones ambientales asociados con acontecimientos humanos patológicos, o cuando hay evidencia de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con la patología humana.
2. Teniendo conciencia y estando atento a los efectos y resultados de las condiciones y los estados patológicos.
3. Llevando a cabo eficazmente medidas diagnósticos, terapéuticas y de rehabilitación, determinadas por los médicos para la prevención de tipos específicos de patología a la patología en sí, a la regulación del funcionamiento integrado del ser humano, al arreglo de deformaciones y anormalidades o a la compensación de incapacidades.
4. Estando consciente y atendiendo o regulando los efectos nocivos o incómodos de las medidas para el cuidado realizadas o prescritas por el médico.
5. Modificando la imagen de uno mismo aceptándose en un estado especial de salud y con la necesidad de formas concretas de cuidado sanitario.

¹⁷ Orem D.(1980) Normas Prácticas en Enfermería, Op. Cit. p 70.

6. Aprendiendo a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y con los efectos de diagnóstico y tratamiento médico en una forma de vida que fomenta el desarrollo personal continuo.¹⁸

La finalidad en un sentido ideal al satisfacer los tres tipos de requisitos es conseguir las condiciones humanas y ambientales que:

- Sostienen los procesos vitales.
- Mantienen las estructuras y el funcionamiento del hombre dentro de un límite normal.
- Sostienen el desarrollo de acuerdo con la variedad humana.
- Previenen daños y estados patológicos.
- Contribuyen con la regulación o control de los efectos del daño y la patología.
- Contribuyen también a la curación o regulación de los procesos patológicos.

Si el requisito de autocuidado de desviación de la salud es satisfecho ayuda en el control del estado patológico en etapas tempranas de (prevención secundaria) y en la prevención de los defectos e invalidez (prevención terciaria), sin embargo el ideal es que al estar pendiente la satisfacción de este requisito en todo momento se consiga la prevención primaria de los estados patológicos que pudieran presentarse.

La teoría sustenta que algunos factores de diferentes formas las acciones de autocuidado, son llamados factores condicionantes básicos: edad, estado de desarrollo, sexo, sistema familiar, educación formal, orientación sociocultural, disponibilidad de recursos, patrones de vida y estado de salud.¹⁹

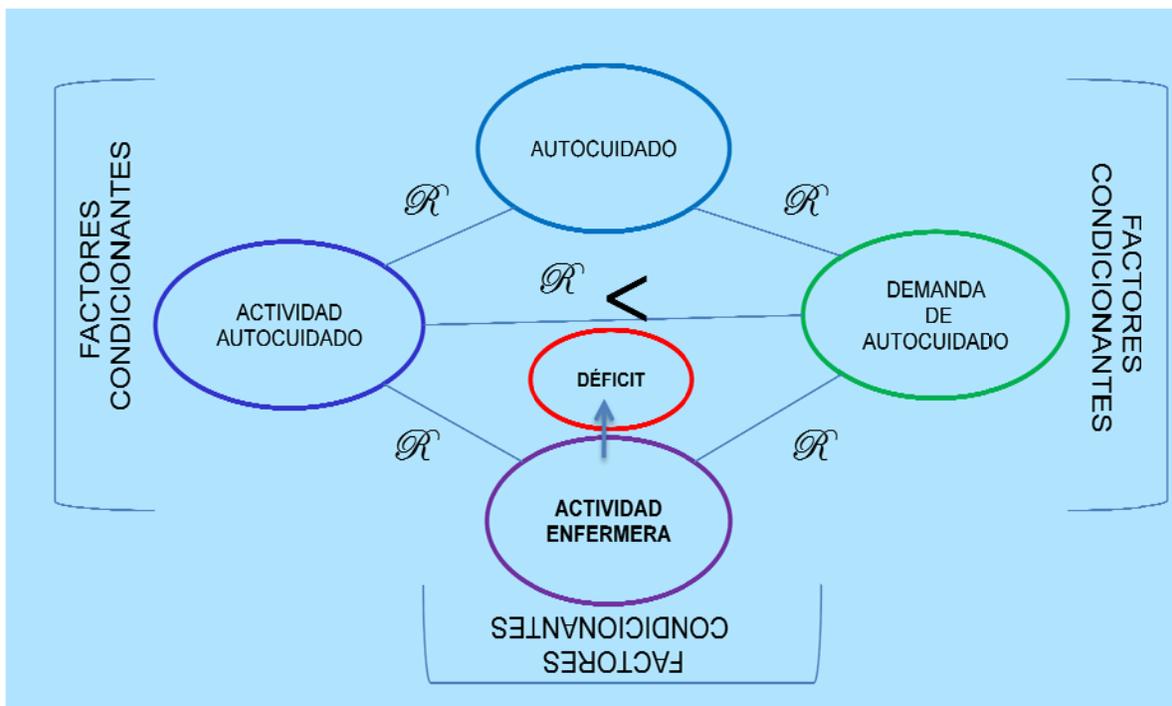
¹⁸ Orem D.(1980) Normas Prácticas en Enfermería, Op. Cit. p 74

¹⁹ Vega O. y González (2007) Teoría del Déficit de autocuidado. Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 4, Nº. 4, p 32

Teoría del Déficit de Autocuidado

Es el elemento, de mayor trascendencia en la Teoría General del Déficit de Autocuidado.

El déficit de autocuidado expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Este término en el sentido abstracto, proporciona una guía, para elegir el papel que adquiere el paciente en el autocuidado. Ya que la intervención de Enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrir las, de esta forma se hace evidente la necesidad del cuidado enfermero.



En el esquema anterior se muestran las relaciones (\mathcal{R}) que se encuentran entre el autocuidado y como al existir un déficit para satisfacer la demanda de autocuidado la actividad enfermera adquiere un papel fundamental para lograr que se lleve a cabo la actividad de autocuidado.²⁰

²⁰ Orem D. (2001) Nursing: Concepts of practice. 6a. Ed. St. Louis. Mosby

Teoría de Sistemas de Enfermería

La acción de enfermería ha sido clasificada por Orem en cinco categorías²¹:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
2. Guiar o dirigir a otros.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar.

De esto surge la Teoría de Sistemas de Enfermería

Los sistemas de enfermería son la secuencia de acciones prácticas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus cuidados.

Son sistemas de acción diseñados y producidos por enfermeras mediante el ejercicio de su disciplina, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.²²

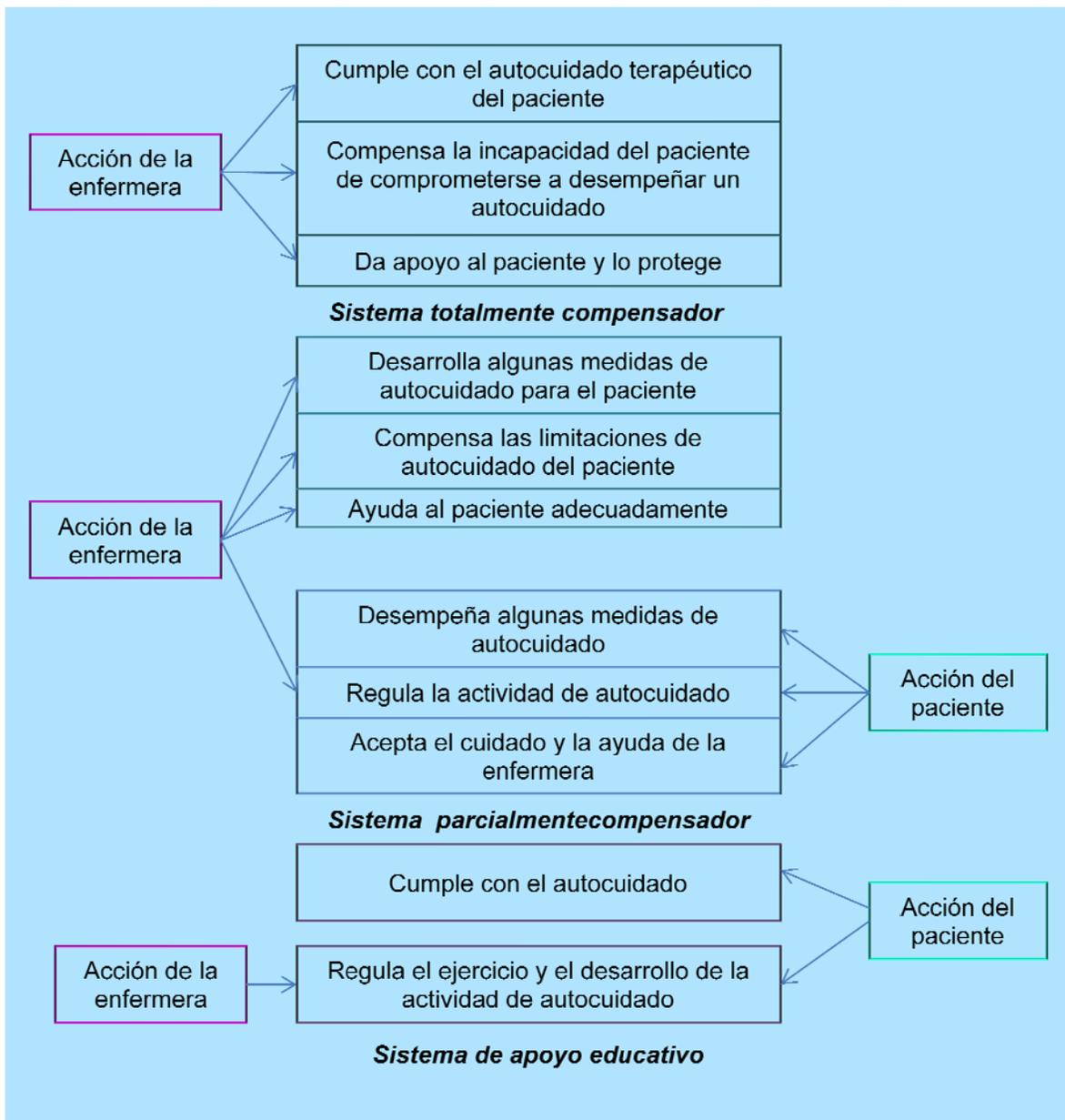
Se explica a través de la Teoría de Sistemas de Enfermería los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas²³:

- Sistemas de enfermería **totalmente compensadores**: el personal de enfermería proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona.
- Sistemas de enfermería **parcialmente compensadores**: El personal de enfermería proporciona conjuntamente con la persona el autocuidado.
- Sistemas de enfermería **educativo y de apoyo**: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

²¹ Cavanagh, S (1993). Modelo de Orem, Aplicación práctica. Masson .Barcelona p. 20.

²² Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op. Cit.p 273.

²³ Vega O. y González (2007) Teoría del Déficit de autocuidado. Op. Cit.p 33.



Sistemas enfermero básicos²⁴

Los sistemas enfermeros básicos se elaboran para la persona, el agente de cuidado dependiente, para los grupos con demanda de autocuidado terapéutico que presentan restricciones similares que les impiden llevar a cabo el autocuidado o cuidado dependiente, familias o grupos sociales.

²⁴ Orem D. (2001) Nursing: Concepts of practice. 6a. Ed. St. Louis. Mosby

En la siguiente tabla se resume la acción de enfermería en los Sistemas de Enfermería²⁵:

Totalmente Compensatorio	Parcialmente Compensatorio	Educativo de Apoyo
Realiza el cuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el cuidado terapéutico del paciente.
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado.
	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Ayuda y protege al paciente.
Hacer por el otro.	Hacer con el otro.	Dejar hacer al otro.

La aplicación práctica de la Teoría de Déficit del Autocuidado se reporta que tiene un vasto campo de aplicación ya que se ha empleado en diversas situaciones clínicas, en el cuidado de pacientes en todas las etapas de la vida, aplicado a diferentes grupos sociales y entornos con más de 800 referencias en el website.

La investigación relacionada con la Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado se observa vinculada a tres ejes:

1. Desarrollo de instrumentos de investigación para medir los elementos conceptuales de la teoría.
2. Estudios que demuestran elementos de la teoría en poblaciones determinadas.
3. Desarrollo de nuevos modelos o teorías intermedias.

En estos rubros no se contempla en situaciones clínicas, en la práctica profesional, donde se han obtenido buenos resultados al utilizarla.²⁶

²⁵ Benitez C. y otros. (2006)Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud.

²⁶ Taylor S G.(2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op. Cit.p 281

El valor ético de la Teoría de Orem

La teoría de Orem orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de enfermería y el paciente, demostrando valores éticos como son el respeto a la autonomía, la dignidad humana, derecho de la salud y la vida, y la responsabilidad de los profesionales a brindar atención de enfermería. Aquí se expone como cada valor se distingue dentro de la teoría.²⁷

Autonomía. Se hace evidente ya que la función del personal de enfermería es sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado; así Orem cataloga al individuo como un ser autónomo, con capacidad de autocuidarse mientras objetivamente no se demuestre lo contrario, para ser capaz de adoptar sus propias decisiones en materia de salud. De esta manera la enfermera profesional respeta a la persona y las elecciones que ésta pueda hacer como ser racional ya que la interferencia en la autonomía de un individuo resulta perjudicial para su recuperación. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.

Responsabilidad. El personal de enfermería tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente cuando asume su papel dentro de un marco de relación interpersonal con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

Derecho a la salud y la vida. Orem tiene en cuenta dentro de la actividad de la enfermera en la satisfacción de demandas de autocuidado terapéutico, requisitos en el orden biológico respiración, alimentación, eliminación, actividad y reposo, en la interacción social y el desarrollo personal dentro de grupos sociales.

Respeto por la dignidad humana Esta integralidad en el cuidado enfermero implica respeto a la dignidad humana, y permite al individuo adoptar sus propias decisiones con tolerancia, cumpliendo el principio de

²⁷ Rivero M. y otros,(2002) Valoración Ética del Modelo de Dorotea Orem, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm

consentimiento informado, confidencialidad, respeto por sus creencias, veracidad, intimidad y otros, al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima del individuo.

4.3. MÉTODO ENFERMERO

El método científico es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos físicos del mundo y permitan obtener, con estos conocimientos, aplicaciones útiles al hombre, De esta forma dentro de la disciplina de enfermería para adquirir conocimiento requiere de su propio método que le permita conocer y explicar los fenómenos inherentes a ella.

En 1955, Lidia Hall empleó por primera vez el método enfermero, como método de trabajo; refería que la asistencia sanitaria era un proceso representado esquemáticamente por círculos superpuestos que significaban el cuidado, la enfermedad/curación y la persona/enfermo, la enfermera compartía en diferentes grados con otros profesionales de la salud los tres círculos.²⁸ Hacia 1967 Helen Yura y Mary Walch, editaron el primer libro sobre el proceso de enfermería donde sólo se componía de cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. A mediados de los 70's Bloch, Roy, Mundinyer y Jauron, agregaron la fase diagnóstica, de tal forma quedó constituido de cinco fases.²⁵

Para conceptualizar al método enfermero varios autores han aportado diversas definiciones:

Gordon los define como “un método de identificación y resolución de problemas. Aunque derivado del método científico objetivo, según cabe suponer, el proceso enfermero no se aplica de una forma objetiva y libre de valores. Los valores humanos influyen tanto en la identificación del problema como en su resolución.”²⁹

Alfaro hace un énfasis en el aspecto dinámico y reflexivo para la enfermería de tal forma que lo conceptualiza como: “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo”³⁰

²⁸ Kozier (1995) Conceptos y temas en la práctica de la Enfermería.2ª. ed. McGraw-Hill Interamericana, México p. 126.

²⁶ Gordon, M.(1999) Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación.3ª. ed. Madrid: Harcourt p. 37.

³⁰ Alfaro, R.(2003) Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª. ed. Elsevier,p. 4.

Deiminger, en su conceptualización trata la aplicación del método enfermero aplicado sólo al individuo, sin considerar el grupo social, por lo que este tipo de definición no es aplicable a la enfermería cuando se trabaja con la familia o grupo social: "una forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevarlos a cabo y evaluar hasta qué punto estos planes resultan eficaces para solucionar los problemas identificados".³¹

Según M.T. Fehlau: "Es el método sistemático de solución de problemas para planificar la asistencia. Es un proceso de planificación de las atenciones centrado en el paciente de forma lógica y sistemática a través de la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación. Estos problemas hacen referencia a la manifestación de una necesidad alterada".³²

Para Griffin, el proceso enfermero es "una trayectoria progresiva" que contiene tres dimensiones: "propósito, organización y flexibilidad".

Sin embargo todos los conceptos coinciden en características como: sistemático, humanístico, centrado en alcanzar objetivos, y dinámico.

El método enfermero se centra en las respuestas humanas, además de las cuestiones que involucran la salud. Los beneficios de acuerdo como los expone Alfaro (2003) del empleo del proceso enfermero son:

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Tiene requerimientos de documentación precisos para lograr que la actividad enfermera pueda ser auditable.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).

³¹ Ballesteros (1993) El proceso de atención de Enfermería y la ciencia. En: Conceptos de Enfermería. Barcelona: Doyma, p .82

³² Griffin, A. En: Carlson, J (1985) Diagnóstico de Enfermería. Madrid, Pirámide. p 231.

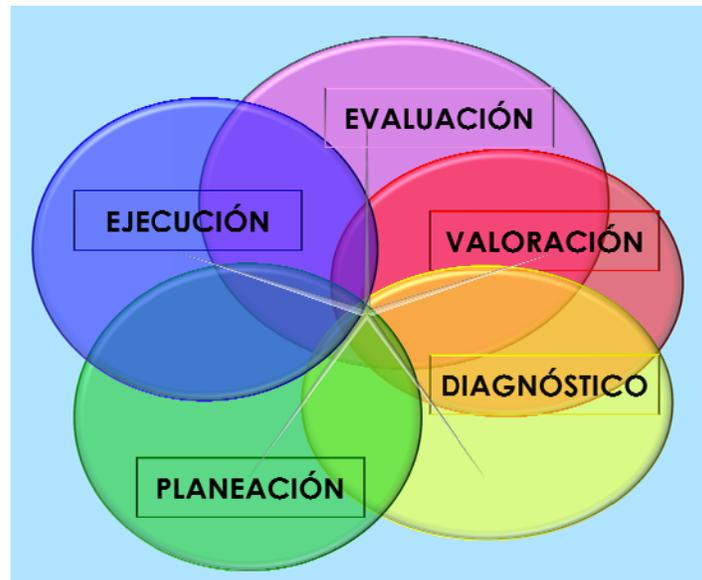
- Ayuda a que: los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos y las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

Las etapas del método Enfermero son:

1. **Valoración.** Consiste en la obtención y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente en una búsqueda intencionada de la evidencia de funcionamiento anormal a través de diversas fuentes. Entre las herramientas para la valoración, la enfermera utiliza la entrevista, la observación y la exploración.
2. **Diagnóstico.** Es la actividad analítica de los datos obtenidos para identificar los problemas reales o potenciales y los recursos con los que se cuenta para desarrollar el plan de cuidados.
3. **Planificación.** Donde se establecen las prioridades a resolver, se fijan los objetivos, y el camino que puede ser la solución a los problemas detectados, se realiza una descripción de las tareas necesarias o intervenciones para dar una respuesta individualizada a la situación de cada sujeto.
4. **Ejecución.** Se pone en práctica el plan, adoptando una actitud reflexiva de tal forma que se efectúa una valoración del estado del paciente antes de realizar las intervenciones, efectuar una valoración para detectar los cambios del estado inicial y las respuestas a la intervención todo esto se debe documentar.
5. **Evaluación.** Comprende determinar si se han conseguido los resultados que se esperaban y que fueron fijados en los objetivos, de tal forma que se puedan detectar si hay nuevas prioridades, si no ocurrieron cambios volver a establecer un nuevo plan.

Como puede observarse todas las etapas del método están relacionadas: Valoración-Diagnóstico, Diagnóstico-Planeación, Planeación- Ejecución, sin embargo la etapa de Evaluación interrelaciona con todas las etapas.³³

³³ Alfaro, R.(2003) Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. Op Cit.7-9.



Etapas del Método Enfermero

A continuación se realiza una revisión más detallada de cada una de las etapas del método enfermero.

Valoración

Es la etapa inicial del método se utiliza para describir la evaluación inicial y continuada del estado de salud de una persona, familia o comunidad. La valoración sistemática y premeditada es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información.

Existen dos tipos de valoración: valoración de los datos básicos, donde se reúnen en el contacto inicial con la persona para valorar de manera general los aspectos de salud y la valoración focalizada, que comprenden los datos para determinar el estado de un aspecto específico.³⁴

Para llevar a cabo la valoración básica se emplea frecuentemente un instrumento de valoración. El instrumento de valoración es la herramienta que permite llevar a cabo la valoración de manera documentada y estandarizada, están diseñados considerando factores como: la adecuación a las etapas de la vida humana y problemas más comunes, el marco de referencia enfermero de acuerdo a una teoría de enfermería y estándares de cuidados.

³⁴ Alfaro, R.(2003) Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. Op Cit.37

Se distinguen cinco cuestiones a considerar, para realizar adecuadamente en la etapa de valoración.

1. Obtención de los datos.
2. Validación de los datos.
3. Organización de los datos.
4. Identificación de patrones/ comprobación de los primeros acercamientos.
5. Informe de datos.

La obtención de los datos se realiza a través de fuentes. Las fuentes pueden ser directas (paciente, familia, comunidad, enfermera o equipo de trabajo) e indirectas (el expediente clínico, libros, revistas, etc.).³⁵

Los métodos útiles en la recolección de los datos son: la observación, la entrevista y la exploración física.

La observación debe realizarse utilizando los sentidos, con atención en el aspecto general, y fijando la atención en aquellos aspectos que se detecten alterados a través de los sentidos.

La entrevista debe contemplar las consideraciones éticas, culturales y espirituales a través de lograr establecer una relación de confianza, poniendo énfasis en las preguntas que sean relevantes de acuerdo a las necesidades que se vayan detectando.

En la exploración física se lleva a cabo respetando la intimidad del paciente, de manera minuciosa, sistemática, con cierta habilidad y destreza en la aplicación de los métodos de exploración: Inspección, auscultación, palpación y percusión.³⁶

La validación de los datos se lleva a cabo confirmando la veracidad de la información por medio de guía o de la rectificación de los datos en el caso de que se encuentren con cierta duda al respecto de su veracidad, encontrar la concordancia entre los datos subjetivos y objetivos.

³⁵ Morán. (1975)El proceso de atención de Enfermería. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res019/txt5.htm#2

³⁶ Rosales, S y Reyes (1995) Fundamentos de Enfermería, Ed. Manual Moderno p 134.

Para la organización de los datos se pueden agrupar tomando en cuenta la perspectiva de la enfermera, en el caso de emplear un instrumento de valoración esta parte estará saldada, en aquellos casos que los datos recolectados no se encuentren contemplados en el diseño del instrumento de valoración se pueden agrupar además por los sistemas corporales.

Identificación de patrones y comprobación de los primeros acercamientos incluye determinar cuáles son los datos relevantes y lograr obtener mayor información para comprender mejor el aspecto que resulte relevante.

Informe de datos, sobresaltando aquellos que resulten significativos en la valoración y aquellos que resulten anormales.

Diagnóstico

En esta etapa se expone el proceso a través del cual la enfermera puede establecer un problema clínico y formularlo para su resolución.

Algunos de los conceptos sobre el Diagnóstico Enfermero

Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que "...es la conclusión hecha sobre las condiciones del paciente mediante la investigación..."³⁷

Sally Speth Monken , "se dice que el diagnóstico de enfermería es "...el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería..."³⁸

La American Nurses Asociation (A.N.A.) define el diagnóstico como "la descripción de problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras están autorizadas y capacitadas para tratar".

Carpenito lo enuncia como una explicación que describe un estado de salud o una alteración real o potencial en los procesos vitales de una persona (fisiológico, psicológico, sociológico, de desarrollo y espiritual). La enfermera utiliza el proceso de enfermería para identificar y sintetizar los datos clínicos y para disponer

³⁷ Duran, M y Prince R. "Diagnóstico de Enfermería : Proceso y Decisión". Traducido de Nursing Forum. Vol. 5, No. 4, p. 966.

³⁸ Monken S.(1975) "Después de la Valoración, ¿qué?". Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Editorial Interamericana, México.

intervenciones de enfermería que reduzcan, eliminen o prevengan (promoción de la salud) las alteraciones de la salud que pertenezcan al dominio legal y educativo de la enfermería.³⁹

Constituye el eje sobre el cual reside la exactitud y relevancia del plan de cuidados, al detectar los problemas potenciales se pueden prevenir problemas reales de salud, además se puede emplear de manera eficiente los recursos, implicando menores costos de la atención.

La práctica enfermera adquiere una mayor responsabilidad como diagnósticadora desde el punto de vista de los estándares de la práctica y el punto de vista legal.

Gordon planteó el formato P.E.S. para anunciar y confirmar diagnósticos:

P roblema
E tiología
S ignos y síntomas

Los diagnósticos reales son descritos enunciando el problema relacionando a las causas y como se manifiesta o evidencia a través de los datos recolectados.

Los diagnósticos potenciales se redactan conforme se conozca el problema y se relacione con la causa que haga propenso a padecer el problema.⁴⁰

En la actualidad se espera lograr el cambio de realizar diagnósticos y tratamientos a lograr predecir, prevenir y gestionar el cuidado; desarrollar guías o mapas de cuidados.

Planificación

Consiste en determinar las prioridades, clarificar los resultados esperados, las intervenciones que modifique el estado de salud y lleven a lograr los objetivos establecidos.

³⁹ Carpenito (1990) Diagnósticos de Enfermería. 39ªed. Editorial Interamerica, México, p 84.

⁴⁰ . Gordon M.(1999) Diagnóstico Enfermero. 3ª. ed. Harcourt-Mosby, Madrid p 32

Para Alfaro la planificación: “Es el momento en que se determinará cómo brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos”.⁴¹

Iyer la considera como la actividad que “Implica el desarrollo de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables del sujeto o evitar, reducir o corregir las respuestas insanas”.⁴²

M. Phaneuf define la planificación como: “El establecimiento de un plan de acción, en prever las etapas de su realización, las acciones que se han de llevar a cabo, los medios que hay que emplear y las precauciones que hay que adoptar, en pocas palabras, en pensar y organizar una estrategia de cuidados bien definida”.³⁹

La planificación incluye los componentes siguientes:

- Objetivos
- Diagnósticos enfermeros reales y potenciales
- Intervenciones específicas
- Evaluación del plan

Los objetivos son indicadores para medir si se consiguen los resultados deseados, dirigen las intervenciones ya que indican cómo alcanzar los resultados y son factor de motivación.

Las intervenciones de enfermería son acciones para controlar el estado de salud, reducir los riesgos, resolver, prevenir o manejar un problema detectado.

Se pueden clasificar de acuerdo a la interacción con el paciente (McCloskey y Bulechek, 2000) como:

- **Intervenciones de cuidados directos:** donde la enfermera tiene una interacción directa con el paciente.

⁴¹ Iyer, P.(1997) Proceso y diagnóstico de Enfermería.3ª.ed. McGraw Hill Interamericana. México.,58.

⁴² Phaneuf, M. (1999) La planificación de los cuidados enfermeros.McGraw Hill – Interamericana. México.

- **Intervenciones de cuidados indirectos:** acciones que son realizadas espacialmente lejos del paciente pero que incluye el beneficio del paciente o el grupo social. En esta categoría incluyen las modificaciones del entorno del cuidado, promoción y colaboración multidisciplinaria.

Por el grado de dependencia de la práctica médica (Iyer1989) los tipos de actividades de enfermería, son:

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las intervenciones específicas son aquellas que pueden resolver los problemas detectados, en la actualidad existen en algunos casos guías de intervención que documentan la evidencia de las intervenciones de acuerdo a su valor de evidencia dentro del campo de la disciplina.

La evaluación del plan de cuidados se efectúa en base a la claridad de la formulación de los objetivos, e intervenciones, con el propósito de detectar los errores y omisiones.

Ejecución

Esta etapa consiste en la ejecución y/o delegación de las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada.

Para Kozier, “Es poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención; es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”⁴³

Es en esta etapa que se toma la decisión sobre la mejor alternativa de poner en marcha el plan de cuidados. Para llegar a esta alternativa la enfermera tomará decisiones de carácter independiente, para establecer las condiciones necesarias para llevar a cabo el plan de atención. En esta manera se dispone razonablemente de sus propias capacidades y de las de otras personas.

Las actividades para realizar la ejecución del plan de cuidados consiste en: preparación para dar y recibir informe del personal de enfermería que ejecutará el plan; establecer las prioridades diarias del paciente familia o grupo social y aquellas intervenciones que puedan ser delegadas de acuerdo a la seguridad de la ejecución de la intervención en un marco de conocimiento y disposición para ejecutar la intervención; valorar y revalorar la funcionalidad de las intervenciones, debido a que el paciente o grupo social son entes dinámicos; realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios; realizar la documentación del proceso de ejecución del plan de acción y el cambio de turno.

Evaluación

Es la etapa cuya finalidad es medir el logro de las metas fijadas siguiendo las actividades correspondientes a los cuidados del paciente para apreciar sus reacciones a los mismos. Griffith y Christense señalan que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.⁴⁴

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

⁴³ Kozier, B. et al.(1999) Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y práctica. 5a. ed.Madrid: McGraw Hill – Interamericana. Madrid p.86.

⁴⁴ Griffith J. y Christense P.(2001) Proceso de Atención de Enfermería Aplicación de Teorías, Guías y Modelos. Manual Moderno. México p. 386

Realizar la evaluación de manera crítica permite mejorar la provisión de los cuidados, evitando las prácticas que repitan los errores y favoreciendo las que permiten garantizar la seguridad, eficiencia y mejora.

Las fases que componen a esta etapa son:

- Obtención de datos y comparación con los objetivos establecidos.
- Juicio o conclusión.
- Modificación del plan.

La evaluación continua y sistemática permite la mejora de la calidad. La evaluación se debe realizar hacia los resultados, el método y el proceso de aplicación del método y la estructura o entorno en el que se realizaron los cuidados.

4.4. RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM Y EL MÉTODO ENFERMERO

Para Orem, la práctica de la enfermería implica un proceso de acción, de tal forma que su modelo se debe traducir a la práctica cotidiana de la enfermería.

Método enfermero lo conceptualiza Orem como: “un término usado por las enfermeras para referirse a las operaciones profesionales-tecnológicas de la práctica de la enfermería y las operaciones asociadas de planificación y evaluación.”⁴⁵

En términos de Orem el Método Enfermero es aquel que requiere que participen las enfermeras en operaciones interpersonales y sociales y operaciones tecnológico-profesionales.⁴⁶

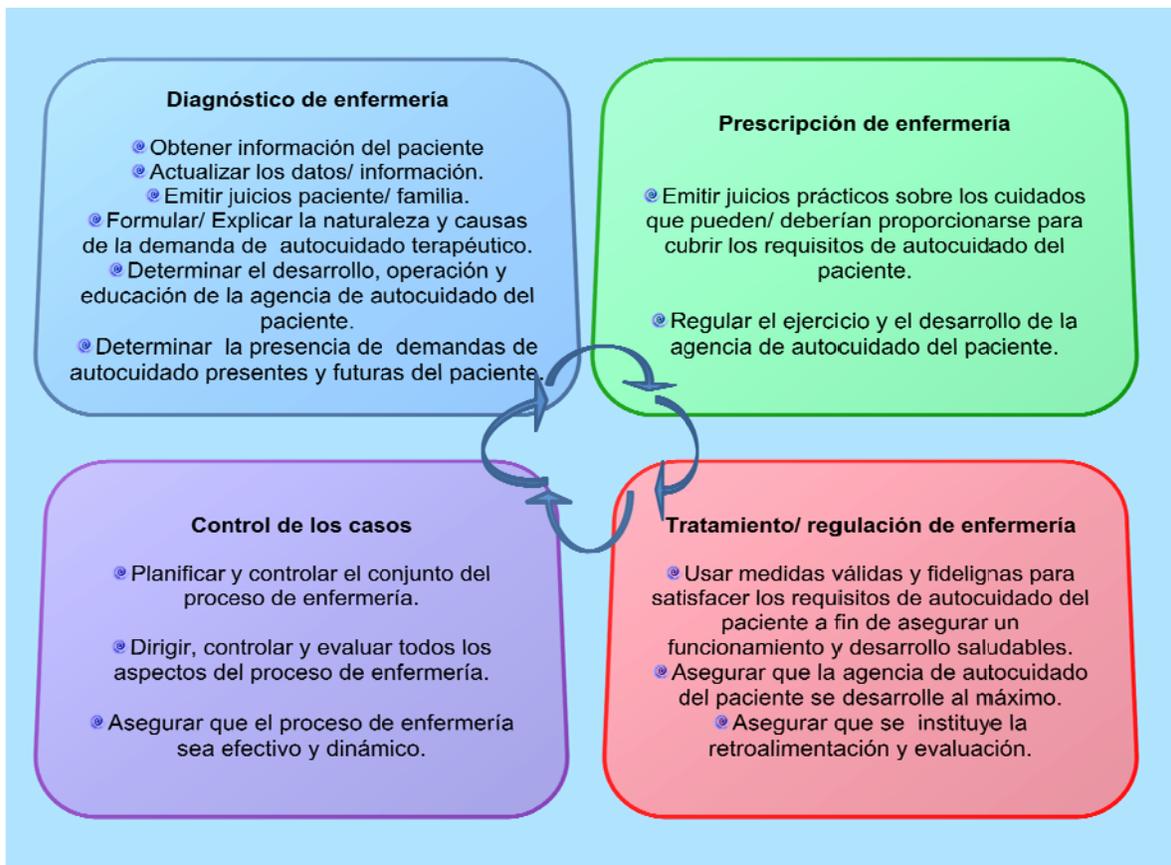
Las **operaciones interpersonales y sociales** implican que la enfermera al realizar su trabajo desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado con el paciente y su familia. Con esto comprende el inicio de una relación efectiva con el paciente llegar a acuerdo para lograr responder a las cuestiones relacionadas con la salud, realizar conjuntamente la revisión de la información con el paciente, y que las actividades sean factibles de mantenerse o modificarse cuando se considere apropiado, por medio de la relación ya establecida.

Cuando las enfermeras cuidan a pacientes específicos establecen una sucesión intencionada y seleccionada de acuerdo al paciente específico del que cuidan.

Las **operaciones tecnológico-profesionales** conforman las actividades: diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos, las cuales entre sí guardan una secuencia pero para Orem el cuidado no necesariamente espera que se efectúen, sino que puede empezarse antes que se hayan completado las actividades diagnósticas; mientras que las operaciones de cuidado de casos que contemplan aspectos de auditoría del método de enfermería se efectúan en todo momento de la interacción de la enfermera con el paciente.

⁴⁵ Cavanagh, S. Modelo de Orem, Aplicación práctica. Op Cit. p 21.

⁴⁶ Orem, D. (1993) Modelo de Orem. Edit. Masson-Salvat. Barcelona p 300.



El Método Enfermero de acuerdo a Orem

La etapa de Valoración del Método Enfermero consiste en adquirir la información necesaria para la práctica de enfermería, para Orem el Diagnóstico de enfermería se equipara con ella, de tal forma que se puede organizar en torno a los requisitos de autocuidado de Orem: requisitos universales, requisitos del desarrollo y requisitos de desviación de la salud para determinar si las demandas de autocuidado presentes y futuras no sobrepasan las capacidades de autocuidado presentes y futuras, de esta forma determinar si hay un déficit del autocuidado.

El diagnóstico de acuerdo a Orem, es un examen y análisis de los hechos por las enfermeras que les permiten emitir juicios sobre las personas, sus propiedades, sus acciones y sus cambios en las propiedades que le permite conocer las relaciones que tienen los factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado y los medios para cubrir la demanda de autocuidado, las actividades regulares de autocuidado que realiza el paciente, los obstáculos con los que podría encontrarse la enfermera al ayudar en el autocuidado, el grado de

conocimiento, habilidad y disponibilidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico.

La etapa de Planificación del Método Enfermero se ajusta a lo que Orem determina como Operaciones Prescriptivas, que son las actividades que abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, de acuerdo con las circunstancias y conocimientos que se tienen en el momento en que se requiere aplicar el cuidado o en el futuro de una manera integral.

Las operaciones prescriptivas poseen la información definida de los aspectos relacionados al cuidado.⁴⁷ La información que debe contener es: con qué medios se va a satisfacer los requisitos de autocuidado, la manera para llegar a ellos o curso de acción, la totalidad de las medidas y la organización de las mismas para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico; el papel de la/s enfermera/s, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en las demandas del cuidado terapéutico y en la regulación del ejercicio de la agencia de autocuidado. Para Orem la cuestión de los procesos interpersonales y sociales va de la mano con las operaciones tecnológico-profesionales.

La familia y las personas significativas deben estar implicadas en el proceso de prescripción, pero esto depende si se encuentran en condición psicológica para tomar parte en el autocuidado o el cuidado dependiente.

Sobre el cuestionamiento de enfermería hacia la actitud del paciente por como aborda el paciente las indicaciones, ya sea por su autoridad, temor o ignorancia es importante para Orem ya que esto condiciona el que se dejen hacer o que quieran realizar las acciones de cuidado terapéutico.

Las etapas de Ejecución y Evaluación del Proceso Enfermero, Orem las engloba en las Operaciones Reguladoras o de tratamiento, y es a través de ellas que se lleva a cabo la prescripción del cuidado. Para efectuar el cuidado Orem establece que se requiere del desarrollo de un sistema de enfermería. El diseño de este sistema debe darse a la tarea de crear un sistema de relaciones para satisfacer la demanda de autocuidado a través del tiempo, determinar el momento y duración del contacto enfermera-paciente y el motivo por el que debe darse, permitir que se

⁴⁷ Cavanagh, S. Modelo de Orem, Aplicación práctica. Op Cit. p 30

evidencien las aportaciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de la demanda de autocuidado.⁴⁸

En el sistema de enfermería los elementos primordiales son: la enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos que ocurran de la interacción de ambos y las interacciones con los familiares.

Para Orem los tres tipos de sistemas: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo y educación deben ser dinámicos y pueden traslaparse principalmente cuando el paciente debe adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas.

En la planificación de operaciones de regulación se añaden las dimensiones de tiempo, lugar, condiciones ambientales, equipamiento y suministros así como el número y cualificaciones del equipo necesario para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados.

Los cuidados reguladores comprenden para Orem que las enfermeras deban realizar y regular las tareas de autocuidado, coordinen las tareas de cuidado, favorezcan un entorno apropiado en que el paciente desarrolle su vida diaria de manera satisfactoria, guíen, dirijan y motiven al paciente en su autocuidado y las actividades de aprendizaje.⁴⁹

Las operaciones de regulación se pueden realizar periódicamente o de manera continua.

Para que el paciente comprenda la importancia del autocuidado y la ayuda que se desea brindar al proporciona el cuidado terapéutico se requiere de conocer las conductas interna y externamente orientadas y requeridas para llevar a cabo el cuidado.

Las conductas internas comprenden: actividades de aprendizaje, aplicación del conocimiento en el inicio, realización y control de las actividades de autocuidado, el control sobre la conducta del paciente y de la enfermera o del agente de cuidado dependiente.

⁴⁸ Cavanagh, S. Modelo de Orem, Aplicación práctica. Op Cit. p 28

⁴⁹ Orem, D. (1993) Modelo de Orem. Op Cit. 311

Las conductas externas comprenden, la búsqueda de conocimiento de los recursos que pueden aportar para la realización del autocuidado y como se emplean adecuadamente, lograr buscar la ayuda necesaria en otras personas, la expresión del sentir del paciente sin que esta sea intencionada, saber cuál es la posición que ocupa dentro del entorno del paciente.⁵⁰

Para lograr que las enfermeras determinen los progresos de la aplicación de su plan estableció como pautas: controlar a los pacientes para determinar la capacidad de realizar las actividades de autocuidado, el grado de eficacia del cuidado del paciente y la asistencia de enfermería y realizar un juicio acerca de la percepción del resultado obtenido por el paciente de la intervención de enfermería.

Las operaciones de control de casos comprenden dentro del proceso la evaluación, dirección y evaluación de cada una de las operaciones: diagnósticas, prescriptivas y reguladoras específicas del paciente, su importancia radica en la integración de todas las actividades realizadas por la enfermera. Así se puede conocer los cambios en el paciente como resultado de la aplicación de las operaciones prescriptivas y la auditoría de los recursos empleados en la atención del paciente.⁵¹

Las operaciones de control de casos son operaciones tecnológicas profesionales que se pueden realizar a la par de las operaciones reguladoras y de tratamiento o bien separadas y a intervalos de la práctica enfermera.

⁵⁰ Orem, D. (1993) Modelo de Orem. Edit. Masson-Salvat. Barcelona p 310.

⁵¹ Cavanagh, S. Modelo de Orem, Aplicación práctica. Op Cit. p 35

4.5. DAÑOS A LA SALUD

Hidrocefalia ligada al X

Concepto de Hidrocefalia

Es un estado patológico de diferentes causas, donde hay un incremento de la cantidad de líquido cefalorraquídeo ventricular, por una ruptura de equilibrio entre formación y absorción del mismo que lleva a un aumento de la presión intracraneal con disminución concomitante de la sustancia cerebral, sin que esto deba asociarse siempre a macrocefalia.⁵²

La hidrocefalia es un desbalance entre la producción y reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro del sistema ventricular cerebral, donde se encuentran los plexos coroideos que producen específicamente el LCR a un volumen de 0,33 cc por minuto. En un recién nacido tiene un volumen ventricular de sólo 5 cc.⁵³

Se clasifican en:

- Comunicantes: Hay bloqueo de la absorción de líquido cefalorraquídeo en las vellosidades aracnoideas.
- No comunicantes: Hay una interferencia en la circulación normal de líquido cefalorraquídeo dentro del sistema ventricular desde uno o ambos agujeros de Monro, Acueducto de Silvio, IV ventrículo, Luschka y Magendie.

Hidrocefalia ligada al cromosoma X

Antecedentes

Fue descrita por primera vez por Bickers y Adams en 1949 y en 1961 Edwards reportó 4 familias con 29 individuos afectados. Inicialmente se atribuyó a la estenosis del acueducto de Silvio, pero estudios radiológicos y patológicos desde

⁵² Nazar N.(1997) Hidrocefalia congénita. Revista Medica Honduras Vol. 65,No. 1 p.24

⁵³ Senat S. y otros (2001) Prenatal diagnosis of hydrocephalus-stenosis of the aqueduct of Sylvius by ultrasound in the first trimester of pregnancy. Report of two cases. Prenatal Diagnosis. Vol.21 No.13 p 1129.

1979, demostraron que se encuentra patente en 80% de los pacientes. Renier y colaboradores en 1982 propusieron un nuevo término para esta patología llamándola hidrocefalia congénita ligada al cromosoma X.⁵⁴

Etiología

La etiología sugiere una mutación en el gen L1-CAM, que se encuentra en el cromosoma Xq28; está compuesto por 28 exones y codifica para una molécula de adhesión de células neurales (L1-CAM).⁵⁵

Epidemiología

La hidrocefalia congénita en México se presenta con una incidencia de 1.4 casos por 1000 nacimientos sola o asociada a otras malformaciones a lo que se agregan los hidrocéfalos diagnosticados semanas o meses después del nacimiento.

La hidrocefalia cuando es ligada al cromosoma X es la forma hereditaria más frecuente y corresponde al 2-5% de las hidrocefalias congénitas.⁵⁶

Patología

La etiopatogenia de la hidrocefalia ligada al cromosoma X se debe a mutaciones en el gen L1-CAM, que codifica para L1, una glicoproteína de la familia de las inmunoglobulinas, la cual se expresa en los axones en crecimiento de las células del sistema nervioso central y periférico. Dentro de sus funciones durante el desarrollo del sistema nervioso, se encuentran la interacción celular, la elongación neurítica, la migración celular y la mielinización.⁵⁷

La hidrocefalia congénita se presenta desde que se produce el líquido cefalorraquídeo en el embrión; es decir, desde la sexta semana hasta la octava semana, etapa donde normalmente se aperturan los agujeros de Luschka y de

⁵⁴ Hospital General de México (2006) Guías diagnósticas de Neurología y Neurocirugía. p.17-18

⁵⁵ Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Revista Mexicana de Pediatría. No.72 Vol. 6 p 301-304.

⁵⁶ Valdés J y otros (1997). Defectos congénitos en el Hospital General de México. Frecuencia observada durante 10 años Rev Med Hosp Gen Méx 1997 No.60 p181-187.

⁵⁷ Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Op Cit 303.

Magendie. En estas dos semanas se ha observado que los embriones tienen un engrosamiento dorsal, debido al uso del sistema venoso cráneo cervical posterior, que permite el descenso del LCR, aun sin el mecanismo de sifón que tienen las venas yugulares del lactante.⁵⁸

Una mutación en el gen L1-CAM, impide la codificación de la molécula de adhesión de células neurales a nivel transmembranal, y altera el desarrollo estructural del sistema nervioso.⁵⁹

Cuadro clínico

Los signos de hidrocefalia son: macrocefalia, fontanela amplia y tensa, suturas craneanas separadas, ingurgitación venosa pericraneana, ojos en sol naciente, vómitos y a veces estrabismo, nistagmus y constantemente irritabilidad, en particular la hidrocefalia ligada al X se distingue por presentar desde una afectación mínima hasta hidrocefalia masiva , síndrome de MASA (retardo mental, afasia, marcha anormal y pulgares aductos), paraplejía espástica y agenesia del cuerpo caloso ligada al X.



Macrocefalia

Pulgar aducto

(Imágenes tomadas de Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X)

El acrónimo CRASH (hipoplasia del cuerpo caloso, retardo mental, pulgares aductos, paraplejía espástica e hidrocefalia) se propuso en 1995 como una descripción de las manifestaciones neurológicas asociadas al cromosoma X.⁶⁰

⁵⁸ Morales E.(2008)Neurocirugía. Vol 2 UNMSM. Facultad de Medicina Lima

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/Neurocirugia/Volumen2/hidro_pediat_1.htm

⁵⁹ Ríos F. y otros(2005) Hidrocefalia ligada al X. Op Cit 308

⁶⁰ Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Op Cit 303.

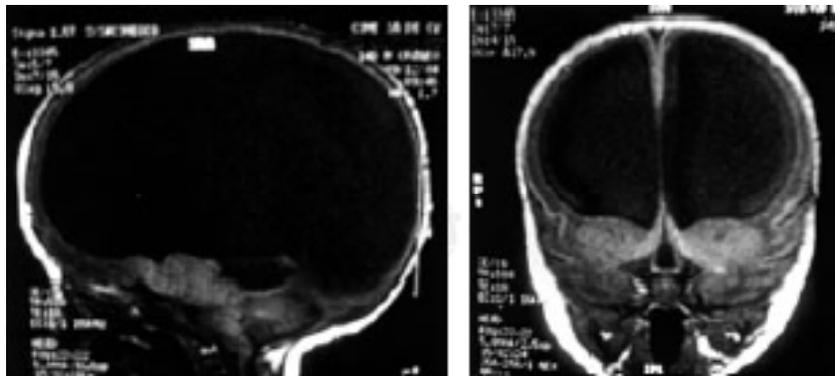
Diagnóstico

El diagnóstico en la actualidad dentro de los servicios de atención es principalmente por los hallazgos durante la historia clínica donde se sospecha una enfermedad genética en base a los antecedentes familiares y esto se asocia con alteraciones morfológicas ecográficas en el ultrasonido durante la etapa prenatal que reporte la dilatación de los ventrículos laterales que es el dato más importante.

Se puede manifestar de forma variable a diferente edad gestacional desde la semana 16-20, y los pulgares aductos que se pueden detectar desde la etapa prenatal, aunque no es totalmente seguro debido a que la ventriculomegalia se puede presentar al final del embarazo y en algunas posterior al nacimiento.⁶¹

El diagnóstico debería realizarse al tener la sospecha por la historia clínica por medio de las pruebas de biología molecular y análisis de unión para marcadores en el cromosoma Xq28 o para el gen L1-CAM, lo cual es posible antes de las 20 semanas de gestación. En el futuro la identificación de la mutación L1CAM haría posible identificar el estado de portadoras, ofrecer consejo genético y realizar el diagnóstico prenatal en el primer trimestre de futuras generaciones.⁶²

La tomografía cerebral ayuda a establecer el tipo de hidrocefalia que padece el paciente para lograr establecer un tratamiento y un pronóstico del paciente, de acuerdo al grado de afectación que se observe.



Tomografía se observa dilatación ventricular e hipoplasia del tallo cerebral (Tomado de Ríos. y otros. Hidrocefalia ligada al X (2005)).

⁶¹ Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Op Cit 309.

⁶² Halitus Instituto Médico (2008) Diagnóstico genético de preimplantación <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/doc/DGP.pdf>

Tratamiento

La hidrocefalia se trata con más frecuencia mediante la colocación quirúrgica de un sistema de derivación. Este sistema desvía el flujo del líquido cerebrospinal de un lugar dentro del sistema nervioso central a otra zona del cuerpo principalmente al peritoneo o a la aurícula donde pueda ser absorbido como parte del proceso circulatorio.⁶³

Con respecto a la gravedad del cuadro clínico se requiere de un drenaje de emergencia en aquellos casos de hidrocefalia aguda con hipertensión endocraneal secundaria a procesos expansivos colocándose drenaje ventrículo peritoneal tipo Morlan, o válvulas de control de presión baja en los menores de un año y de presión media en los mayores de un año de edad.

Las principales complicaciones del drenaje ventricular son: exposición del reservorio ocasionado por la compresión de la piel con el sistema, obstrucción del catéter, ruptura del catéter, obstrucción proximal y obstrucción distal del sistema, infecciones.

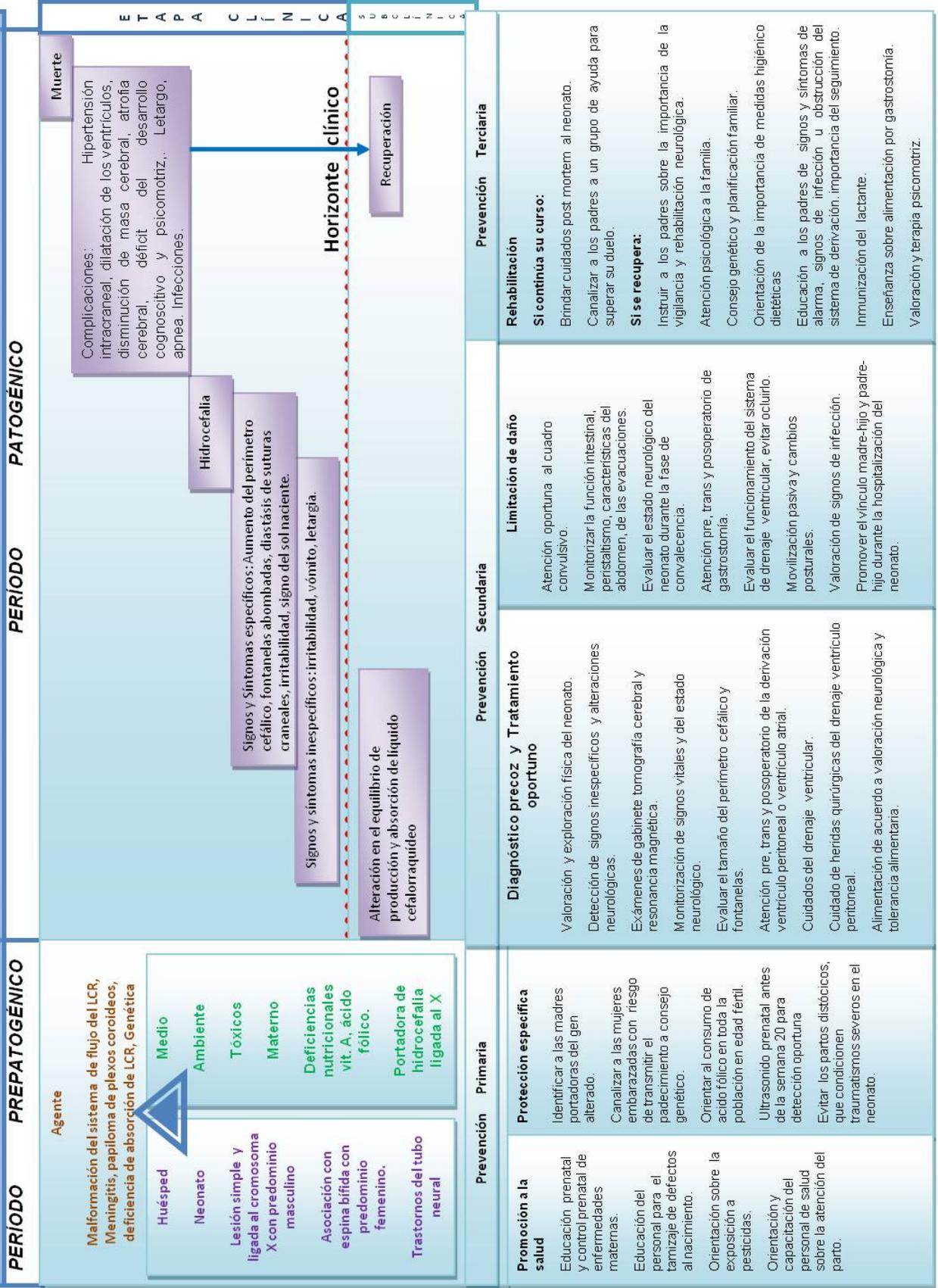
Pronóstico

Clínicamente no se comporta como otros tipos de hidrocefalia. Los sobrevivientes presentan siempre retraso mental con un coeficiente intelectual entre 20-50. La derivación ventrículo-peritoneal controla el tamaño de la hidrocefalia, pero no altera el pronóstico negativo en el neurodesarrollo.⁶⁴

⁶³ Irruela Serrano, Jorge y otros (2007) Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería. Op Cit. p. 27-29

⁶⁴ Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Op Cit. 311.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE LA HIDROCEFALIA LIGADA AL CROMOSOMA X



4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para hablar de Ética empecemos por acercarnos sobre su significado: "Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre", y sobre la moral como: "Ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia" y se refiere a la "cualidad de las acciones humanas que las hace buenas".⁶⁵ Entonces la bioética es la "Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada, de los actos relacionados con la vida de la persona humana, orientados hacia la preservación de la vida y su calidad, a la luz de los principios morales".⁶⁶

El aspecto científico, no está desvinculado del aspecto humanístico, más bien es el bienestar del ser humano el objetivo primordial del producto científico; para la disciplina de enfermería no es menos importante este aspecto por lo que no debe perder de vista el aspecto ético en todo momento del cuidado enfermero.

De este modo la investigación que se realice debe apearse a las normas éticas, morales y jurídicas acordes a nivel nacional e Internacional.

El antecedente de la legislación internacional al respecto fue en 1947, cuando el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código, donde se determinan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la "Declaración de Helsinki", con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas por la misma Asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y Edimburgo, Escocia en 2000.⁶⁷

En la práctica de los servicios de salud se distinguen los principios éticos que deben ser la directriz de la atención al paciente y al manejo de la información que de él derive. A continuación desglosaremos brevemente la importancia de cada uno de ellos.

⁶⁵ Real de la Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. España. 1981.

⁶⁶ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México 2001.

⁶⁷ Aguirre Gas H, "Administración de la Calidad de la Atención Médica". Rev. Med. IMSS. 35:257-264. 1997

Principio de beneficencia: Las acciones de la práctica enfermera deben buscar el beneficio del paciente y el grupo social al que pertenece de tal forma que debe evitar cualquier acción que pueda dañar al paciente.

Principio de equidad: La atención de enfermería a los pacientes debe realizarse conforme a la demanda de salud, sin distinciones, privilegios, ni preferencias.

Principio de autonomía: La enfermera debe mantener el respeto del paciente para decidir de manera libre lo que hace con su persona en materia de atención, este principio debido a que en el neonato no tiene capacidad legal para decidir, son los responsables de él quienes tendrán que decidir sobre el rubro, siempre y cuando se encuentren en uso de sus facultades mentales.

Principio de confidencialidad: Derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada durante la relación profesional enfermera – paciente.

Principio de respeto: Es el compromiso de la enfermera de otorgar atención a sus pacientes, con el respeto por sus creencias y costumbres, así mismo está obligada a guardar respeto por los demás miembros del equipo en la atención del paciente. El principio de que los sujetos de las investigaciones biomédicas y paramédicas o las personas que reciben tratamiento médico deben ser informados y dar su consentimiento voluntario es un corolario del principio de Respeto a la Persona. La exigencia de decir la verdad o de la honradez procede del principio del honor o de respeto hacia el paciente, considerado como una persona amparada por el derecho de saber.

Principio de dignidad: Otorgar atención médica al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad.

Principio de solidaridad: La enfermera está comprometida a compartir sus conocimientos con los pacientes que requieran su apoyo, y fomentar la atención a los grupos vulnerables mediante redes de apoyo.

Principio de honestidad: Valor del ser humano que lo conduce a expresarse y obrar con apego a la ley, a las normas vigentes y a los principios éticos y religiosos.

Principio de lealtad: Es el compromiso de la enfermera de corresponder a la confianza depositada en ella.

Principio de justicia: Es la exigencia de equidad universal, para otorgar el derecho a la atención de acuerdo a la razón es decir imparcialidad hacia todo el mundo. Esto debe aplicarse durante la inspección y la distribución de los recursos, así como las etapas de planificación, investigación y realización.⁶⁸

Los individuos que son sujetos de una investigación deben estar protegidos tomando en cuenta los factores siguientes:

1. Consentimiento informado y voluntario por parte del individuo.
2. Confidencialidad de los datos recolectados.
3. Protección ante los peligros que pueda correr el individuo.

Los pacientes tienen el derecho de control sobre sus propios cuerpos. Por eso, se requiere el consentimiento del paciente antes de: tratamientos y procedimientos rutinarios y no rutinarios. En general se entiende que, si el paciente no dio su consentimiento informado, el profesional sanitario puede ser responsable de agresión, negligencia o de ambas cosas.

"Facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan".⁶⁹

El consentimiento informado incluye los siguientes conceptos:

- Derecho a la información
- Libertad de elección
- Riesgos e inconvenientes
- Condiciones que requieren consentimiento informado

⁶⁸ Aguirre. G.(2004)Principios éticos de la práctica médica. Cirugía y cirujanos: vol 72.N. 6 p 503-512.

⁶⁹ Rodríguez N.(2000) El consentimiento informado. Aplicación en la práctica clínica, No. 43.p. 405.

En nuestro país, la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984 menciona en los artículos 100 fracción IV, 324, y 327; el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica publicado en 1984, señala los elementos que constituyen el consentimiento y la información en los artículos 29, 30, 76, 80, 81, 82, y 83.

En el estudio de caso que se presenta se realizó el consentimiento informado mediante un formato que se muestra en el anexo C, teniendo como particularidad que la madre del neonato al ser menor de edad y no emancipada se requirió del consentimiento del tutor de ambos, la abuela materna del neonato.

Entre las características más destacadas de los últimos códigos deontológicos de la profesión de enfermería se puede señalar el paso de una ética de la virtud a una ética del deber.

Como deberes propios de la profesión se señalan el respeto a la vida, la dignidad y derechos de la persona; el significado no sólo individual, sino también familiar y comunitario del servicio de enfermería; la visión es fortalecer formas de colaboración horizontales con el equipo de salud a diferencia de las formas verticales que se practicaban.

Las enfermeras mexicanas deben seguir un Código de Ética que nos permita guiar la conducta del personal de enfermería con sus pacientes el Decálogo del Código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México nos permite tener presente en todo momento cuales son los aspectos fundamentales éticos que deben emanar de nuestra profesión⁷⁰:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

⁷⁰ Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México
<http://enfermeriahoy.capasitio.com/boletin001/codigoetica.pdf>

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

En el ambiente de la neonatología la necesidad de realizar investigación para obtener un desarrollo del área de conocimiento se plantea un problema ético por no ser posible abordar a los neonatos como sujetos autónomos y solicitar su consentimiento.

Sin embargo en todo momento adicional a los principios éticos el marco legal recomienda la protección de los neonatos y no ser incluidos en investigaciones para evitar posibles daños. En el caso de ser estrictamente necesario realizar investigación en neonatos y ésta no pueda realizarse en otros grupos que puedan dar su consentimiento, deberá solicitarse la autorización de los padres, que son los garantes de la defensa de los mejores intereses del neonato.

A los padres deberá informárseles los riesgos y los beneficios y permitirles la reflexión necesaria para dar el consentimiento o negarlo. En ningún momento debe ejercerse coacción para obtener el consentimiento. En caso de autorizar la

investigación, no deben ahorrarse esfuerzos para prevenir daños o intervenir oportunamente si estos se presentan.⁷¹

Los neonatos también son protegidos por la Declaración de los Derechos del Niño aprobada el 20 de noviembre de 1959, por la Asamblea General de la ONU. Esta Declaración, debe ser respetada por las organizaciones y las autoridades, consta de 10 artículos, donde el artículo 4º involucra al aspecto de salud.

A continuación se mencionan los diez artículos que constituyen la Declaración:

Artículo 1º.El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Artículo 2º.El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículo 3º.El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Artículo 4º.El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Artículo 5º.El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que requiere su caso particular.

Artículo 6º.El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de

⁷¹ Maya Mejía, José (2006) Ética en la adaptación neonatal, Revista colombiana de pediatría http://www.encolombia.com/33-2_pediatria_neonatal.htm.

seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Artículo 7º.El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social; y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Artículo 8º.El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Artículo 9º.El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Artículo 10º.El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal; y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

Se puede observar que la declaración incluye al niño de manera integral y procura determinar aquellas prácticas que sean de riesgo para la seguridad e integridad del niño, por esto es importante que como personal al servicio de la población infantil tomemos en cuenta los aspectos que menciona y también se fomente en la familia y en los grupos sociales el conocimiento acerca del mismo.

5. METODOLOGÍA

La selección del estudio de caso se realizó en el Servicio de Cuidados Intermedios Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría, con un paciente neonato con una patología de base de Hidrocefalia ligada al cromosoma X, empleando las cinco etapas del Método Enfermero: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación basándose en la Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Para adquirir un marco de referencia científico en el área se procedió a la búsqueda de información sobre la Teoría de Dorothea E, Orem, Hidrocefalia ligada al cromosoma X.

La valoración del paciente se realizó empleando un instrumento de valoración enfocado por requisitos universales y de desviación de la salud, para posteriormente realizar un análisis de los datos y proceder a jerarquizar los requisitos, una vez detectados los déficits y la relación causa efecto se elaboraron los diagnósticos de enfermería.

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Las fuentes de información con las que se contó para la elaboración del estudio de caso fueron:

- Directas; paciente, madre y abuela materna del paciente.
- Indirectas: expediente clínico

La Valoración de Enfermería se realizó en base a un instrumento de valoración elaborado por las alumnas de la 1ª. generación de Enfermería del Neonato donde se emplearon : la entrevista a la madre y abuela materna y la exploración física al neonato de acuerdo con el Método Clínico.

CRONOGRAMA

Fecha	12 de diciembre de 2009.	21 al 23 de diciembre de 2009.	24 de diciembre de 2009.
Actividad			
Selección del neonato de estudio de caso.			
Revisión de literatura científica.			
Valoración inicial del neonato.			
Prescripción de enfermería			
Tratamiento regulador.			
Control de caso.			
Plan de alta al egreso hospitalario			

6. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA



HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA DEL NEONATO

I. FICHA DE IDENTIFICACION

1.- DATOS GENERALES

RECIEN NACIDO Jaimez Delgado Niño

FECHA Y HORA NAC_01-12-2009_ 13:30 horas SEXO ~~(M)~~(F)

LUGAR DE NACIMIENTO Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes

ENFERMERA (O) Álvarez Vargas Norma Patricia

FUENTE DE INFORMACION Expediente clínico, entrevista a la madre y a la abuela del paciente

LUGAR DE RESIDENCIA Oriente 102 No. 55 Col. Tlazintla Delegación Iztacalco

2. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

2.1 SISTEMA DE SALUD: IMSS (No) ISSSTE(No) SS (No) OTROS Seguro Popular
PRIVADO No_

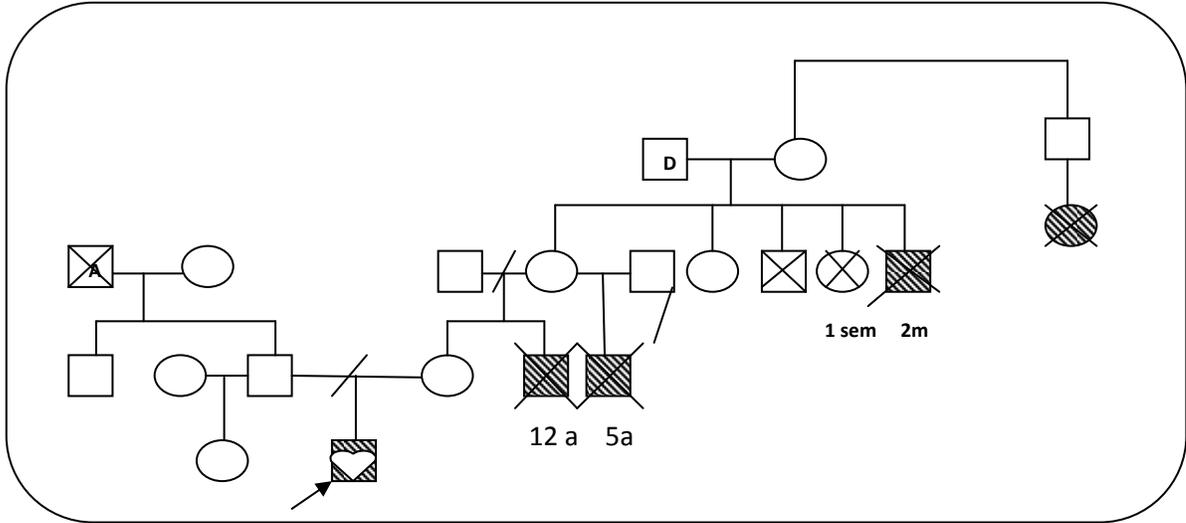
2.2 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA : INTEGRADA() DESINTEGRADA (X)

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA 3

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTE ECONOMICO
Jaimez Delgado Analilia	35 años	Media superior con secretariado	Comerciante	\$ 2,000 semanales
Jaimes Delgado Ariadna Angelica	17 años	Preparatoria trunca	Estudiante	No aporta
Jaimes Delgado Niño	11 días	No tiene	No tiene	No aporta

2.3 FAMILIOGRAMA



	Hidrocefalia ligada al X
	J D Luis Eduardo Hidrocefalia ligada al X
	P J Yahir Hidrocefalia ligada al X
	Accidente
	Patología pulmonar no especificada
	Hidrocefalia ligada al X
	D.M tipo 2
	Alcoholismo



3. FACTORES AMBIENTALES

3.1 AREA GEOGRAFICA URBANA (X) SUBURBANA () RURAL ()

3.2 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

TECHO LAMINA () CARTON() CONCRETO (X) OTROS _____

PAREDES TABIQUE (X) MADERA () OTROS _____

PISO CEMENTO (X) MOSAICO () TIERRA () OTROS _____

No: HABITANTES_3__

3.3 VENTILACION E ILUMINACION BUENA(X) REGULAR() DEFICIENTE ()

3.4 SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

AGUA (X) LUZ(X) DRENAJE (X) ALUMBRADO PUBLICO (X) PAVIMENTACION (X) CUENTA CON JARDIN (X)

3.5 FAUNA NOCIVA

PERROS (No) No. () VACUNADOS ()

GATOS (No) No. () VACUNADOS ()

AVES (No) No. ()

OTROS _No__

II TEORIA DOROTHEA OREM

A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES FC_154 por minuto FR_58_por minuto_ T.A _74/41 58__ TEMP_36.8°C__

¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI () NO (X)

ALETEO NASAL (No) RUIDOS RESPIRATORIOS__No__

DISOCIACION TORACO ABDOMINAL _No__ RETRACCION XIFOIDEA__No__

MINISTRACION DE OXIGENO

FASE DE VENTILACION

AMBIENTAL ()

FASE I O2 INDIRECTO () PUNTAS NASALES (Si , 0.5 L por minuto) C.C. ()

FASE II CPAP NASAL () CPAP TRAQUEAL ()

FASE III ()

SAT O2 _93%__

2. Y 3 MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACION

PERIMETRO ABDOMINAL _27 cm_ DESTROSTIX __120 mg / dL

CARACTERISTICA DE LAS MUCOSAS Mucosas orales integra, hidratadas

TIPO DE ALIMENTACIÓN :

VIA ENTERAL

TIPO DE LECHE	CANTIDAD	TIEMPO
Leche de inicio	40 mL x 1 toma	
Leche de inicio al 13%	80 mL x 6 tomas	Cada 3 horas

Ingreso enteral en 24 horas 40 mL + 480 mL = 520 mL

520 mL de leche de inicio (0.66 calorías/ 1 mL)= 343.2 cal

VIA PARENTERAL

TIPO	CANTIDAD	TIEMPO
Sol Glucosada al 5 % 192 mL NaCl 17.7% 1.3 mL KCl 2.7 mL Gluconato de calcio 1.7 mL	24.5 mLx 4 horas	
Sol. Glucosada al 5 %	0.5 mLx 20 horas	Cada hora

98 mL (5 g de glucosa /100 mL)(192 mL/196.3 mL)(3.4 cal/ 1 g de glucosa)= 16.2 cal

10 mL (5 g de glucosa /100 mL)(3.4 cal/ 1 g de glucosa)= 1.7 cal

Ingreso parenteral=((24.5 x4)+(0.5x20 horas))=98+10=108 mL

Total de ingresos= 520 mL+108 mL= 628 mL en 24 horas

Egresos

Perdidas sensibles= 485 mL de orina + 9 g de evacuación = 494 mL

s.c = ((4.190 x 4 +9)/100)= 0.26

Pérdidas insensibles= ((S.C x600)/24)x número de horas=((0.26X600)/24)x 24 horas= 156 mL

Total de Egresos= 494mL+ 156 mL=650 mL

INGRESOS 628 mL EGRESOS 650 mL

BALANCE PARCIAL - 22 mL

Aporte calórico en 24 horas= (343.2+16.2+1.7 cal)/ 4.190 Kg= 86.2 cal/Kg de peso en 24 horas.

4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

VALORACION NEUROLOGICA

REFLEJOS PRIMARIOS

SUCCION (Si pobre) DEGLUCION (No) BUSQUEDA (No valorable) MORO(Si)TONICO
CUELLO (No valorable) ENDEREZAMIENTO DEL TRONCO (No valorable) PUNTOS
CARDINALES (No) ARRASTRE(No valorable) INERVACION DEL TRONCO (No valorable)
PRESION PLANTAR (Si)PRESION PALMAR (Si) BABINSKY (Si)

ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO

ESTADO I:SUEÑO PROFUNDO: RESPIRACION REGULAR, OJOS CERRADOS SIN
MOVIMIENTOS SIN ACTIVIDAD ESPONTANEA A EXCEPCION DE LOS SOBRESALTOS ()

ESTADO II: SUEÑO LIGERO RESPIRACIONES IRREGULARES, OJOS CERRADOS CON
MOVIMIENTOS RAPIDOS DE LOS OJOS, BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD CON MOVIMIENTOS DE
SUCCION. (X)

ESTADOS DE VIGILIA

ESTADO III: SOMNOLIENTO: NIVEL DE ACTIVIDAD VARIABLE OJOS ABIERTOS O
CERRADOS CON ALETEO DE LO PARPADOS, EXPRESION ATURDIDA ()

ESTADO IV: ALERTA ACTIVIDAD MOTORA MINIMA, EXPRESION INTELIGENTE CON LA
ATENCIÓN CONCENTRADA SOBRE LA FUENTE DEL ESTIMULO, PUEDE PARECER
ATURDIDO PERO ES FACIL ABRIRSE CAMINO HACIA EL LACTANTE. (X)

ESTADO V OJOS ABIERTOS MUCHA ACTIVIDAD MOTORA , MOVIMIENTOS DE EMPUJE
CON LAS EXTREMIDADES REACCIONANDO A LOS ESTIMULOS CON AUMENTO DE
ACTIVIDAD Y SOBRESALTOS ()

ESTADO VI LLORANDO ACTIVIDAD MOTORA ELEVADA Y LLANTO INTENSO, ES DIFICIL
ABRIRSE CAMINO HACIA EL LACTANTE. ()

5. PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS

PAÑAL (X)

SONDA VESICAL ()

ESTOMA () _____

EVACUACION EN 24 HRS (3)_ 9 g en total ESTIMULACION RECTAL SI ()
NO (X)

FORMADA () PASTOSA (X) BLANDA () LIQUIDA () S/ LIQUIDA ()

CODIGO DE EVACUACIONES AMARILLA () VERDE () CAFÉ (X) MECONIAL () BLANCA ()

ORINA EN 24 HRS (13) volumen total de 485 mL en 24 horas

OLOR_ su generis COLOR_ amarillo claro LABSTIX_ pH 6.5 densidad urinaria 1.010

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

NEONATO PLANEADO (No) DESEADO (Si) ACEPTADO (Si)

RECIBE VISITA MATERNA Recibe dos veces al día la visita materna y de la abuela

PRESENCIA DE CONTACTO FISICO Y PLATICA CON EL NEONATO La madre le habla y le acaricia a su hijo durante la visita.

APEGO MATERNO La madre acepta al neonato aún cuando la condición del mismo no es la que ella esperaba como resultado de su embarazo, esta interesada en ser una fuente de protección para su hijo, muestra interés en el cuidado y lo que pueda sentir su hijo.

TECNICA CANGURO No se emplea

METODO DE COMUNICACION DE LA MADRE CON EL HIJO La madre le confiere palabras cariñosas.

7. PREVENCION DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO

EXISTE ALGUN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO

SI (X) NO ()

¿POR QUE ? La hidrocefalia le ha condicionado daño neurológico; el antecedente de punción ventricular y colocación de válvula para derivación ventrículo peritoneal

LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO

SI (X) NO () ESPECIFICA SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO No, la madre ha estado al cuidado de sus dos hermanos que padecían la enfermedad y esta informada cuales pueden ser las complicaciones que están presentes

8. PROMOCION A LA NORMALIDAD

SE REALIZA ASEO DE CAVIDADES O BAÑO _ baño de esponja_ ESPECIFIQUE_ se dificulta el baño en tina, ya que al movilizar al paciente muestra gesticulación de dolor y llanto

PIEL INTEGRAL No, presenta Herida quirúrgica en región tempoparietal derecha, lesiones en región occipital con presencia de cambios en la coloración que condiciona a úlcera por presión, en abdomen en el cuadrante superior derecho herida quirúrgica debida a colocación de la porción distal del equipo de derivación ventrículo peritoneal.

LLENADO CAPILAR__ 2 segundos_____

B) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

B1) ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA _I_ PARA _0_ ABORTO _0_ CESAREA _I_ FUM _22 marzo de 2009

TIPO SANGUINEO _B ___ RH _positivo_ ISOINMUNIZACION PREVIA _No_

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD DE LA MADRE	20-30	15-19	<14 O >36
ENFERMEDAD MATERNA (DIABETES, TOXEMIA)	NO		SI
Preclamsia			
ESPECIFICAR			
RPM	ARTIFICIAL O ESPONTANEA < 6HRS		6 HRS
MONITORIZACION FETAL	FC 120-160		<110 >160
ANESTESIA	BPD	ANALGESIA	ANESTESIA GENERAL

RIESGO **ALTO**

CUIDADOS INMEDIATOS

	SI	NO
1.CONTROL TERMICO	SI	
2.SECAR Y ESTIMULAR	SI	
3.ASP. SECRECION (PERMEABILIDAD ESOFAGICA Y COANAS)	SI	
4.APGAR	SI	
5.PERMEABILIDAD DEL ANO	SI	
6.CORTE Y LIGAMENTO DE CORDON	SI	
7.IDENTIFICACION	SI	
8.SILVERMAN	SI	
9.SOMATOMETRIA	SI	
.		

RIESGO BAJO

CUIDADOS MEDIATOS

	SI	NO
10. PROFILAXIS OFTALMICA	SI	
11.ADMINISTRACION DE VIT K	SI	
12. VALORAR SIGNOS VITALES	SI	
13. VALORAR ICTERICIA	SI	
14.CUIDADOS DE CORDON UMBILICAL	SI	
15.EVACUACION Y MICCION	SI	
16.EDUCACION A LA MADRE	SI	
17. TOMA DE TAMIZ	SI	

RIESGO BAJO (SI)

RIESGO ALTO (NO)

VALORACION APGAR

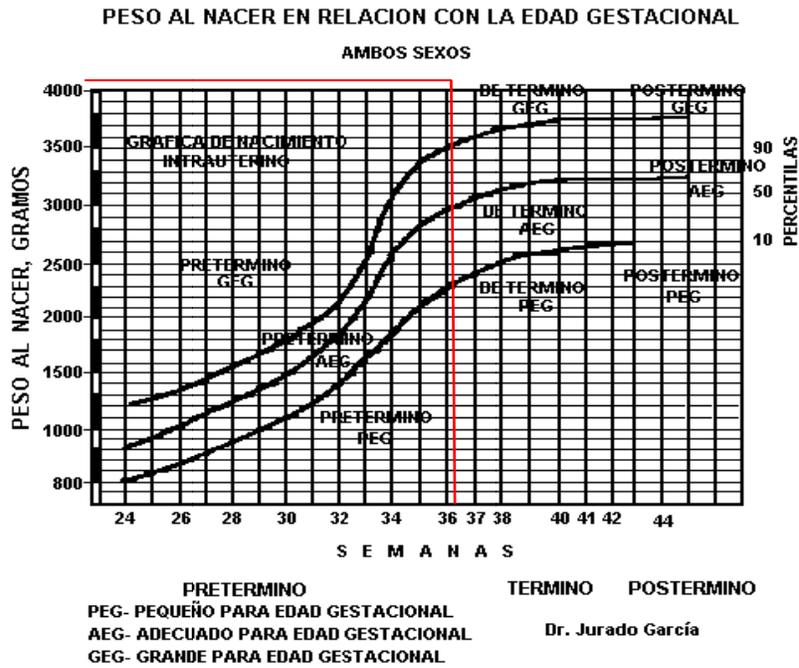
SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	<A 100 LT/MIN	>A 100 LT/MIN
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	RESP LENTA E IRREG	RESP NORMAL
TONO MUSCULAR	NINGUNO FLACIDEZ	LIGERA FLEXION	MOVIMIENTO ACTIVO
IRRITABILIDAD REFLEJA	AUSENTE	LLANTO LEVE AL ESTIMULO	LOS ESTORNUDOS Y TOS DESAPARECEN AL SER ESTIMULADO
COLORACION	AZUL, GRISACEA O PALIDEZ	EXTREMIDADES AZULES	NORMAL

CALIF 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos

SILVERMAN

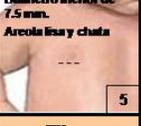
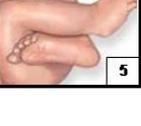
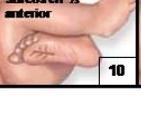
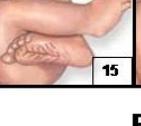
SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO	TORAX Y ABDOMEN EN SUBE Y BAJA
TIRO ABDOMINALES	NO HAY	DISCRETO	ACENTUADO Y CONSTANTE
RETRACCION XIFOIDEA	NO HAY	DISCRETA	MUY MARCADA
ALETEO NASAL	NO HAY	DISCRETO	MUY ACENTUADO
QUEJIDO RESPIRATORIO	NO HAY	LEVE E INCONSTANTE	CONSTANTE Y ADECUADO

CALIF 3



Peso al nacer 4,010 g.

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

						Puntuación
Forma de la OREJA	 <p>Aplazada, inhomogénea, inmovilización</p> <p>Asimetría en la base del Pabellón</p> <p>0</p>	 <p>Pabellón totalmente inmóvil</p> <p>Inmovilizado en el borde superior</p> <p>8</p>	 <p>Pabellón inmóvil pero flexible</p> <p>16</p>	 <p>Pabellón totalmente inmovilizado</p> <p>24</p>		
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 <p>No palpable</p> <p>0</p>	 <p>Palpable menor de 5 mm.</p> <p>5</p>	 <p>Palpable entre 5 y 10 mm.</p> <p>10</p>	 <p>Palpable mayor de 10 mm.</p> <p>15</p>		
Formación del PEZON	 <p>Apenas visible sin areola</p> <p>0</p>	 <p>Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata</p> <p>5</p>	 <p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada</p> <p>Borde No levantado</p> <p>10</p>	 <p>Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada</p> <p>Borde levantado</p> <p>15</p>		
TEXTURA de la PIEL	 <p>Muy fina gelatinosa</p> <p>0</p>	 <p>Fina lisa</p> <p>5</p>	 <p>Mas gruesa discreta descamación superficial</p> <p>10</p>	 <p>Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies</p> <p>15</p>	 <p>Gruesa grietas profundas apergamina-das</p> <p>20</p>	
PLIEGUES PLANTARES	 <p>Sin pliegues</p> <p>0</p>	 <p>Marcas mal definidas en la mitad anterior</p> <p>5</p>	 <p>Marcas bien definidas en la 1/4 anterior, Surcos en 1/2 anterior</p> <p>10</p>	 <p>Surcos en la mitad anterior</p> <p>15</p>	 <p>Surcos en mas de la mitad anterior</p> <p>20</p>	
						<p>Puntaje Parcial = <u>56</u></p>

Se suma 204. + Puntaje Parcial y se divide entre 7

Dr. Casas Matuino, Jesús Arturo
 drcasasmatuino@gmail.com

Edad por Capurro = $204 + 56 \text{ entre } 7 = 37.1$ SDG evaluado a los DVE

Edad por FUM 36.1 al nacimiento 37.6 semanas de edad postconcepcional a los 11 días de vida extrauterina.

CEDULA (A) VALORACION DE RIESGO DEL NEONATO

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
1) PESO EN GRAMOS	2.500-3.499	2.000-2.499 3.500-3.999	<DE 2.000 >DE 4.000
2) EDAD GESTACIONAL CAPURRO	37-41 SDG	33-36 SDG	<32 Y >42 SDG
3) APGAR A 5 MIN	7-9	4-6	1-3
4) MANIOBRAS DE REANIMACION	NORMALES	MODERADAS	INTENSIVAS
5) SIGNOS DE INFECCION	NO	SOSPECHA	POSITIVA
6) SUFRIMIENTO FETAL	NO	MODERADO	SEVERO
7) MALFORMACIONES EVIDENTES	NO	MENOR	MAYOR
8) PERDIDA PONDERAL	HASTA EL 8%	9-12%	>13%
9) CONTROL DE TEMPERATURA	SI		NO
10) ALIMENTACION	SENO	OTRA	
11) DISTENSION ABDOMINAL	NO	MODERADA	SEVERA
12) ONFALITIS	NO	SI	
13) ICTERICIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
14) REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	NORMAL	FATIGA	ANORMAL
15) LLANTO	NORMAL	AGUDO	DEBIL
16) CONVULSIONES	AUSENTE	FOCAL	GENERALIZADA
17) FONTANELA	NORMAL	DEPRIMIDA	TENSA
18) TONO MUSCULAR	NORMAL	HIPOTONICO	HIPERTONICO
19) MOVIMIENTOS ANORMALES	NO	TEMBLOR	CLONICOS

20)OPISTOTONOS	NO		SI
21)ASIMETRIA POSTURAL	NO		SI
22)CADERA	NORMAL	ABDUCCION	ORTOLANI +
23)PRESION	CON JALON	SIN JALON	AUSENTE
24)REFLEJO DE BUSQUEDA	NORMAL	LIMITADA	AUSENTE
25)MORO	NORMAL	ASIIMETRICO	AUSENTE
26)ENDEREZA MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	INCOMPLETO	AUSENTE
27)CABEZA SIGUE TRONCO	SI		NO
28)MARCHA	NORMAL	INCOMPLETO	NO
29)HEMORRAGIA	NORMAL	MODERADA	EXCESIVA
30)HIPO O HIPERTENSION	NO	MODERADA	SEVERA
31)TAQUICARDIA	NO	MODERADA	SEVERA
32)HIPERTERMIA	NO	MODERADA	SEVERA
33)INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO	MODERADA	SEVERA

RIESGO Alto

B2) DIMENSIONES DE LA HISTORIA

VALORACION DE ENFERMERIA

A) PREPARACION DEL ENTORNO El ambiente es con luz artificial, ruido moderado de voces del personal del área y equipos, se encuentra en cuna radiante en ambiente cálido.

B) PREPARACION DEL EQUIPO estetoscopio, lámpara, cinta métrica, guante estéril, báscula, martillo de reflejos, termómetro.

C) SISTEMA TEGUMENTARIO Piel delgada en área cefálica, en el resto del cuerpo más gruesa, color pálido, con herida quirúrgica en región tempo parietal y en abdomen, en región occipital se observa eritema que no desaparece con la presión .

D) INSPECCION GENERAL Neonato en cuna radiante con método de control de temperatura de servo, se encuentra monitorizado el ritmo de la frecuencia cardiaca, respiración y presión arterial, posición decúbito dorsal, con extremidades en extensión, segmento no alineados y postura desorganizada, que recibe aporte de oxígeno con puntas nasales a 0.5 litros por minuto, catéter periférico en brazo derecho permeable a flujo de soluciones parenterales, con presencia de pañal.



1. CABEZA Y CUELLO Macrocéfalo con implante de cabello escaso, fino negro limpio y seco. En región occipital se observa la piel con cambios en la coloración. Presenta diastasis de suturas craneales, con fontanela anterior tensa que mide 7 x6 cm, fontanela posterior de 7 cm de tamaño debido a la diastasis de suturas. No se observa ni caput o cefalohematoma. Herida quirúrgica en región tempo parietal limpia, seca en periodo de cicatrización no se observa secreción El cuello se observa cilíndrico, corto sin presencia de masas, tráquea central, reacciona con llanto a la movilización de la cabeza.

2. OIDOS Pabellón auricular con borde superior incurvado, limpio, con implantación adecuada, se observa el conducto auditivo permeable, respuesta al ruido externo con llanto intenso.

3.OJOS Cejas escasas , ojos simétricos con párpados abiertos, no se observa edema o trauma, pestañas cortas, espacio intercantal de 3 cm, reflejo palpebral presente, esclerótica blanca pupilar isocóricas, iris café claro, responde al estímulo visual intenso con llanto, signo del sol naciente.

4. CARA NARIZ Y CAVIDAD ORAL Cara simétrica, frente amplia, nariz simétrica, septum nasal central, permeabilidad de fosas nasales y permeabilidad de coanas, no se observan datos de aleteo nasal, secreciones blancas fluidas en narinas y cavidad oral, labios delgados, rosados, mucosa hidratada, con frenillo en posición adecuada, lengua, rosada y limpia, paladar duro y blando íntegros, ausencia de reflejo de búsqueda y deglución, succión débil. Permeabilidad esofágica.

5. TORAX Y PULMONES Tórax simétrico, respiración toraco-abdominal sin presencia de disociación o retracción xifoidea, glándula mamaria pigmentada ligeramente palpable de 8 mm, áreola del pezón con un diámetro de 8 mm, punteada, patrón de respiración toraco abdominal con buen esfuerzo respiratorio, se ausculta campos pulmonares libres de secreciones y estertores. Frecuencia respiratoria de 58 por minuto. Perímetro torácico 34 cm.

6. SISTEMA CARDIOVASCULAR No se observan datos de cianosis central, ruidos cardiacos normales en intensidad y ritmo, se palpan pulsos carotideos normales, pulsos femorales normales, frecuencia cardiaca de 154 por minuto.

7. ABDOMEN Abdomen simétrico, sin presencia aparente de masas, blando, depresible con peristaltismo presente, herida quirúrgica debida a la derivación ventrículo peritoneal limpia y seca sin datos de infección, permeabilidad anal, región perianal con eritema, e hiperemia perímetro abdominal 32 cm, cicatriz umbilical limpia y seca .

8.SISTEMA LINFATICO No se palpan crecimiento en ganglios linfáticos, ni se detecta esplenomegalia.

9-SISTEMA REPRODUCTOR Pene con permeabilidad del meato urinario, bolsa escrotal pigmentada, rugosa, se palpan descendidos ambos testículos no hay datos de hematoma escrotal,

10. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO Tono muscular disminuido. Extremidades superiores simétricas, en extensión, con coloración pálida, manos con cinco ortejos con uñas planas, empuñadas, ambos pulgares aductos. En extremidad superior derecha se encuentra venoclisis permeable sin datos de infiltración, buena temperatura y retorno venoso. Extremidades inferiores simétricas en extensión, con pies con cinco ortejos con uñas. Columna vertebral integra, en cadera se valora maniobra de Ortolani y Barlow positiva en el lado izquierdo.

11. SISTEMA NERVIOSO Paciente hipoactivo, reacciona a estímulos intensos del medio externo, con reflejos positivos de moro, por las características de la cabeza no se pueden valorar los reflejos tónico del cuello, enderezamiento del tronco, arrastre, inervación del tronco , se observa succión disminuida, no se encuentra presente el reflejo de deglución y de búsqueda, Babinski presente. No hay presencia de convulsiones.

12. DOLOR

Presenta a la movilización gesticulación contraída músculos tensos, con movimientos de brazos y piernas tensas rígidas, llanto vigoroso, que tardan en ceder a las medidas no farmacológicas con incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, de acuerdo a Escala de Instrumento de valoración corresponde a dolor moderado (12 puntos).

B3) HISTORIA CLINICA

La madre del paciente durante el 6º. mes de la gestación se realizó ultrasonido en el cual se detectó hidrocefalia y polihidramnios, por esa razón buscó atención médica en el INPer IER donde continuo su control prenatal hasta el nacimiento a las 36.1 SDG por FUM. En el INPer IER el día 1 de diciembre presentó Síndrome de Adaptación Pulmonar que remitió a las 4 horas de nacido. El neonato permanece hospitalizado desde el nacimiento en el servicio de UCIREN en el INPer IER, donde el día 7 de diciembre de 2009 es enviado al Hospital Pediátrico de Legaria para confirmar el diagnóstico prenatal de Hidrocefalia por medio de TAC y la interconsulta a Neurocirugía lo considero no candidato a colocación de sistema ventrículo peritoneal. A partir del día 7 de diciembre presenta incremento de 2 cm de perímetro cefálico, deterioro de la reactividad del paciente y disminución de los reflejos de succión y deglución y sin otros datos de hipertensión intracraneana, motivo por el cual se realiza punción ventricular obteniendo se un volumen de 78 mL de líquido cefaloraquídeo con citoquímica que reporta color xantocrómico, glucosa 49 mg/mL, proteínas 120.3, Leucocitos negativo, eritrocitos negativo, coagulo negativo. El 9 de diciembre es trasladado al servicio de Neonatología del Instituto Nacional de Pediatría, donde se continúa diagnóstico y tratamiento. El 10 de diciembre se realiza la interconsulta al servicio de Genética que reporta Hidrocefalia ligada al X. El 10 de diciembre se le realiza TAC de cráneo simple y contrastada que reporta el diagnóstico de Hidrocefalia. El 11 de diciembre la interconsulta al servicio de Neurocirugía reporta plan quirúrgico para colocación de sonda de derivación ventrículo Peritoneal; que se realiza sin complicaciones. El día 12 de diciembre cursa su primer día posoperatorio de la sonda para derivación ventrículo peritoneal. Al momento el pronóstico es bueno para la vida pero reservado para la función de acuerdo a como reaccione en los días posteriores.

C) REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD (DX MEDICO)

Diagnóstico médico Hidrocefalia ligada al cromosoma X

1. Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.

La madre ha buscado la atención médica de acuerdo a sus posibilidades económicas, en cuanto detectó que su embarazo era de alto riesgo acudió y solicito la ayuda pertinente, debido al antecedente de sus hermanos , la madre y abuela estaban capacitadas para lograr buscar la ayuda necesaria.

2. Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.

La madre del neonato, de acuerdo a su experiencia en el cuidado con sus hermanos refiere que conoce el problema y está enterada de las complicaciones que presentaban sus hermanos, sin embargo para ella es todavía incierto saber cuáles serán las condiciones del neonato cuando sea egresado del hospital.

3. Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.

La madre emprende las medidas de estimulación verbal y táctil que se han recomendado. Cuando no puede presentarse ella la abuela tiene la disposición de suplirla y aprender el cuidado requerido para el neonato, ambas muestran interés que se lleven a cabo las medidas prescritas de diagnóstico y tratamiento.

4. Estar consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.

La madre y abuela están conscientes que las medidas diagnósticas y de tratamiento le causan dolor, la movilización le ocasiona dolor, sin embargo aceptan todas las medidas.

5. Modificar el autoconcepto .

Se encuentra modificado ya que según lo que refiere la madre ellos esperaban un neonato sano y reintegrarse a su actividades habituales posterior al parto, sin embargo la madre esta en el proceso de adaptación

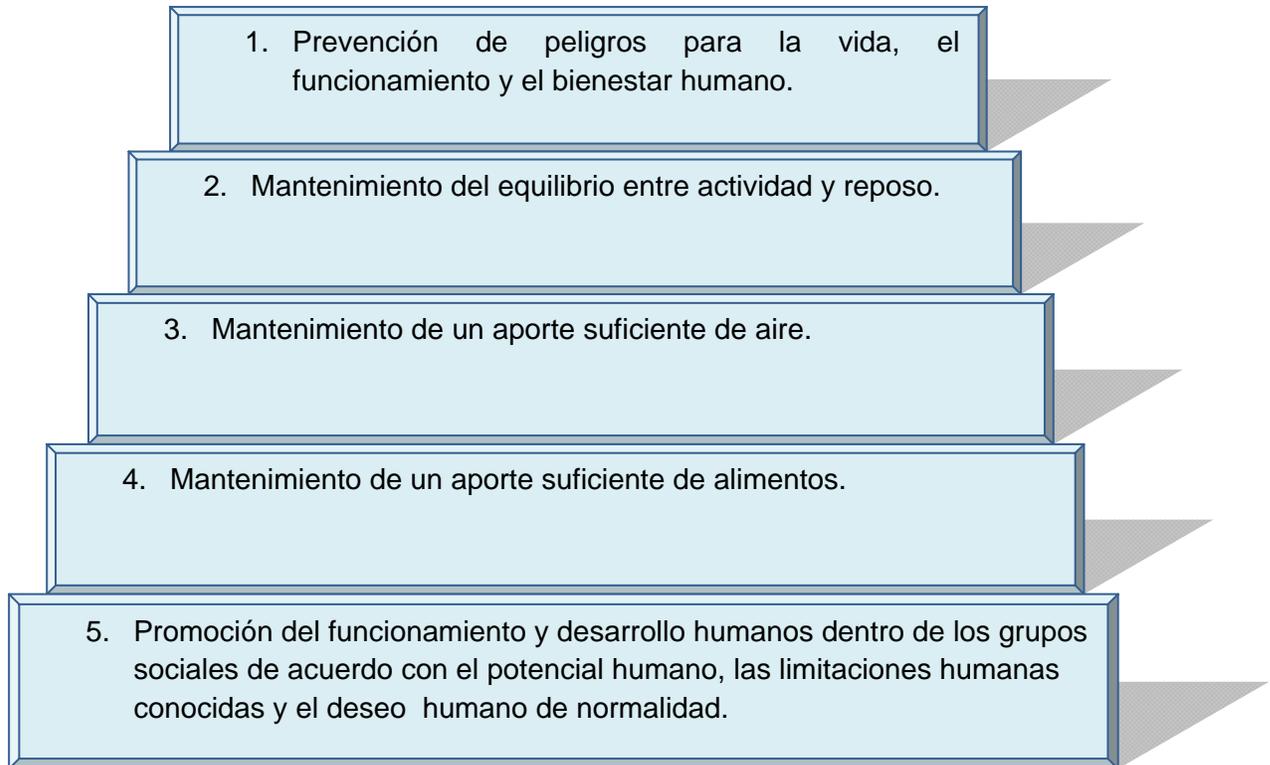
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

Aún no aplica

6.2. ESQUEMA METODOLÓGICO

<p>REQUISITOS SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO</p> <p>Neonatal</p>	<p>REQUISITOS UNIVERSALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas. 5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano. 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de normalidad. 	<p>AGENCIA DE AUTOCUIDADO</p> <p>Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas.</p> <p>SISTEMA DE ENFERMERÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Totalmente compensatorio . •Apoyo y/o Educación .
<p>UNIDAD DE OBSERVACIÓN Neonato 37.6 semanas de edad postconcepcionales</p>		
<p>REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE LA DESVIACIÓN DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La madre y la abuela buscan y aseguran ayuda médica en exposición a condiciones ambientales. 2. Están conscientes de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos. 3. Realizan las medidas diagnósticas, terapéuticas que se les encomiendan, aún no hay medidas de rehabilitación. 4. Están conscientes de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas. 	<p>FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 37.6 SDG por FUM (11 DVE). 2. Sexo masculino. 3. Estado de salud enfermo . 4. Estado de desarrollo deficiente . 5. Factores del sistema familiar del cuidado de la salud (Diagnóstico y tratamiento): La madre y abuela buscan recursos a su alcance económico, no hay control periódico de la salud. 6. Factores del sistema familiar (Composición y relación): Familia desintegrada, monoparental, recién nacido, no planeado, deseado y aceptado. 7. Patrón de vida, actividades en las que se ocupa regularmente. Hospitalizado. 8. Factores ambientales : UCIN del INP. 9. Disponibilidad y adecuación de los recursos : la necesaria para Tx y Dx. 10. Orientación sociocultural: No tiene aún. 	<p>EXPOSICIÓN A RIESGOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Neuro infección. •Obstrucción de l sistema de derivación ventriculo peritoneal. •Infección nosocomial. •Infección de herida quirúrgica •Bronco aspiración. •Retraso psicomotor.

6.3 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES



6.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Requisito Universal Alterado

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano relacionado con la colocación de derivación ventrículo peritoneal manifestado por llanto, irritabilidad, incremento de la frecuencia cardíaca a 154 por minuto, puntuación de escala de dolor de 12 (dolor moderado).

Objetivo

Disminuir el dolor e irritabilidad del neonato mediante medidas que le proporcionen analgesia y autoregulación a la brevedad posible.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar las precauciones estándar durante la atención del neonato y realizar el lavado de manos antes y después de tener contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, Delgado M, Guillén J. 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valoración del dolor de acuerdo a escala referida en el instrumento de valoración.	El dolor se asocia con alteraciones del comportamiento(expresión facial, movimientos del cuerpo, llanto), fisiológicas (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, tono vagal, sudoración palmar) bioquímicas (niveles de cortisol y catecolaminas) y psicológicas, que pueden ser observadas y algunas cuantificadas mediante la utilización de métodos estandarizados, que dispongan de la suficiente validez, fiabilidad y utilidad clínica y que sean sensibles y específicos.(Vidal M. 2005, Dolor en neonatos. Revista Sociedad Española del Dolor; 12: 98-111).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	<p>Proporcionar analgesia por medio de la administración de ketorolaco 2 mg IV cada 6 horas (0.5 g/Kg/ dosis) diluido a una velocidad de infusión no menor a 5 minutos, valorando la presencia de reacciones adversas como dolor en el sitio de inserción del catéter periférico, vómito, náuseas, prurito, exantema, anafilaxia hipotensión y hemorragia.</p>	<p>El dolor no tratado en el recién nacido contribuye a su morbilidad y mortalidad por los efectos secundarios que incluyen: hiperglucemia, aumento del catabolismo proteico, consumo de oxígeno, motilidad intestinal, frecuencia cardiaca, tensión arterial y disminución de la oxigenación transcutánea. (Vidal M. 2005, Dolor en neonatos. <i>Rev Soc Esp Dolor</i>; 12: 98-111).</p> <p>El ketorolaco es un analgésico efectivo en el manejo del dolor agudo, usado particularmente en el periodo posoperatorio. El mecanismo de acción consiste en inhibir el sistema enzimático ciclooxigenasa inhibiendo, por tanto la síntesis de prostaglandinas. El inicio de acción analgésica al administrarse IV es de 30 minutos alcanzando el efecto máximo de 1 a 2 horas, con una duración de 4 a 6 h. (Taketomo C. 2009. Manual de prescripción pediátrica. p.700-703).</p>
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	<p>Proporcionar succión no nutritiva como medida no farmacológica de control del dolor en caso de presentar el neonato dolor leve o moderado.</p>	<p>La succión no nutritiva ha demostrado ser eficaz para disminuir el grado de dolor en el recién nacido ya que estimula receptores orotáctiles y mecanoreceptores que activan la analgesia endógena por mecanismos no opiáceos (serotonina). (Bonetto G. 2008. Prevención del dolor en recién nacidos de término Archivos Argentinos Pediatría v.106 n.5 Buenos Aires). (Betancourt F. 2008. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor del recién nacido en procedimientos de enfermería. <i>Revista Enfermería IMSS</i>; 16(2): 83-88).</p> <p>La succión no nutritiva reduce la agitación, mejora la oxigenación, estabiliza la presión intracraneana, aumenta los periodos de sueño profundo y facilita la transición a la alimentación oral.(Millanao K. 2006 <i>Asistencia del prematuro orientada al desarrollo</i>. http://www.prematuros.cl/enfermerianeonatal/fricke/frickeintervencionesnecesidades.html).</p>

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Evitar el contacto y fricción de la herida quirúrgica en la región fronto-parietal y abdominal durante la manipulación y/o movilización.	La estimulación nerviosa por presión del sitio lesionado de la piel y tejidos produce un incremento de la sensación dolorosa. El dolor se inicia a través de la activación de receptores periféricos directamente dañados por el trauma y estimulados por fenómenos inflamatorios, infecciosos o isquémicos, que producen liberación de mediadores. (Torregrosa S. 1994. Mecanismos y vías del dolor. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile; 23: 202-206).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Acunar al neonato auxiliándose por medio de nido y almohaditas	La técnica de contención se basa en limitar los movimientos del neonato, manteniendo los brazos y las piernas en una posición flexionada, cerca del tronco, simulando el ambiente uterino, es útil para inducir la relajación y aliviar el dolor en el neonato.(Salazar B.2007.Efectos de la contención en hipoxia percutánea posterior a la aspiración endotraqueal en neonatos. Investigación y educación en enfermería, vol. 25, nº. 1, 2007. p. 50-57).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Mantener un ambiente libre de ruidos o estímulos intensos (luz, manipulación) y frecuentes.	La exposición a estímulos ambientales puede resultar estresante para el recién nacido. El disminuir los estímulos externos, facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardíaca, las fluctuaciones de la tensión arterial y saturación de oxígeno. (Tamez, R. 2008. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal.)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el tratamiento regulador.NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006.Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

El neonato disminuyó la irritabilidad en un tiempo de 30 minutos posterior a la administración del analgésico por un espacio de 3 horas, la escala de valoración del dolor fluctuó entre valores de 4-6 posterior a estas 3 horas.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de la integridad cutánea relacionado con el contacto de las evacuaciones con la piel manifestado por dolor a la palpación, eritema e hiperemia en la región perianal.

Objetivo

Restaurar la integridad cutánea en el área perianal del neonato.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar las precauciones estándar durante la atención del neonato y realizar el lavado de manos antes y después de tener contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, Delgado M, Guillén J. 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Mantener seca el área perianal mediante el cambio de pañal de manera inmediata a la evacuación.	El cambio infrecuente del pañal ocasiona sobre hidratación y maceración del estrato córneo, lo que hace que la piel sea más sensible a la fricción, esto puede interferir con la función de barrera protectora, permitiendo la exposición de los irritantes a las capas más profundas. Las enzimas digestivas (tripsina y lipasa) pueden desarrollar dermatitis del pañal, con hidratación y pH alcalino, incrementando la actividad de éstas enzimas. En neonatos se recomienda el cambio de pañales cada hora. (Aditya K. Gupta. 2004 Manejo de la dermatitis de pañal. International Journal of Dermatology. Vol. 43 /11. p 830.)

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar aseo del área perianal con algodón y agua; evitando el uso de jabón. Secar sin friccionar a manera de toques suaves.	<p>El aseo permite retirar los residuos de orina y evacuación intestinal, es importante el uso de sustancias limpiadoras sin contenido de alcohol, ni perfumes para evitar irritación de la piel y evitar friccionar para no lesionar mecánicamente la piel.</p> <p>El jabón incrementa la irritación y altera la barrera cutánea. (Balona R. 2003.Dermatitis del área del pañal. Dermatología peruana. 13 (2): 95 – 100).</p>
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Colocación de pomada a base de óxido de zinc en el área lesionada después del cambio de pañal.	<p>La crema actúa como una barrera entre la piel y la orina y evacuación intestinal evitando que la lesión dérmica se incremente. (Beltrani V. 2003.Atopic Dermatitis. Dermatology. 9(2): 1-14)</p>
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valorar la posible presencia de datos que indiquen infección en el área lesionada.	<p>La inflamación producida por irritación incrementa la permeabilidad y susceptibilidad de la piel a infección secundaria. La presencia de lesiones satélite, áreas descamadas o ámpulas llenas de pus, son datos que pueden indicar infección por bacterias.(Mendivil C.2004.Infección Nosocomial, Vigilancia y Control de la Infección en Neonatología. Pamplona).</p> <p>La detección oportuna permite disminuir las complicaciones, al emprender cuidado de enfermería oportuno. (Menezes B.2009.Análisis de los eventos adversos en una unidad de terapia intensiva neonatal como herramienta de gestión de calidad de la atención de enfermería. Enfermería global n.17 Murcia)</p>
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Proporcionar aire continuo sobre el área lesionada.	<p>La ventilación del área afectada evita la presencia de humedad y el fenómeno de oclusión por el pañal que incrementa la lesión dermatológica, de esta forma se favorece la restauración estrato córneo. (Zambrano E, 2007. Dermatitis del pañal. Protocolos de Dermatología http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm)</p>

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Educación y apoyo	Explicar a la madre las causas de la dermatitis de pañal y como puede prevenirlas.	Las medidas de prevención de la dermatitis del pañal así como los signos de complicación permiten identificar infecciones oportunistas que incrementen la lesión y el riesgo para el neonato en el hogar. (Mendivil C.2004.Infección Nosocomial, Vigilancia y Control de la Infección en Neonatología. Pamplona).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el cuidado realizado a la piel.NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006.Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

En el área perianal lesionada disminuyó el eritema, la madre mostró interés en aprender el cuidado para evitar la dermatitis de pañal.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de disfunción del sistema ventrículo peritoneal relacionado con periodo posoperatorio mediato.

Objetivo

Detectar oportunamente la disfunción del sistema de drenaje ventrículo peritoneal.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar las precauciones estándar durante la atención del neonato y realizar el lavado de manos antes y después de tener contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, Delgado M, Guillén J. 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.)

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Medición del perímetro cefálico diariamente y las características de las fontanelas.	La disfunción del sistema de drenaje ventrículo peritoneal ocasiona un incremento del volumen del líquido que al no poder ser drenado incrementa el perímetro cefálico y las fontanelas se encuentran abombadas con diástasis de las suturas craneales. (Luque M. 2009. Disfunción del sistema de derivación ventrículo peritoneal. Implicaciones en enfermería. Enfermería Global.n. 15).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Evaluar alteraciones del estado de reactividad y reflejos del neonato.	Valorar el estado neurológico del neonato diariamente permite evaluar el seguimiento del cuadro clínico. La presencia de letargo, convulsiones y rigidez de nuca son signos de meningitis. (Fernández A. 2005. Infecciones asociadas a dispositivos neuroquirúrgicos. Salvador).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Observar en el neonato de forma intencionada la presencia de signos de dolor abdominal, distensión abdominal, hiperemia y taquicardia.	La detección de los signos de peritonitis o perforación favorece una intervención temprana en el tratamiento de complicaciones. (Fernández P. 2005. Infecciones relacionadas con las derivaciones de líquido cefalorraquídeo (LCR) Protocolos clínicos Hospital de Bellvitge, Barcelona).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Educación y apoyo	Enseñanza a la madre sobre los datos que sugieran obstrucción del sistema de drenaje ventrículo peritoneal.	El conocimiento de los datos de alarma del cuidador primario permite que solicite ayuda médica de manera oportuna para el tratamiento de complicación y evitar lesiones mayores. (Vega O. 2005. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad Revista Ciencia y Cuidado vol. 5).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el cuidado realizado a la piel. NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz A. 2006. Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

No se observaron datos de disfunción del drenaje ventrículo peritoneal. El perímetro cefálico disminuyó 2 cm en 24 horas (45 cm).

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de proceso infeccioso relacionado a procedimientos invasivos y estancia intrahospitalaria prolongada.

Objetivo

Disminuir la posibilidad de un proceso infeccioso en el neonato durante la atención intrahospitalaria.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el neonato.	El lavado de las manos es el procedimiento más importante para lograr la reducción de la mayor cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, es efectivo y económico, por lo que se ha convertido en el método de prevención de las IN por excelencia en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales. (Santos M. 2005).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Manejo del paciente empleando bata y cubrebocas.	El cubreboca constituye la mejor medida de protección de las vías aéreas superiores contra los microorganismos presentes en las partículas de aerosoles producidos durante los procedimientos clínicos, así como al toser, estornudar o hablar, ya que son considerados fuente de infección potencial de enfermedades respiratorias crónicas o agudas como el resfriado común, tuberculosis. La bata es un método de protección de barrera frente a los microorganismos aunque no se ha demostrado estadísticamente su efectividad. (Ministerio de Sanidad 2008. Prevención y control de la infección nosocomial. Guía de Salud. Madrid)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar baño diario del neonato y aseo de cavidades.	La higiene deficiente incrementa el número de microorganismos, favorece el depósito de células de descamación y sudor que son un medio de cultivo propicio para los microorganismos.

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica
		Realizar baño diario del neonato y aseo de cavidades.	Continuación.. El baño promueve la circulación y la eliminación de sudor y residuos de excretas favoreciendo el descanso y proporcionando una sensación de bienestar. (Tamez 2008, Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar aseo diario de la unidad del neonato y cambio de la ropa de cama.	La disminución de la carga de microorganismos en el ambiente del neonato disminuye el riesgo de infecciones. (Repáraz F.2006 Limpieza y desinfección en el hospital. Anales de Navarra).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Curación de heridas quirúrgicas diaria en región tempo-parietal y abdominal con solución estericide, valorando la cicatrización y la ausencia de dolor, rubor, ardor, secreción que puedan sugerir un proceso infeccioso.	El aseo y curación de la herida quirúrgica permite retirar la presencia de restos de sangre y células muertas que pueden ser un medio de cultivo para los microorganismos. Tamez 2008, Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) La solución antiséptica estericide actúa por medio de la superoxidación sin absorberse y no lesiona la piel debido a que tiene un pH neutro. (Esteripharma, México)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valorar de manera intencionada la presencia de datos clínicos de alarma que sugieran la presencia de un proceso infeccioso sistémico o local (venoclisis).	Los signos de infección son inespecíficos y con frecuencia sutiles: inestabilidad térmica, disminución del tono y de la actividad, dificultad para alimentarse, letargia, distensión abdominal. El compromiso del aparato respiratorio es muy frecuente y da signos de dificultad respiratoria. Otros signos sugerentes de infección son púrpura, petequias, palidez, hipotensión y convulsiones. (Lachassinne E. 2004. Epidemiología de las Infecciones Nosocomiales en NeonatologíaArchives de Pédiatrie 11:229-233).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar la preparación y ministración de solución parenteral y medicamentos siguiendo las medidas de asepsia.	Proporcionar el tratamiento parenteral bajo medidas de preparación con técnica aséptica garantiza la esterilidad de la solución administrada y previene el riesgo de septicemia. (Fulcher E. 2009. Introducción a la terapia intravenosa para profesionales de la salud).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Cambio del equipo de administración de soluciones parenterales cada 72 horas.	Para mantenerse la esterilidad y apirogenicidad de las soluciones debe realizarse el cambio de las soluciones y equipos cada 72 horas o cuando no se garantice la integridad o existan residuos en el equipo.(Fulcher E. 2009)

Control de caso

El neonato no presentó proceso infeccioso en el sitio de colocación del drenaje ventrículo peritoneal. El sitio de punción del catéter periférico no se observó con presencia de infección.

Las medidas de protección universales se efectuaron durante la atención al paciente.

El manejo de la vía parenteral se realizó con las medidas de asepsia y el cambio de equipos de la vía parenteral manteniendo la esterilidad.

2. Requisito Universal Alterado

Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de la integridad cutánea relacionado con restricción de movimiento manifestado por presencia de eritema en región occipital (estadio I).

Objetivo

Restablecer la integridad cutánea del área occipital por medio de medidas que faciliten el movimiento y eviten la fricción del área dañada.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, Delgado M, Guillén J. 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Cambios posturales del neonato cada 2 horas.	Los cambios posturales en los neonatos que poseen un alto riesgo de úlceras por presión deben cambiarse de posición cada dos horas para evitar lesiones. (GNEAUPP 2003. Directrices Generales sobre Prevención de las Úlceras por Presión)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Movilización pasiva de miembros inferiores del neonato y superiores cada 8 horas por 5 minutos en cada miembro.	La movilización tiene por objeto mantener la movilidad articular y flexibilidad muscular, así como participar en la correcta colocación del neonato en los diferentes decúbitos, previniendo deformidades y estimulando los movimientos activos voluntarios. (Quezada C. 2005. Prevención y cuidados de úlceras por presión).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Posicionamiento del neonato evitando la fricción de las prominencias óseas.	El contacto de las prominencias óseas entre sí o con una superficie sólida incrementa el riesgo de lesión debida a la fricción entre ambas zonas. (García J. 2007. Úlceras por presión. Guía clínica Fistera).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Lubricación de la piel en el área occipital lesionada y en las zonas donde se encuentra la piel muy delgada debida al incremento del tamaño cefálico para evitar otras lesiones por presión.	La lubricación de la piel con crema hidratante favorece la integridad de la piel, ya que la resequedad de la piel ocasiona lesión del estrato córneo aunado a la fricción de la piel con la ropa de cama. (ASANEC, 2005 Guía de práctica clínica Deterioro de la integridad cutánea).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Protección de la presión empleando colchón de agua como una superficie hidrodinámica.	Las superficies dinámicas amortiguan la presión que ejerce el cuerpo del neonato en la cuna, favoreciendo el riego sanguíneo y disminuyen el riesgo de lesión tisular.(Quezada C.2005, Tamez 2008),
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el tratamiento regulador realizado al neonato. NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006.Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

El área occipital del neonato no progresó al estadio II de úlcera por presión y no presentó otras lesiones en el cuerpo por presión.

3. Requisito Universal Alterado

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Diagnóstico de Enfermería

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire relacionado a obstrucción de la vía aérea manifestado por secreciones blancas fluidas en oro faringe y saturación de oxígeno sin apoyo ventilatorio 70 %.

Objetivo

Restablecer inmediatamente la permeabilidad de la vía aérea respiratoria superior del neonato.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, . 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valoración de los signos de obstrucción de la vía aérea superior.	La presencia de obstrucción de la vía aérea se manifiesta por dificultad respiratoria, incremento de la frecuencia respiratoria, disociación toraco-abdominal, tos, cianosis, la detección temprana permite restablecer el flujo adecuado de la ventilación pulmonar evitando complicación en el intercambio gaseoso. (Calvo C. 200 Obstrucción aguda de la vía aérea superior en lactantes y niños).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar aspiración de secreciones orales y nasales, regule el dispositivo de vacío a presión máxima de 80 mmHg.	Las secreciones nasofaríngeas son una barrera al flujo de aire para que se efectúe la ventilación pulmonar. El procedimiento de aspiración libera la obstrucción de la vía aérea de secreciones empleando presión negativa existe el riesgo de lesionar la mucosa si la presión es mayor a 80 mmHg además de causar hipoxia. (Jean A. 2005).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Posicionamiento y movilización del neonato que mantenga alineada la vía aérea para evitar obstrucción.	La presencia de macrocefalia aunado a una posición inadecuada ocasiona obstrucción de la vía aérea, para obtener una vía aérea permeable, la cabeza del neonato debe mantenerse en una posición neutral y debe sostenerse el mentón mientras se aplica una leve tracción hacia adelante del maxilar inferior. (Valero 1998. Manejo de la vía aérea difícil. Revista venezolana anestesiología. 1998; 3: 1: 13-21).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Monitorización continua de la saturación del neonato con cambios cada 2 horas del sitio del sensor transcutáneo.	La monitorización por pulsoximetría determina la frecuencia cardiaca, intensidad del pulso, saturación de la hemoglobina por el O ₂ en la superficie de la piel. Provee los datos necesarios para minimizar períodos de hipoxia e hiperoxia previniendo secuelas. Los estudios de esta técnica reportan alta sensibilidad y especificidad para detección de hipoxemia e hiperoxemia. (Cloherty 2005).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico las características de las secreciones, y las complicaciones durante el procedimiento. NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006. Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

Mediante la aspiración de secreciones orofaríngeas mejoró en un tiempo de 5 minutos la saturación pulsoximétrica, con intervalo de 90 a 92%.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de broncoaspiración relacionado con déficit en la tonicidad y espasticidad del esfínter esofágico debida a trastorno neurológico.

Objetivo

Realizar cuidados encaminados a la prevención de broncoaspiración.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R, 1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Realizar aspiración de secreciones naso y orofaríngeas al neonato previa valoración del grado de obstrucción que ocasionen.	La eliminación de secreciones de las vías aéreas se realiza ejerciendo una presión negativa por la sonda de aspiración, con la finalidad de mantener vías aéreas permeables. (Arencón A. 2007. Aspiración de secreciones. Protocolos de enfermería).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Colocación de la cabeza del neonato con una elevación de 30 ° durante la alimentación.	La posición supina con elevación de la cabeza de 30 grados disminuye los episodios de reflujo, mejora el vaciamiento gástrico, disminuye la broncoaspiración, disminuye el gasto o consumo de energía y el tiempo de llanto; aunque se demostró que no tiene efectos sobre el tono del esfínter esofágico inferior. (Larraín F. 1999. Reflujo gastroesofágico. Revista chilena de pediatría vol.70 n.4)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Colocación de sonda orogástrica al neonato realizando previamente la medición del punta de la nariz a la punta de la oreja y de ahí hasta el apéndice xifoides, realizando fijación de la sonda y verificación del contenido gástrico antes de iniciar la introducción de fórmula láctea al neonato.	La colocación correcta de la sonda orogástrica evita lesiones del tracto digestivo, extracción accidental. La aspiración de contenido gástrico garantiza la sonda está en el estómago. Los signos de broncoaspiración son asfixia, cianosis. (Cebrián J. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Proporcionar la alimentación al neonato a una velocidad de infusión determinada a gravedad a una altura de 15 a 20 cm sobre el nivel del neonato.	La administración rápida de la fórmula láctea provoca sobre distensión gástrica, incrementa la posibilidad de reflujo, náusea y vómito. (Tamez. 2008. Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Al finalizar la alimentación colocar en decúbito lateral derecho al neonato.	La posición en decúbito lateral derecho favorece el vaciamiento gástrico facilitando el paso del contenido gástrico al duodeno. (Nago A. 2005. ERGE).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Educación y apoyo	Proporcionar orientación a la madre de como identificar la presencia de broncoaspiración y las medidas que debe realizar en situación de emergencia en el hogar.	La orientación adecuada sobre primeros auxilios en situaciones de emergencia en el hogar permite un tratamiento oportuno y limitación de daño. (Tamez. 2008. Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el tratamiento regulador realizado. NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006. Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

No presentó broncoaspiración el neonato y su madre aprendió el cuidado de emergencia en el hogar.

4. Requisito Universal Alterado

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Diagnóstico de Enfermería

Déficit del mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos relacionado con deterioro neurológico manifestado por reflejo de succión disminuido, ausencia del reflejo de búsqueda y deglución, movimientos lentos, músculos flácidos orales.

Objetivo

Reiniciar la alimentación enteral con una tolerancia del 100% de la cantidad de la fórmula necesaria para garantizar el aporte de nutrientes al neonato.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el neonato.	El lavado de manos es la medida que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel así como la más efectiva para evitar la diseminación directa e indirecta de microorganismos de una persona a otra. (Gálvez R.1993. Infección hospitalaria. Universidad de Granada.).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valorar la presencia de un tránsito intestinal adecuado ausencia de emesis, peristaltismo presente, ausencia de distensión abdominal por medio de auscultación palpación de la cavidad abdominal y medición del perímetro preprandial.	Las condiciones adecuadas para el reinicio de la vía enteral en el posoperatorio son: presencia de peristalsis intestinal, abdomen blando, depresible, ausencia de hematemesis. (Cloherty J. 2005. Manual de cuidados neonatales).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Proporcionar alimentación a temperatura ambiente calentando a baño maría la fórmula hasta alcanzar la temperatura ambiente.	La fórmula a la temperatura ambiente facilita la digestión y reduce la probabilidad de espasmos gástricos. (Tamez. 2008. Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Durante la alimentación por sonda proporcionar estimulación oral con chupón al neonato.	Las enzimas/hormonas participan en la facilitación de la digestión a través de la succión no nutritiva: lipasa lingual, gastrina, insulina y motilina. La succión no nutritiva estimula la secreción de estas enzimas/hormonas a través de la inervación vagal de la mucosa oral. (Tamez. 2008. Enfermería en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valorar la tolerancia de la fórmula de inicio 80 mL cada 3 horas, realizando medición del perímetro abdominal y residuo gástrico.	Los signos de intolerancia alimentaria son emesis, elevado residuo gástrico, mayor número de episodios de apnea. Detectar la intolerancia permite considerar cambios en el esquema de alimentación y/o alteraciones en el sistema gastrointestinal. (Ibarra 2007)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Evitar la manipulación del neonato en el periodo posprandial.	La manipulación y movilización brusca ocasiona irritabilidad y llanto que promueven la aparición del reflujo gástrico. (Sas P. 2008. Curso básico de nutrición).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Educación y apoyo	Enseñanza a la madre de la alimentación por sonda orogástrica.	La educación programada, progresiva y continua permite detectar la capacidad del cuidador primario y detectar las dudas y problemas a fin de reafirmar la información recibida por el cuidador. (García S. 2010).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el cuidado realizado al neonato y la tolerancia. NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006. Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

El neonato toleró la alimentación enteral por sonda orogástrica al 100% en la primera toma.

5. Requisito Universal Alterado

Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de normalidad.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de desapego materno relacionado por hospitalización prolongada.

Objetivo

Fomentar intervenciones dirigidas a disminuir la posibilidad del desapego materno.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Informar acerca de los horarios de visita, reglamento y la importancia de la participación en el cuidado del neonato hospitalizado.	El conocimiento del reglamento de la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales permite que el cuidador reconozca la importancia de su participación en el cuidado del neonato, disminuyendo el impacto emocional de ingreso a la Unidad de cuidados intensivos neonatales. (Jiménez F. 2003. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Motivar al cuidador primario a tener contacto físico por medio de caricias, acunar en sus brazos, contacto visual y auditivo al platicar o cantarle.	El contacto físico, visual y auditivo estimula al recién nacido a restablecer el vínculo afectivo con la madre después de una situación de estrés como es la hospitalización. (Pinilla S. 2003. Comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Educación y apoyo	Enseñanza de los cuidados que se proporcionan al neonato a el cuidador primario y que gradualmente se integre al cuidado del neonato en la medida de sus capacidades.	La participación en el cuidado del neonato por parte de la madre o cuidador primario le proporciona confianza, incrementa la autoestima, potencia el desarrollo de sus capacidades y favorece el restablecimiento del rol materno interrumpido por la hospitalización. (Serradas M. 2003 La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. Revista de Pediatría vol.24 n.71).

Control de caso

La madre y la abuela acuden a la visita, respetando las normas institucionales y muestran cooperación en la asistencia del neonato.

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de déficit psicomotor relacionado con trastorno neurológico.

Objetivo

Implementar cuidados de enfermería dirigidos a disminuir la posibilidad de déficit psicomotor.

Prescripción del cuidado

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulador	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Valorar signos que impliquen un incremento de la presión intracraneal: abombamiento de fontanelas, separación de suturas, dilatación de venas cefálicas, incremento de perímetro cefálico, irritabilidad, llanto vómito, signo del sol naciente.	Cuando se eleva la presión intracraneal cerebral se comprime el mesencéfalo, disminuye el riego sanguíneo así como el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro. Identificar oportunamente los signos sugerentes de hipertensión intracraneal permite iniciar un tratamiento oportuno y prevenir lesiones a corto y largo plazo que impliquen daño neurológico. (Jerez J. 1999. Neurocirugía).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Proveer de un ambiente tranquilo disminuyendo los factores estresantes: luz, sonidos, manipulación mínima.	Al disminuir los periodos de irritabilidad del neonato, disminuye el riesgo de ocasionar la elevación de la presión intracraneal y de hemorragia. El medio libre de ruido y estímulos luminosos intensos evitan que se incremente el estrés del neonato. (Fernández M. 2004 Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros).
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Fomentar la visita de familiares explicándole la importancia de su participación en la estimulación en el desarrollo del neonato.	Ayudar a los padres a superar el impacto de la presencia de alteraciones neurológicas de su neonato, permiten el desarrollo de mecanismos para aceptar el problema así como el tipo de medidas para cuidar a su bebé y qué esperar para el futuro. (Pinilla S. 2003. Comportamiento materno durante la hospitalización del recién nacido).

Agencia de Enfermería	Sistema de Enfermería	Tratamiento Regulator	Fundamentación Científica
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Mantener las medidas de seguridad y protección del neonato, no dejándolo solo durante la medición del peso y la manipulación.	La vigilancia estrecha, sujeción y posicionamiento en el nido, son medidas que permiten reducir el riesgo de caída y traumatismo. (Tamez 2008. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal)
Lic. Norma Patricia Álvarez Vargas	Totalmente compensatorio	Documentar en el registro clínico el tratamiento regulador.NOM-168-SSA1-1998.	Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando como referencia las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruíz A. 2006.Calidad en los Registros de Enfermería).

Control de caso

Se inició el manejo mínimo del neonato y la movilización pasiva de extremidades superiores e inferiores, el neonato no sufrió accidentes ni caídas.

7. PLAN DE ALTA

Nombre: J.D.T Fecha de alta 24-12-2009.

Registro: 466067

DVE: 24 días

Peso 4, 070 g

Motivo del alta: Continuar manejo extrahospitalario.

Pronóstico: Bueno para la vida, malo para la función neurológica.

Cuidados en el hogar

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

• Mantener eutermia

Ambiente en cuarto ventilado, con iluminación de día, evitar las corrientes de aire, temperatura ambiente; realizar aseo del cuarto una vez al día, cambio de la ropa de cama del neonato, ropa del neonato abrigable.

• Mantener la vía aérea permeable

Alineación de postura vigilando que siempre permanezca la vía aérea libre de secreciones, la madre ya tenía conocimiento como realizar la aspiración de secreciones solo requirió un reforzamiento, sabe los signos de alarma de infección respiratoria (polipnea, tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis, respiraciones muy lentas) y cuenta con aspirador en casa.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

• Leche maternizada 80 mL cada 3 horas por sonda de gastrostomía.

• Se realiza el énfasis que el único alimento que debe ingerir el neonato es la leche maternizada y no consumir infusiones, jugos o papillas antes de los 6 meses de edad.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

- Realizar la preparación de la fórmula de inicio con las medidas higiénicas necesarias en la preparación, así como en horario establecidos cada 3 horas.
- Se informa a la madre el procedimiento de alimentación por gastrostomía y las posibles señales de alarma por las que debe acudir al médico. (Ver en anexo tríptico sobre alimentación por gastrostomía que fue proporcionado a la madre del neonato).

4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas.

- Explicar el cuidado del área perianal: limpieza, importancia de mantener seca el área, cambio frecuente del área del pañal para evitar la dermatitis de pañal.
- En caso de irritación del área realizar aseo con agua y secado evitando realizar fricción sobre el área.

5. Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo

- Cambios posturales cada dos horas, promoviendo el descanso nocturno y una vez al día realizar ejercicios de estimulación.
- Evitar la humedad en la ropa.
- Emplear almohadas en las prominencias óseas y dona en el área cefálica para evitar la presión.
- Utilizar lubricante de pH neutro para la piel. Evitar las cremas con perfume.

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

- Platicar con la madre la importancia del apego materno para el neonato, que le cante, lo abrace, acaricie y platique.
- Importante si la madre lo desea asistir a un servicio de apoyo psicológico.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.

- Se recuerda a la madre que debe recabar el resultado del Tamiz metabólico realizado en el INPer IER durante su estancia hospitalaria.
- Debe iniciar el esquema de vacunación nacional a la brevedad posible con las vacunas BCG y Hepatitis B.
- Orientación sobre los medicamentos:

Fenobarbital

Dosis 20 mcg cada 24 horas (5 mcg/Kg/dosis): Debe solicitar el fraccionamiento del medicamento en una farmacia de especialidad para evitar administrar una dosis mayor, de preferencia destinar una hora fija al día para evitar el riesgo de omisión de la administración y llevar un registro de la administración para evitar la sobre administración.

- Debe continuar acudiendo a sus citas al Instituto Nacional de Pediatría a los servicios de:
Neonatología en 1 mes seguimiento
Neurología en 1 mes (seguimiento)
Cirugía General en 3 meses Rehabilitación en 1 mes
Acudir cuando el neonato cumpla 6 meses de vida a valoración por el servicio de Ortopedia para descartar la displasia acetabular de cadera.
- Puede en caso de emergencia acudir a consulta de Urgencia las 24 horas del día al identificar signos de alarma: fiebre, letargo, vómito, incremento del perímetro cefálico o abdominal, rigidez de nuca, irritabilidad, llanto, fuga de la sonda de gastrostomía.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de normalidad.

- Informar a la madre la importancia de continuar el plan de terapia ocupacional del neonato:
 1. Movilización pasiva de las 4 extremidades por segmentos.
 2. Texturas tipo Rood a miembros pélvicos para disminuir el tono.
 3. Manejo de la cavidad oral (succión no nutritiva).
 4. Estimulación visual, auditiva, propioceptiva y en lo posible vestibular.
- Realizar el baño diariamente, aseo de cavidades y curación y fijación de la gastrostomía.

8. CONCLUSIONES

El Método Enfermero es una guía que facilita efectuar el Cuidado Enfermero en la especialidad de Enfermería del Neonato.

La aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem favorece una visión integral del neonato detectando la demanda de cuidado terapéutico de forma individualizada par llevar a cabo la prescripción especializada del cuidado que permita compensar los déficits detectados en la etapa diagnóstica y llevar a cabo la evaluación del impacto en la salud del neonato, permitiendo documentar la evidencia del cuidado especializado de Enfermería.

La difusión de la actividad científica dentro de la Enfermería aporta conocimientos sobre el cuidado y permite obtener un acervo científico donde lograr obtener información para la mejora del cuidado basado en evidencia científica.

9. SUGERENCIAS

La etapa de valoración aún cuando se realice en el primer semestre sería más completa en el caso de un recién nacido de alto riesgo si se abordara con un instrumento como el del segundo semestre, ya que aún cuando en el primer semestre solo se abordan neonatos de bajo riesgo, también en la práctica hospitalaria se encuentran casos interesantes para estudiar el cuidado enfermero en neonatos de alto riesgo.

Realizar práctica clínica por el servicio de Neurodesarrollo sería muy beneficioso, debido a que aún cuando los neonatos generalmente no son atendidos en esa etapa si es importante tener el conocimiento práctico para orientar a las madres sobre la estimulación y rehabilitación que requieren ya que no en todas las instituciones se cuenta con este tipo de servicios, además de reforzar los conocimientos impartidos por el personal profesional y capacitado con que se cuenta en el Instituto Nacional de Pediatría.

10. BIBLIOGRAFÍA

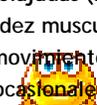
1. Irruela Serrano, Jorge y otros (2007) Hidrocefalia: alternativas terapéuticas e implicaciones de enfermería [en línea] Enfermería Integral, No. 79 Valencia, España, Revisado el día 15 de diciembre de 2009, de <http://www.enfervalencia.org/ei/79/articulos-cientificos/7.pdf>
2. Toledano Blanco R. y Domínguez Núñez Dolores (2009) Cuidados de Enfermería en el manejo del drenaje ventricular, [en línea] Revista digital de Enfermería, Vol. 1,No. 2, España , Revisado el día 15 de diciembre de 2009, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3004577>
3. Taylor S G. (2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. en: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier, p. 267-295.
4. Vega O. y González (2007) Teoría del Déficit de autocuidado. Revista Ciencia y Cuidado, Vol. 4, Nº. 4, p. 28-35.
5. Aguirre. G. (2004) Principios éticos de la práctica médica. Cirugía y cirujanos: vol 72.N. 6 p 503-512.
6. Rodríguez N. (2000) El consentimiento informado. Aplicación en la práctica clínica, No. 43.p. 405
7. Orem D. (1980) Normas Prácticas en Enfermería, Ed. Ciencias Médicas, Barcelona.
8. Hospital General de México (2006) Guías diagnósticas de Neurología y Neurocirugía. p.17-18
9. Ríos F. y otros (2005) Hidrocefalia ligada al X. Revista Mexicana de Pediatría. No.72 Vol. 6 p 301-304.
10. Valdés J y otros (1997). Defectos congénitos en el Hospital General de México. Frecuencia observada durante 10 años Rev Med Hosp Gen Méx 1997 No.60 p181-187.
11. Gamarra A.y otros (2005) Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas,consultado el día 13 de diciembre, en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>.
12. Díaz G.(2006) Valoración y alivio del dolor y el estrés en el niño. En: Díaz Gómez y otros. Tratado de enfermería en la infancia y la adolescencia. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid, p 209-216.
13. Deacon J. y O'Neill P. (2001) Cuidados intensivos de enfermería en neonato. Edit. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana, México p 240-262.
14. Cloherty J. y Stark A.(1999) Manual de cuidados neonatales. 3ª. Ed. Masson. Barcelona p. 404-418.
15. Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. <http://enfermeriahoy.capasitio.com/boletin001/codigoetica.pdf>

16. Maya Mejía, José (2006) Ética en la adaptación neonatal, [en línea] Revista colombiana de Pediatría, Colombia, Revisado el día 18 de noviembre de 2009, de http://www.encolombia.com/33-2_pediatria_neonatal.htm.
17. Vega Angarita (2006) Estructura del Conocimiento Contemporáneo de Enfermería, Ciencia y Cuidado. Vol. 3 No.3 p 57.
18. Cavanagh S. (1993)Modelo de Orem, Aplicación práctica. Masson. Barcelona. p 20.
19. Benitez C. y otros. (2006)Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud.
20. . Rivero M. y otros,(2002) Valoración Ética del Modelo de Dorotea Orem, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm13307.htm
21. Gordon, M. (1999) Diagnóstico enfermero: proceso y aplicación.3ª. ed. Madrid: Harcourt .p 37.
22. Alfaro, R. (2003) Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª. ed. Elsevier, p 4.
23. Morán. (1975)El proceso de atención de Enfermería. Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería, A. C. http://www.anuies.mx/servicios/p_anuies/publicaciones/revsup/res019/txt5.htm#2
24. Tamez, R. (2008) Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Edit. Médica Panamericana, Buenos Aires.
25. Carpenito (1990) Diagnósticos de Enfermería.39ª. edición, Interamericana, México, p 84.
26. Kozier, B. et al. (1999) Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y práctica. 5a. ed.Madrid: McGraw Hill – Interamericana. Madrid p 86.
27. Nazar N.(1997) Hidrocefalia congénita. Revista Medica Honduras Vol. 65,No. 1 p.24
28. Senat S. y otros (2001) Prenatal diagnosis of hydrocephalus-stenosis of the aqueduct of Sylvius by ultrasound in the first trimester of pregnancy. Report of two cases. Prenatal Diagnosis. Vol.21 No.13 p 1129.
29. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. (2001) Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina. México.
30. Taketomo C. (2009) Manual de prescripción pediátrica. 15ª. Edit. Intersistemas. México.

11. ANEXOS

- A. Escala de valoración del dolor.
- B. Tríptico: Cuidados en el manejo de la gastrostomía.
- C. Consentimiento informado para estudio de caso.

A. Escala de Valoración del dolor.

PARAMETROS 	2	1	0	TOTAL 
1.SUEÑO	<p>Despierto constantemente</p> 	<p>Despierta a intervalos frecuentes</p> 	<p>Duerme constantemente</p> 	1
2. EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR	<p>Músculos faciales continuamente contraídos, frente fruncida, párpados apretados, temblor del mentón y muecas</p> 	<p>Contraída(músculos faciales tensos, frente fruncida)</p> 	<p>Calmado, músculos relajados con expresión neutra</p> 	1
3. LLANTO	<p>Vigoroso, fuerte y continuo, inconsolable no responde a mimos</p> 	<p>Presente consolable, responde a mimos</p> 	<p>Tranquilo no llora ni se queja</p> 	2
4.MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS	<p>Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados constantemente)</p> 	<p>Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados frecuentemente)</p> 	<p>Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales)</p> 	1
5.MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	<p>Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extendidas, flexionadas constantemente)</p> 	<p>Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extensión y flexión rápidas frecuentemente)</p> 	<p>Relajadas (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales)</p> 	1
6. CONSUELO	<p>Ninguno después de 2 minutos</p> 	<p>Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo</p> 	<p>Consuelo dentro de 1 minuto</p> 	2

PARAMETROS 	2	1	0	TOTAL 
7.FRECUENCIA CARDIACA	Incrementa > 20% 	Incrementa 10-19% 	Dentro De Las Percentilas 	1
8. PRESIÓN ARTERIAL	Incrementa >10 Mm. Hg.	Incrementa 9 Mm. Hg.	Dentro De Las Percentilas	1
9.FRECUENCIA RESPIRATORIA	Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo nasal, gemido espiratorio	Diferente del basal(retracciones intercostales mínimas)	Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal)	1
10. SAO2	Disminucion de la Sato ₂ 71-76% requiere incremento del Fio ₂ 	Disminucion de la Sato ₂ 79-85% requiere incremento de Fio ₂ 	88-95% con o sin oxigeno Ningún aumento en Fio ₂ 	1
CALIFICACION			SUMA	12
0-6 PUNTOS	LEVE			
7-15 PUNTOS	MODERADO			
16-20 PUNTOS	SEVERO			

B. Tríptico: Cuidados en el manejo de la gastrostomía.

Acudir al servicio de urgencias en caso de:

Extracción accidental de la sonda.

Ruptura de la sonda.

Salida de alimento en el sitio de inserción de la sonda.

Presencia de enrojecimiento, dolor, sangrado o salida de material purulento del sitio de inserción de la sonda.

Aumento del perímetro abdominal, abdomen tenso con dolor.

Presencia de diarrea o estreñimiento.

Si se sale la sonda de gastrostomía de su bebé

- Cubra el estoma con un vendaje.
- Acuda inmediatamente al hospital.

RECUERDE PREGUNTAR TODAS SUS DUDAS O COMENTARIOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

CUIDADOS EN EL MANEJO DE LA GASTROSTOMÍA

Alimentación por Tubo de Gastrostomía

ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROTOMÍA

Una sonda de gastrostomía es un tubo que pasa por una apertura en la piel de su bebé dentro de su estómago. La sonda de gastrostomía se coloca dentro de una apertura hecha en el abdomen de su bebé. Este apertura se conoce como estoma. Parte del tubo está dentro del estómago de su bebé y parte del tubo se extiende fuera de este.



El objetivo de la alimentación es que su bebé continúe recibiendo los nutrientes adecuados a su edad, pero sin el riesgo de broncoaspiración.

Precauciones durante el manejo de la sonda.

Siga las instrucciones sobre el cuidado apropiado de la sonda de gastrostomía de su bebé.:

- Observe las marcas en el tubo de su bebé para asegurar que están en el lugar correcto.
- Coloque el tubo bajo la ropa de su bebé para evitar que la jale el bebé y se salga de lugar
- Asegúrese que el tubo no está obstruido con leche o fórmula, enjuagando con 3 mL de agua limpia la sonda después de alimentarlo o administrar un medicamento.
- El medicamento debe estar completamente solubilizado.
- Mantenga la piel alrededor del tubo de su bebé limpia y seca.
- Observe la piel de su niño para enrojecimiento, inflamación, y pus.
- Mida la longitud del tubo externo de la estoma al final.
- Mida diariamente la longitud de la sonda. Esto le va a ayudar a determinar si el tubo se ha movido dentro del abdomen de su bebé.

Como fomentar la comodidad para su bebé al tener una sonda de gastrostomía:

- Durante la alimentación sostenga y hable a su bebé durante el tiempo de alimentación.
- Puede colocar un chupón en la boca de su niño durante la alimentación, para estimular la cavidad oral de su bebé y que se favorezca la producción de enzimas para la digestión.
- Lave el área del tubo con jabón y agua.
- Mantenga el área del tubo seca.
- Coloque vendajes alrededor del estoma de su bebé si tiene problemas en la piel.



C. Consentimiento informado para estudio de caso

UNAM
POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL NEONATO.
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO.

YO ANALILIA JAIMEZ DELGADO Y ARCADIA ANGELICA JAIMEZ DELGADO JAIMEZ declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo(a), participe en el estudio de caso: NEONATO DE 36.6 SDG CON ALTERACION EN LOS OCHO REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO EN BASE AL MODELO TEORICO DE DOROTHEA OREM 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:

VALORACIÓN DEL RECIÉN NEONATO INICIAL Y CONSECUTIVA PARA SEGUIMIENTO DE CASO, ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE ACUERDO A EL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, Y PARTICIPACIÓN EN LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ALTA DEL NEONATO AL ECRESO DEL SERVICIO

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: ENFERMERA ALVAREZ VARGAS NORMA PATRICIA

Alvarez Norma Patricia
Firma

Nombre del padre o tutor: ANALILIA JAIMEZ DELGADO Y ARCADIA ANGELICA JAIMEZ DELGADO

[Firma]
Firma

NO AUTORIZO LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Testigos

Nombre: Ela Reina Reyes
Nombre: Arcadia Jaimez Delgado

Firma: [Firma]
Firma: [Firma]

Dirección: Platanos # 69 Col. Tlalpa, Puebla
Dirección: Oriente # 102 N. 55 Col. Tlalmanalco, Delegación Iztapalapa

México D.F a 14 de diciembre del 2009.