



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ESTUDIO DE CASO
NEONATO DE 39 SDG CON ALTERACIÓN DE LOS REQUISITOS
UNIVERSALES SECUNDARIO A CRANEOSINOSTOSIS**

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

**PRESENTA
LEO GUADALUPE YAÑEZ GAONA**

**ASESORA
EEI. LAURA ALVAREZ GALLARDO**



Ciudad de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVO	
2.1 General.....	2
2.2 Especifico.....	2
III. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	3
IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.....	5
4.1 Antecedentes de estudios relacionados.....	5
4.2 Conceptualización de enfermería.....	9
4.3 Paradigmas de Enfermería.....	9
4.4 Escuelas del pensamiento Enfermero.....	10
4.5 Teoría General de Auto cuidado.....	13
Biografía.....	13
Teoría del autocuidado.....	15
Teoría del déficit de autocuidado.....	17
Teoría de sistemas de enfermería.....	18
4.6 Método Enfermero.....	19
4.7 Relación del proceso enfermero y la teoría.....	40
4.8 Consideraciones éticas.....	43
Principios éticos.....	43
Código de ética enfermería.....	43
Consentimiento informado.....	44
Expediente clínico.....	46
Derechos del RN.....	48
Derechos del RN prematuro.....	50
4.9 Daños a la salud.....	51
V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	70
5.1 Ficha de identificación.....	70
5.2 Motivo de consulta.....	70
5.3 Factores Condicionantes Básicos.....	71
5.4 Requisitos de Autocuidado de desarrollo.....	73
5.5 Requisitos de desviación de la salud.....	74
VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	75
6.1 Exploración física.....	75
6.2 Requisitos de Autocuidado Universales.....	79
6.3 Esquema metodológico.....	82
6.4 Análisis de Valoración por requisito con Déficit.....	83
6.5 Jerarquización de requisitos universales alterados.....	84
6.6 Prescripción del cuidado.....	86
6.7 Seguimiento.....	98

VII.	PLAN DE ALTA.....	99
VIII.	CONCLUSIONES.....	102
IX.	SUGERENCIAS.....	103
X.	REFERENCIAS.....	104
XI.	ANEXOS.....	i
	Anexo 1.....	i
	Anexo 2.....	viii
	Anexo 3.....	xxxviii

Si otros quieren definir quién eres, no te quedes nadando en ese estanque. Muévete lejos de la ignorancia y encuentra tu propio océano.

Dodinsky

Le doy gracias a Dios por el don de la palabra, por darme la fuerza para seguir adelante y no dejarme caer. Por permitirme ser mejor persona y sobre todo por las enseñanzas que me ha permitido aprender a lo largo de mi vida.



A mis papas, por ser los seres que siempre han iluminado mi camino, por su apoyo moral, su cariño, comprensión y amor. Por ayudarme a superar las adversidades de la vida, por llenar mi vida con esa energía de la superación ya que gracias a eso han hecho de mí lo que soy.

A mis hermanos para que nunca dejen de perseguir sus sueños y siempre busquen el éxito.

Mis coordinadoras Laura, Carolina, Araceli y profesores gracias por sus enseñanzas, apoyo, motivación que me impulsaron para el término de este proyecto.



A mi institución por creer en mí, en especial a mi Alm. Faustino, Cap. Soledad, Tte. Sánchez y Tte. Cárdenas por su apoyo y consejos. Gracias

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería como disciplina de gran competencia en el área de la salud preocupada por brindar cuidados especializados, ha buscado responder de manera eficiente a las demandas de la población mexicana por lo que nace la enfermería neonatal garantizando un nivel óptimo en la atención de los cuidados a neonatos; a lo largo de toda su enfermedad aplicando tratamientos y medidas terapéuticas específicas para cada uno y con ello lograr que recuperen la salud aplicando cuidados especializados basados en evidencias científicas y aplicar nuevas experiencias que puedan ser utilizadas en la investigación.

Para ello la enfermería cuenta con su propio método de investigación el proceso enfermero que se encarga de proporcionar cuidados específicos a cada uno de los neonatos basado en teorías de enfermería como de Dorothea E. Orem y la investigación específica para el tratamiento individualizado de cada uno de sus neonatos.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) con sede en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) buscan formar profesionistas de Enfermería del Neonato capaces de desenvolverse en el área clínica y de investigación con calidad internacional.

El presente estudio de caso trata de un neonato de 2 días de vida extrauterina con el siguiente diagnóstico médico Recién Nacido Masculino de Término de 39 Semanas de Gestación, con Peso Bajo para la Edad Gestacional y Probable Craneosinostosis.

La importancia de una exploración física y neurológica adecuada en el neonato es de fundamental importancia para un correcto y adecuado crecimiento, por tal motivo la exploración del cráneo por medio del perímetro cefálico (PC), su forma, tamaño, suturas y fontanelas y la historia clínica, son herramientas que le permiten detectar signos de enfermedad. La craneosinostosis es un defecto congénito que causa el cierre prematuro anormal de una o más suturas en la cabeza del neonato.

Esperando que el presente estudio de caso sea de su interés, son pocas las investigaciones realizadas en pacientes con craneosinostosis pero muchos refieren que pueden tener graves problemas de autoestima y problemas neurológicos que limitan sus capacidades intelectuales y su calidad de vida en nuestra sociedad.

II. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar un estudio de caso enfocado en un neonato de 39.2 semanas de gestación analizando los requisitos universales basados en el Modelo de Autocuidado de Dorothea E. Orem. para proporcionar cuidado especializado en enfermería neonatal.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Valorar al neonato mediante la aplicación de una guía basada en la teoría de Dorothea E. Orem utilizando los requisitos universales.
- Realizar diagnósticos de Enfermería basados en el formato P.E.S (Patología, Etiología y Sintomatología).
- Elaborar planes de Cuidados de acuerdo a los requisitos alterados.
- Implementar intervenciones de Enfermería basándonos en un enfoque integral del cuidado del neonato y la educación de los padres.
- Llevar a cabo un plan de alta para implementar los cuidados que se le proporcionarán al neonato una vez que se encuentre en su domicilio para promover el mantenimiento de su salud.

III. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Para la elaboración del estudio de caso, este se realizó en el Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud; durante el mes de Octubre del 2011, la selección del neonato fue en el servicio de Alojamiento Conjunto, el cual se encontraba con su madre; al observarlo y realizarle una exploración se encontró que el neonato presentaba fontanelas fusionadas, anomalía de sus genitales, bajo peso para la edad gestacional; además de ciertas características que suponían problemas de salud que quizás no se presentan en el momento pero si durante su desarrollo, incluyendo los antecedentes de los padres, por tal motivo se procedió a entrevistar a la madre para la aplicación del instrumento de valoración neonatal basándome en la Teoría de Orem, pidiendo a la madre su autorización por medio de la firma del Consentimiento Informado; posteriormente se procedió a la búsqueda y recolección de información encontrando poca información sobre la patología del neonato, se lleva a cabo la elaboración del estudio de caso por medio de las etapas del proceso enfermero como se muestra en el diagrama.



Diagrama 1. Metodología del caso por medio de la utilización del método enfermero y la filosofía de Orem.

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL ESTUDIO DE CASO				
ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO 2012
Inicio de práctica clínica				
Evaluación y descripción del paciente				
Entrega y evaluación del paciente elegido				
Aplicación de la guía de valoración				
Entrega de la guía de valoración				
Elaboración de diagnósticos				
Presentación del estudio de caso				

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

4.1 Antecedentes del estudio realizado

El estudio realizado fue sistematizado en búsqueda por medios electrónicos de internet donde se consultaron páginas como Scielo, Medigraphic, Infogen, Elsevier y MedlinePlus no se encontraron artículos con evidencia científica en enfermería solo estudios médicos de información general sobre la patología.

Según las previsiones realizadas refieren que la craneosinostosis es un defecto congénito (presente en el momento de nacer) que causa el cierre prematuro anormal de una o más suturas en la cabeza del neonato. Las suturas son conexiones que separan cada uno de los huesos individuales del cráneo. Este cierre prematuro de una sutura lleva a que se presente una forma anormal de la cabeza.⁽¹⁾

Donde el pediatra necesita poder diferenciar las craneosinostosis verdaderas que requieren tratamiento quirúrgico de aquellas deformidades posicionales, como por ejemplo, la deformidad occipital observada en recién nacidos, con mayor prevalencia a partir de 1992, cuando por indicación de la Academia Americana de Pediatría, se recomendó a los padres que los niños deberían dormir en posición supina, a fin de disminuir la incidencia del síndrome de muerte súbita infantil. Esta deformidad requiere poco manejo, pero implica la necesidad de calmar la preocupación de los padres. Asimismo, deberá saber diferenciar las verdaderas sinostosis congénitas de aquellas adquiridas, como la que presentan los pacientes que poseen sistemas de derivación para la hidrocefalia. Para lograr esto, es necesario saber cuáles son los estudios diagnósticos (radiografías de cráneo y tomografía computada), el momento y la indicación precisa de cada uno, así como el conocimiento de las suturas craneanas normales.⁽²⁾

Uno de los artículos revisados es sobre un estudio que se realizó en el Hospital Infantil de México donde cierto grupo de médicos realiza estudio sobre las craneosinostosis y la mejor manera de corregir estas anomalías craneofaciales que han sido reconocidas y documentadas desde la antigüedad y consideradas en algunas culturas como atributos de belleza y en otras como deformidades que relegan al individuo dentro de la Sociedad. La incidencia en la presentación de anomalías craneofaciales oscila desde la fisura labial incompleta hasta los cuadros sindrómicos en craneosinostosis y fisuras faciales atípicas.

Su frecuencia se estima entre el 1 por 1.000 a 10.000 nacidos vivos; en México un 60% tendrán una supervivencia superior a un año.

Cuando el tratamiento de la craneoestenosis es temprano (antes de los 3 meses), la simple remoción de la sutura afectada garantiza en muchos casos una corrección adecuada. Sin embargo, por encima de los 6 meses, los pacientes presentan significativos cambios secundarios que requieren intervenciones más complejas. El tratamiento quirúrgico va encaminado a corregir la hipertensión endocraneana y a proporcionar corrección estética.

En el Hospital Infantil de México que cuenta con un grupo multidisciplinario de más de 25 años de experiencia en el manejo de anomalías craneomaxilofaciales, con un promedio de más de cien pacientes valorados anualmente. La experiencia quirúrgica del grupo en el tratamiento de craneosinostosis se basa en el uso de cirugía convencional, abordajes amplios, remodelación craneal y osteotomías a cielo abierto con buenos resultados. El inconveniente son las heridas amplias, las hemorragias importantes, la estancia hospitalaria y/o en terapia intensiva prolongada, la recuperación lenta y la moderada morbilidad.

Como resultado de lo anterior, el uso de la cirugía endoscópica o de mínima invasión se ha extendido a la mayoría de las especialidades quirúrgicas. En Cirugía Plástica, desde inicios de los noventa, se emplea en procedimientos de estética facial y en cirugía craneofacial.⁽³⁾

En 1997 y 1998 Tutino y Cols publicaron sus resultados al realizar osteotomías endoscópicas realizadas a través de incisiones mínimas y trépanos, comparando los resultados con las disecciones habituales usando la técnica abierta, con el fin de evaluar los métodos de disección de estructuras craneofaciales con ayuda del endoscopio, los resultados reflejan una disminución del tiempo quirúrgico, del sangrado, de la estancia hospitalaria y de la terapia intensiva. Sus resultados fueron muy alentadores con dos pacientes, aunque al final de la cirugía en ambos casos se realizaron incisiones bicoronales y disección completa para revisar osteotomías y meninges, para evaluar la calidad de los cortes y que no hubiese lesiones.

Dada la cantidad de pacientes con anomalías craneofaciales tratados en el Servicio de Cirugía Plástica y Craneofacial, se desarrolló un protocolo de investigación para el desarrollo de nuevas técnicas de mínima invasión en Cirugía Craneofacial que consiste en una etapa experimental y otra clínica. Presentamos el primer caso tratado en su totalidad con incisiones mínimas y osteotomías amplias en cráneo.

Guilles en la primera mitad del siglo pasado, se adentró en el tratamiento de las anomalías craneomaxilofaciales con osteotomías maxilomandibulares y remodelaciones craneales, pero no fue hasta 1968 con la publicación de la intervención hecha en un paciente con Síndrome de Crouzon por Paul Tessier cuando se inició la era de la Cirugía Craneofacial. Posteriormente, Ortiz Monasterio y sus colaboradores desarrollaron un grupo multidisciplinario de atención para los pacientes con estas deformidades.

El uso de endoscopios en Neurocirugía no es nuevo; en 1910 L'Espinasse utilizó un endoscopio para remover el plexo coroideo durante el tratamiento de un paciente con hidrocefalia; en 1926 el británico Dickson Wright en el Hospital Meida Vale uso un cistoscopio para introducir instrumentos y coagular el plexo coroideo en un caso similar; esta técnica fue adaptada por Griffith y Bristol.

Desde entonces son muchos los esfuerzos hechos para el uso de endoscopios en procedimientos intracraneales, pero la calidad de las imágenes y de las fuentes de luz restringió su uso hasta la década de los ochenta, cuando hubo un resurgimiento en el interés por la neuroendoscopia con el desarrollo de mejores cámaras, endoscopios, monitores y fuentes de luz; recientemente se han utilizado endoscopios tanto rígidos como flexibles en conjunto en la estereotáxia para encontrar cavidades del sistema ventricular, quistes y tumores. Con los recientes refinamientos técnicos en neurocirugía endoscópica y endoscopia visceral se han propiciado notables adelantos en diferentes áreas quirúrgicas.

Dentro de las ventajas más relevantes se incluyen la magnificación del campo visual que permite al cirujano localizar y diseccionar la anatomía quirúrgica más fácilmente mientras se conserva el tejido contiguo intacto.

De acuerdo con los resultados de los estudios cadavéricos y clínicos, se ha encontrado que la cirugía mínimamente invasiva es de gran utilidad en Cirugía Cráneo facial y en Neurocirugía. Se puede acceder al campo quirúrgico mediante mini abordajes, la disección de las estructuras es adecuada, las osteotomías bajo visión endoscópica con la sierra prototipo son de excelente definición, el tiempo quirúrgico se disminuye considerablemente, el acceso a las estructuras anatómicas es fácil, el sangrado menor, se disminuye el tiempo de estancia en cuidados intensivos y de hospitalización total, con una ostensible reducción en el costo total del procedimiento.

Al aumentar la experiencia clínica con el uso de la cirugía endoscópica en Cirugía Craneofacial, podrán optimizarse los tratamientos y estandarizarse los procedimientos quirúrgicos, ofreciendo mejores resultados. Losken en su publicación de seguimiento de 5 a 6 años, refiere cómo uno de los grandes inconvenientes de los avances fronto-orbitarios, el desarrollo inadecuado del seno frontal; las observaciones experimentales en animales de laboratorio sugieren que desvascularizar el borde supraorbitario puede contribuir a un mal desarrollo del seno frontal, por lo que se realizaron los avances mediante visión endoscópica con mínima disección del techo orbitario, reportando buenos resultados en pequeñas series; sin embargo es necesario un seguimiento comparativo de más años para valorar los resultados en el desarrollo del seno frontal.

Han sido diversas las publicaciones sobre procedimientos aislados, presentando todos resultados alentadores que deben confirmarse con seguimiento de 5 a 10 años; sin embargo para aquellos que practican la Cirugía Craneofacial, la posibilidad de reducir la morbilidad durante el procedimiento operatorio y el tiempo de estancia intrahospitalaria ha llegado a ser particularmente importante; la facilidad de utilizar el endoscopio e instrumental adaptado para tal fin, permite al cirujano navegar en el intricado espacio epidural con mínima morbilidad. Actualmente este método es utilizado únicamente en las escafocefalias. Su empleo en malformaciones asimétricas como la plagiocefalia está aún en discusión.⁽²⁾

En otros estudios consultados se encontró que la craneosinostosis primaria (o aislada) es la más común de las sinostosis. En Estados Unidos, se ha estimado que esta enfermedad afecta 1 de cada 2,500 niños recién nacidos. Entre las craneosinostosis primarias más frecuentes se encuentran la sagital y la metópica. La sinostosis sagital produce escafocefalia y se caracteriza por un cráneo largo y estrecho, con prominencias frontales y occipitales. La craneosinostosis metópica produce una cabeza triangular, caracterizada por una cresta que sobresale de la frente, un angostamiento frontotemporal y un diámetro biparietal anormal.

La investigación en craneosinostosis requiere de métodos efectivos para medir la forma de un cráneo. Por esta razón, se han desarrollado metodologías basadas en mediciones univariadas que permiten cuantificar algunos aspectos de la dismorfología craneal. Estos métodos han sido usados hasta ahora para medir la severidad de malformaciones preoperatorias, para comparar la evolución y el resultado de diferentes procedimientos quirúrgicos y para estudiar posibles relaciones causales entre la malformación craneal y el estado neurofisiológico de los niños afectados.

La mayoría de estos métodos construyen índices a partir de distancias lineales, ángulos entre referencias anatómicas definidas, el volumen intracraneal, o descriptores de forma obtenidos a partir de contornos del cráneo. Otros investigadores han definido los índices de severidad para predecir el resultado de terapias usando medidas del volumen intracraneal, del índice cefálico, de la longitud del radio intercoronal e interparietal, de la distancia lineal intercoronal e intraorbital, la razón de la distancia intercantal y la distancia medio facial. Estas cuantificaciones de severidad han sido exitosamente usadas por varios investigadores. Sin embargo, excepto por los trabajos de Richtsmier y colaboradores, su aplicación se ha concentrado en el análisis individual de cada índice en el contexto de pruebas de hipótesis o análisis de regresión lineal univariadas. ⁽⁴⁾

4.2 Conceptualización de enfermería

Es un diagrama conceptual, puede tratarse de una estructura usada para organizar u ordenar una teoría. Es necesario retomar la conceptualización sobre los paradigmas, los cuales han representado un dilema filosófico, epistemológico, ideológico y metodológico, a través de la historia en la investigación, incluida enfermería. Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. El marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad. ⁽⁵⁾

4.3 Paradigmas de Enfermería

● Paradigma

Los paradigmas presentan visiones desde sus componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos y por la relación sujeto/objeto. Los paradigmas en investigación no deben presentar un obstáculo en el desarrollo de la ciencia. Enfermería no ha sido ajena al desarrollo histórico social de los paradigmas; muestra de ello es la producción, tipo y enfoque de las investigaciones realizadas en sus diferentes momentos. Un paradigma no es mejor ni peor entre sí, uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades (prisma) de conocer y comprender el objeto de investigación en estudio. La investigación en enfermería debe contemplar en su malla curricular el abordaje de ambos paradigmas (cualitativo-cuantitativo) y a su vez la investigación debe plantearse

como un eje integrador tanto en el área básica como profesionalizarte. La triangulación es una estrategia que puede ser utilizada en enfermería, pues permite la convergencia de resultados de un mismo objeto estudiado, sin perder la orientación del método.

- Paradigma de la Categorización

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

- Paradigma de la Integración

Este paradigma prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Se ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Marcando dos hechos importantes: la urgencia de programas sociales y desarrollo de los medios de comunicación.

- Paradigma de la Transformación

La Enfermería constituye una peculiar disciplina dentro de las Ciencias de la Salud que sufre, en la actualidad, una transformación paradigmática. La expresión «transformación paradigmática» se refiere a una revolución global de su sentido y de su razón de ser. El cometido fundamental de la Enfermería en este final de siglo consiste en hallar su lugar. Su estatuto y su especificidad en el «corpus de las Ciencias de la Salud». ⁽⁶⁾

4.4 Escuelas del pensamiento Enfermero

- Escuela De Las Necesidades

Florence Nightingale es considerada como la primera teórica de enfermería, Nightingale instauró el concepto de educación formalizada para las enfermeras; tenía la idea de formar su escuela de enfermería. Debido a su prestigio por fin lo consigue.

Las enfermeras de Florence Nightingale pasan a trabajar en otros hospitales dejando de ejercer la enfermería domiciliaria. Las enfermeras reciben un título y son reconocidas por su aportación a la sociedad (implanta un horario y que las enfermeras han de ser remuneradas económicamente)

Se empieza a hablar de la planificación de los cuidados siguiendo un método determinado y empieza a florecer la idea de los cuidados centrados en la persona y no en la enfermedad.

Empiezan a aparecer libros escritos por profesionales enfermeras. Se asume la responsabilidad de la persona cuidada de manera que cada enfermera se encarga siempre de los cuidados de las mismas personas.

- Escuela de la Interacción

La característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. Como representantes de esta escuela S. Kérouac incluye a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.

- Escuela de los Efectos Deseables

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir “este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros”. Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

- Escuela de la Promoción a la Salud

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. M. Allen es la representante de esta escuela.

- Escuela del Ser Unitario

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se situarían M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.

- Escuela Del Caring

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denomina Caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situarían M. Leininger y J. Watson. ⁽⁷⁾

4.5 Teoría general de auto cuidado

● Biografía



Imagen 1. Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era ama de casa que le gustaba leer. Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC. Donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue Nursing: Concepts of Practice, en 1971; mientras prepararon y revisaron Concept Formalization in Nursing: Procces and Product.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 fallece en 2007 alrededor de los 94 años. ⁽⁸⁾

● *Dorothea E. Orem*

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

- Asunción del modelo.

Presupone que el individuo tiende a la normalidad.

El paciente tiene capacidad, quiere participar en el autocuidado.

Práctica de la teoría de Orem.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

- Primer paso

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir

cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

- Segundo paso

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

- Tercer paso

Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

Se lleva a cabo por la enfermera y el cliente juntos. ⁽⁹⁾

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

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. ⁽¹⁰⁾

● Teoría del Autocuidado

- Autocuidado

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Demanda de autocuidado: una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades su capacidad de autocuidado y se hace necesaria la intervención de enfermería misma que se

ve determinada por los factores condicionantes básicos: La intervención implica la valoración en tres aspectos.

1. Requisitos de autocuidado universal

Representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo que mantiene la estructura y funcionamiento humano; en total son ocho y son las siguientes.

- 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 asociado con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
- 5) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
- 7) Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano
- 8) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

2. Requisitos del desarrollo

Son las especificaciones y particulares de la persona que se derivan de una condición o están asociadas a un acontecimiento de la vida y de estos hay dos grupos.

- Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y prevención de efectos negativos.
- Los que mitigan o superan efectos negativos, reales o potenciales.

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

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además están bajo el diagnóstico y tratamiento médico.

● Teoría del Déficit de Autocuidado

De manera que antes de conocer el déficit de autocuidado es necesario valorar primero los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y autocuidado en la desviación de la salud y segundo reconocer los elementos que participan en ello: agente de cuidado, agente de cuidado dependiente y agencia de autocuidado.

Por otra parte el déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos.

- Demanda terapéutica de autocuidado

Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

- Agencia de autocuidado

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

- *La agencia de cuidado dependiente*

Es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado, por las personas que de ellos dependen; principalmente infantes, adultos y adultos mayores dependientes.

- *Déficit de autocuidado*

Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

- *Agencia de enfermería*

Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

● Teoría de Sistemas de Enfermería

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado.

Marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que, “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de las personas para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas:

- De apoyo educativo (*DEJAR HACER AL OTRO*)

Realiza el cuidado terapéutico del paciente

Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado

Apoya y protege al paciente.

- Parcialmente compensatorio (*HACER CON EL OTRO*).

Realiza alguna de las medidas de autocuidado por el paciente

Compensa las limitaciones para realizar su autocuidado

Ayuda al paciente en lo que necesite.

- Totalmente Compensatorio (*HACER POR EL OTRO*)

Realizar el autocuidado

Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado. ⁽¹¹⁾

4.6 Método Enfermero

- Antecedentes Históricos

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Para Carpenito (1981), Enfermería es «un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible»

⁽⁵⁾

En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.



Esquema 1. Orígenes del Proceso Enfermero

● **Objetivos del (P.A.E.)**

Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica, sociocultural y espiritual.

Aunque su principal objetivo del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir de manera individualizada las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Además la identificación de las necesidades *reales* y *potenciales* del paciente, la familia y su comunidad. Comprende 5 etapas:

1. *Valoración:* Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. *Diagnóstico de Enfermería.* Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. *Planificación.* Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. *Ejecución.* Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5. *Evaluación.* Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

● Ventajas del P.A.E.

Las ventajas que se le atribuyen al proceso enfermero como instrumento metodológico son:

Para el usuario:

- Mejora la calidad en la prestación de cuidados ya que permite la consideración del sujeto desde su totalidad e individualidad.
- Posibilita la intervención del usuario al ser éste el centro de todo el proceso. Ya no es un paciente, es un cliente que participa activamente en sus cuidados.
- Mejora la comunicación y la relación enfermera-cliente.
- Permite identificar a los responsables de sus cuidados lo que aumenta la seguridad.

Para la enfermera:

- Aumenta la satisfacción personal y profesional.
- Los cuidados planificados por escrito coordinan esfuerzos de equipo.
- Facilita la comunicación entre profesionales.
- Asegura la continuidad de los cuidados.
- Evita omisiones y /o repeticiones lo que aumenta la eficacia.

● Características

El proceso atención de enfermería puede ser:

- *Sistemático:* Se dirige a un objetivo.
- *Dinámico:* Responde a cambios continuos.
- *Humanístico:* Comprende los problemas de salud de cada individuo y el impacto del mismo en la percepción de bienestar de la persona y la capacidad para las actividades de la vida diaria.

El proceso atención de enfermería puede aplicarse en investigación, docencia, asistencial y gestión. ⁽¹²⁾

- Etapas del Proceso Atención Enfermería

1. Valoración

La valoración es la primera fase de la atención profesional de enfermería pudiéndose definir como: El proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes; éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente.

- *Objetivo*

Su objetivo es reunir información que permite identificar las necesidades del paciente los datos objetivos y subjetivos de las respuestas humanas y/o factores que determinan problemas reales y potenciales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud.⁽¹³⁾

Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

El deber del profesional de Enfermería debe poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: En la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse. ⁽¹⁴⁾

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones: Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud. ⁽¹⁵⁾

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente. Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.

- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
 - Convicciones (ideas, creencias, etc.)
 - Capacidad creadora.
 - Sentido común.
 - Flexibilidad.
- Tipos de Datos.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Datos Subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos Objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos Históricos: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Métodos para obtener datos:

- a) *Entrevista Clínica:* Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal.

La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, estas son: Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.

- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre.

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semi-estructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican.

Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales:

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

Expresiones faciales.

La forma de estar y la posición corporal.

Los gestos.

El contacto físico.

La forma de hablar.

El entrevistador debe de tener empatía, calidez, concreción y respeto.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal.

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador: La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

b) La Observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La Exploración Física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de

órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración. ⁽⁷⁾

Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son:

Sordos: Aparecen cuando se percuten músculos o huesos.

Mates: Aparecen sobre el hígado y el bazo.

Hipersonoros: Cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire.

Timpánicos: Se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.
- La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

Validación de datos.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Es decir debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones. Se consideran datos verdaderos aquellos resultados susceptibles de ser evaluados con una escala de medida

precisa como el peso, talla, etc. Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnósticas y el tratamiento prescritos.

Valoración física

Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mesurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

2. Diagnósticos de Enfermería

Los Lenguajes

Desde hace más de 30 años se discute la necesidad de unificar o estandarizar los lenguajes enfermeros donde este debe de ser estandarizado que sirva para todos los propósitos incluyendo los siguientes.

- Proporcionar a los profesionales un lenguaje de enfermería para comunicar lo que realizan entre ellos mismos con otros profesionales sanitarios y con la población.
- Permite la recogida y el análisis de la información,
- Documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Facilita la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros.
- Favorece el desarrollo del conocimiento enfermero.
- Permite el desarrollo de sistemas electrónicos de información clínica y del registro electrónico del paciente.
- Proporcionar información sobre la formulación de políticas organizativas y públicas respecto a la atención sanitaria y enfermera

- Facilita la enseñanza de la toma de decisiones clínicas a los estudiantes enfermeros.

La contribución de los lenguajes estandarizados entre tres de los lenguajes reconocidos por la American Nurses Association (A.N.A.), los diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

El uso del lenguaje estandarizado de enfermería comenzó durante la década de 1970 con el desarrollo de la clasificación diagnóstica de la NANDA. “Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales y potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable”.

Definición de diagnóstico de enfermería.

El término de Diagnóstico de Enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: La identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

- (Gordon): Diagnóstico de Enfermería son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar.
- (Carpenito): Diagnóstico de Enfermería es una declaración que describe una respuesta humana (estado de Salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones.
- (NANDA) Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable.

Formato P.E.S.

P: Problema, respuesta humana, déficit. Se sustenta en la taxonomía de los diagnósticos de la NANDA.

E: Etiología, factor relacionado. Basada en los *factores relacionados*, situaciones o condiciones causantes del origen de la enfermedad.

S: Sintomatología manifestada. Refiere las *manifestaciones objetivas*, observadas por el prestador del servicio que indican la presencia o ausencia de necesidades.



Esquema 2. Formato P.E.S.
LEO. Guadalupe Yañez Gaona

Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA: Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- *Investigación:* Para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
 - Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
 - Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
 - Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
 - Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos diagnósticos.

- *Docencia:* La inclusión de los Diagnósticos de Enfermería son básicos deben iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos.
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- *Asistencial:* El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de salud.
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia.
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional.
 - Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
 - Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de salud de las hechas por otros profesionales.
 - Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
 - Mejorar y facilitar la comunicación inter e intra-disciplinaria.
- *Gestión:* Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.

- Posibilitar la determinación de los costos reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costos reales de los cuidados brindados al usuario.
- Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.
- Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

3. Planeación

Intervenciones de Enfermería: Son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para prevenir complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico o espiritual y mantener o restaurar la salud.

Son las intervenciones con el cliente/ paciente se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. El enfoque primario de las intervenciones de enfermería son las interacciones transpersonales que ocurre entre la enfermera cliente/paciente.

Plan de cuidados: Planificación de estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente.

Autocuidado de la salud: "Las actividades que realiza cada individuo para mantener su salud y bienestar"

Cuidados independientes: Son las actividades dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizadas a atender gracias a su formación y experiencia práctica. Son aquellas que no requieren orden médica.

Cuidados dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se han de llevar a cabo. (Orden médica).

Documentación en el plan de cuidados de enfermería

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos e intervenciones de forma organizada. Para comunicar el plan de atención de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

El plan de cuidados de enfermería, "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar cuidados de calidad, mediante:

Los cuidados individualizados

La continuidad de los cuidados

La comunicación

La evaluación

Para la actualización de los planes de cuidados debemos tener en cuenta que todos los elementos de lo incluyen son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las intervenciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Partes que componen los planes de cuidados

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.

Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado).⁽¹⁶⁾

Ordenes de enfermería (actividades).

Evaluación (informe de evolución).

- Tipos de planes de cuidados

En la actualidad existen diversos planes de cuidados que permiten la documentación de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones más adecuadas para el cliente. Los más utilizados se describen a continuación:

Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: «Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad». Los planes de cuidados estandarizados se han introducido para facilitar la preparación y el uso de los mismos.

Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, una vez validados e introducidos los datos, se puede crear una versión impresa diariamente, en cada turno o demanda. Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.

Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.

- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del costo-beneficio del servicio hospitalario.
- Cuidados Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

- Etapas en el Plan de Cuidados

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

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Las necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquía de predominio.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

4. Ejecución

Una vez seleccionado el plan más adecuado para la resolución de las necesidades y/o problemas del individuo, familia y comunidad, se procede a la implementación del plan de cuidados de enfermería. Esta consiste en la ejecución y/o delegación de las actividades para lograr los objetivos de la atención planeada. Las acciones deben estar basadas en

principios científicos para que proporcionen una atención de calidad. Es en esta etapa que se toma la decisión sobre la mejor alternativa de ejecución. 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.

De esta manera se dispone razonablemente de sus propias capacidades y de las de otras personas.

- La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:
- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener actualizado el plan de cuidados.

Toda acción de enfermería deberá contestar a sí misma la pregunta del cómo y del porqué de su realización; o sea facilitar y motivar la acción de la enfermera, de acuerdo con sus conocimientos y capacidades, tomando en cuenta bases científicas.

Existen ciertas condiciones en la enfermera para que estas actividades se lleven a la práctica. Es necesario que cuente con: continuo dominio de las relaciones humanas que permitan en todo momento establecer una comunicación y coordinación con el paciente y equipo de salud; capacidad de observación de signos y síntomas que se desvían de lo normal (éstos interpretados correctamente contribuyen a la identificación de necesidades y problemas nuevos del individuo, familia y comunidad); y habilidad de prever posibles complicaciones.

La enfermera profesional debe tener capacidad para analizar los problemas, determinar acciones y organizar los esfuerzos y recursos disponibles para obtener el resultado deseado. Al verificar que lo que debe hacerse se haga, la enfermera profesional lleva a cabo la mayor efectividad del plan de atención, evitando así la aplicación parcial de éste.

Para apreciar todo lo propuesto en el Proceso de Atención de Enfermería, se requiere utilizar sistemas de control o bien sistemas de evaluación para el plan de cuidados.

5. Evaluación

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

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test).

Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión

- verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud)
- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto de la persona

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

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

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

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

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. ⁽⁷⁾

4.7 Relación del proceso enfermero y la teoría

El método enfermero implica el uso de técnicas de recolección y valoración. La esencia de los datos reunidos y su interpretación variaran dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica.

En relación con el método enfermero, Dorothea E. Orem refiere que es un método en el que se requieren dos tipos de operaciones.

Las interpersonales: Condicionantes del medio ambiente y la comunicación con el medio ambiente y la familia.

Tecnológico-profesionales: Considerando cuatro etapas “diagnostico, operaciones descriptivas, reguladoras o de tratamiento y cuidados reguladores”.

● Diagnostico

Valoración y diagnóstico de enfermería

- Pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras.
- Demanda de autocuidado: explorar cada requisito de autocuidado, establecer relación entre los requisitos y precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito.
- Demanda de las capacidades de autocuidado: identifica y describe capacidades de autocuidado determinando los conocimientos del paciente, aptitud y deseos para satisfacer demandas de autocuidado y evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.

De esta interacción se desprenden los diagnósticos de enfermería que no son más que el déficit de autocuidado de la persona.

Operaciones descriptivas

Planificación

- Son juicios prácticos que permiten abordar problemas de los que puede hacer un individuo dadas las circunstancias.
- Utiliza la totalidad de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado. Utiliza el rol enfermera-paciente-agente dependiendo de la regulación del ejercicio de la agencia del autocuidado. Utiliza medios para satisfacer los requisitos de autocuidado, identifica los roles enfermera-paciente-agente de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.
 - Reguladoras o de tratamiento
 - Intervenciones de enfermería
 - Las operaciones reguladoras o de tratamiento se refieren a los sistemas de enfermería el sistema de enfermería se desarrolla a partir de los conocimientos y suele ser enunciado en tres niveles.
 - Acontecimientos
 - Sistemas de enfermería
 - Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.
- Sistema totalmente compensatorio

PACIENTE	ENFERMERA
<p>Asume</p> <p>Incapaz de ocuparse de cualquier acción</p> <p>Incapacidad de controlar sus movimientos</p> <p>Incapaz de ser consciente de la necesidad de ocuparse de sí mismo y de la salud o de tomar decisiones.</p>	<p>Toma decisiones</p> <p>Compensa las capacidades que pueda tener el paciente</p> <p>Apoya y protege al paciente mientras proporciona un entorno apropiado a través de juicios y acciones.</p>

- Sistema Parcialmente Compensatorio

PACIENTE	ENFERMERA
<p>Acepta los cuidados y la ayuda para el autocuidado</p> <p>El paciente tiene limitaciones de la movilidad o de las habilidades de manipulación. Tiene un déficit de</p>	<p>Guía</p> <p>Hace</p> <p>Apoya</p>

<p>conocimientos, habilidades o ambas para satisfacer demandas de autocuidado</p> <p>Tiene una indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado.</p>	<p>Favorece el desarrollo de capacidades</p> <p>Enseña</p>
---	--

- Sistema de apoyo educativo

Paciente	Enfermera
<p>Es capaz de realizar acciones necesarias para su autocuidado y puede aprender a adaptarse.</p>	<p>Auxilia la toma de decisiones</p> <p>Comunica conocimientos y habilidades</p> <p>Es consultora</p> <p>Regula la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.</p>

Cuidados reguladores

Etapa correspondiente a la evaluación y requiere de cuestionamientos por parte de la enfermera y el paciente.⁽¹¹⁾

4.8 Consideraciones Éticas

● Principios Éticos

“Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas”.

Aristóteles

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos.⁽¹⁷⁾

La ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno.⁽¹⁸⁾

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad

● Código de Ética Enfermería

Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

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,
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.

(19)

● **Consentimiento Informado**

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001 presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se enuncian a continuación.

1. Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
2. Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.
4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
5. Atender pacientes solamente cuando se está facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como; aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
6. Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.

7. Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico. ⁽²⁰⁾

Las siguientes son recomendaciones mínimas que debe incluir una carta de consentimiento informado:

No se deben hacer en formas prescritas, cada carta debe ser individual, en todo caso puede ser papel membretado, con información general inicial y espacio en blanco suficiente para poder especificar las condiciones particulares del estudio o procedimiento, pero esto no es solo lo más recomendable.

Suficiente tiempo para leerlo y para responder dudas.

Es conveniente dar una copia al paciente

Siempre debe solicitarse antes de cualquier procedimiento.

Siempre firmado y fechado

En el caso de cartas de consentimiento para proyectos de investigación, debe estar firmado por quien conduce el procedimiento de solicitud de consentimiento y por el investigador responsable.

Disponible para cualquier auditoria.

Consentimiento implícito.

Cuando un paciente llega a la puerta de un consultorio y solicita consulta, no es necesario hacerle firmar ningún documento. Su simple presencia, voluntaria, significa que está de acuerdo con iniciar con la atención del médico. Cuando los papas llevan a consulta a su médico pasa algo semejante. Sin embargo este consentimiento implícito para iniciar la relación paciente-médico no significa necesariamente que el medico pueda realizar cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico sobre el paciente.

El solicitar un consentimiento informado en forma anticipada le permitirá tener tiempo para explicar los objetivos y los alcances del procedimiento o del proyecto de investigación. Sin embargo ante embarazos de alto riesgo es posible que ni siquiera podamos asegurar que el neonato nacerá vivo. Los padres pueden aumentar su angustia si se les da información sobre un proyecto de investigación antes de que se supiera realmente las posibles complicaciones que tendrá su hijo. Podría incluso hacerse una falsa idea del tratamiento, el pronóstico de la angustia de no caer en el grupo de estudio en caso de proyectos aleatorios.

⁽²¹⁾

La protección de los recién nacidos en proyectos de investigación.

Además de los padres, la seguridad y la vida de un recién nacido grave y sobre todo de aquel que vaya a participar en un proyecto de investigación, debe de ser vigilada por todos los involucrados en su atención.

El investigador

El o los patrocinadores del proyecto

Las instituciones hospitalarias

Los CBH

Agencias reguladoras de la Secretaría de Salud

La comunidad en general a través de organizaciones civiles.

La idea es que la práctica de la neonatología sea transparente no solo científica sino humanamente de Excelencia.

● **Expediente Clínico**

El expediente clínico es un documento técnico médico, que cumple diversos objetivos, entre los que se cuentan:

- Servir como protocolo de estudio en la investigación clínico de un solo caso.
- Recopilar y almacenar datos en forma ordenada y sistemática sobre el paciente y su entorno.
- Establecer el estado de salud o enfermedad del individuo.
- Marcar los problemas a resolver.
- Establecer una ruta crítica para la resolución de la problemática establecida.
- Conservador los datos de las diferentes etapas que se siguen para la resolución de problemas.
- Monitorizar la evolución, retroalimentar el proceso de investigación para actualizar y mejorar la toma de decisiones.

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

1) Del expediente en consulta externa

Deberá contar con:

Historia Clínica.

- Nota de evolución.
- Nota de referencia/traslado.
- De las Notas Médicas en Urgencias
Inicial.
- De referencia/traslado.
- De las notas médicas en Hospitalización
De ingreso
Historia clínica.
Nota de evolución.
Nota de referencia/traslado.
Nota Pre-operatoria
Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.
Nota Post-operatoria.
Nota de egreso.
- De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar
Hoja de enfermería.
De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Otros documentos

Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

El nombre completo y firma de quien los elabora;

Un encabezado con fecha y hora ⁽²²⁾

● **Derechos del Recién Nacido**

De acuerdo a varias organizaciones nacionales e internacionales los derechos de los recién nacidos se han diversificado de diferentes maneras.

La "ANPREN" es la Asociación Nacional de Protección al Recién Nacido que se encarga del cuidado de los Derechos del Niño desde su nacimiento, vigilando su integridad física, anímica, jurídica, política y biosocial.

- 1°. Derecho sea asistido en el momento de mi nacimiento sin importar raza, credo o nacionalidad por personal idóneo y en centros hospitalarios calificados.
- 2°. Derecho a que se me autorice nacer en cualquier centro hospitalario sin importar si tengo o no constancia de afiliación.
- 3°. Derecho a que sea ligado mi cordón umbilical se me permita rescatar la sangre placentaria de mi progenitora colocándome unos segundos al nivel de su pelvis y que su ligadura final sea hecha a 5 cm. De mi pared abdominal una vez establecida mi respiración normal.
- 4°. Derecho a los segundos de haber nacido se me practique pronta y cuidadosa valoración, previa e inmediata limpieza de mis vías aéreas y de la comprobación de mi permeabilidad recto-anal y esofágica. Además de conocer la calificación de Apgar, Silverman y Capurro.
- 5°. Derecho a permanecer en el regazo materno para que naturalmente roce el pezón de sus senos e inicie mi amamantamiento temprano, única, amorosa, calmada y

privacidad. Que me sean proscritos los sucedáneos lácteos fabricados, e igualmente el uso de los biberones, así como las infusiones de hojas llamadas popularmente tés, porque estos disminuirán el insustituible nutriente que me prodiga mi madre y engañarán a mi apetito.

- 6°. Derecho a como niño-individuo que soy se respete mi decisión de no mutilar mi prepucio sano a través de la anticientífica circuncisión con el propósito de que permanezca natural, para mi higiene genital temprana y todo lo que ello representará para mi futuro. Que siendo niñas nunca se nos practique la clitoridectomía.
- 7°. Derecho a que se me proporcionen las vacunas antituberculosa y antipoliomielítica, la de la hepatitis B se me ministre un miligramo de la vitamina K1 para compensar mi inmadurez hepática y mi tendencia a la hemorragia y se me administren las gotas oculares antisépticas que prevengan la infección de mis ojos.
- 8°. Derecho sea registrado en el mismo lugar en donde nazca, me sean colocadas mi pulsera de identificación anexándose los nombres de mis progenitores, mis huellas palmo-plantares y mis marcas de nacimiento, a fin de dificultar el robo y demás ilícitos.
- 9°. Derecho a que no se me comprima con la venda o el fajero abdominal a fin de que pueda respirar y digerir normalmente; a que mi ropa abrigadora no me ajuste y me deje marcas en mi piel y que sea confeccionada con fibras naturales que absorben mejor mi sudoración y son más hipoalergénicas.
- 10°. Derecho a la alimentación con lenguajes de amor, con el horario libre que al principio establezca y después con el cercano a las 3 horas en la mayoría de las veces y permitiéndome amamantar al pecho de mi madre cuando menos 15 minutos de cada lado sin que se olvide mi eructación.
- 11°. Derecho a que se conmemore los "5 de marzo" como el Día Mundial del Recién Nacido. ⁽²³⁾

● **Derechos del Recién Nacido Prematuro**

- La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
- Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
- El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
- Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
- Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
- Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder cuando sale del hospital a programas especiales de seguimiento.
- La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
- El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.
- Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término. ⁽²⁴⁾

4.9 Daños a la Salud (Patología)

El pediatra suele ser el primer médico en examinar a un recién nacido, por lo que tiene la posibilidad de reconocer oportunamente, anomalías de la cabeza. El conocimiento de las particularidades del cráneo de los neonatos y de los datos clínicos a investigar en la exploración neurológica al elaborar la historia clínica, son las herramientas que le permiten detectar signos de enfermedad; el cráneo se le evalúa por su forma, tamaño, suturas y las fontanelas, ya que estas estructuras proporcionan información útil acerca de su contenido: el cerebro.

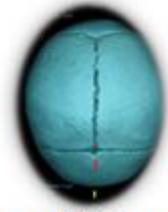


Imagen 2. Fusión de las suturas del cráneo

● Desarrollo del cráneo

Embriológicamente el neurocráneo tiene dos orígenes; una parte membranosa que forma la bóveda, y una parte cartilaginosa que da origen a su base. Su desarrollo inicial depende del desarrollo cerebral y de las membranas subyacentes a éste, incluyendo a la duramadre. La membrana inicial derivada del mesodermo y del ectomesénquima de la cresta neural, se subdivide internamente en la endomeninge, y más superficialmente en la ectomeninge. La ectomeninge se subdivide en: 1) Capa osteogénica externa, cuyos centros de osificación originan los huesos frontal y parietal, así como las partes escamosas del occipital y de los huesos temporales.

Las áreas intermedias constituyen las suturas y las fontanelas; y 2) Capa interna, de la cual se deriva la duramadre. Por otra parte, la endomeninge da origen a una capa externa o aracnoides, y a una capa interna conocida como piamadre.

Los huesos planos del cráneo se desarrollan a partir del cráneo membranoso; por medio de espículas radiadas originadas desde un centro primario de osificación huesos membranosos se amplían por una reabsorción central y por agregación de nuevas placas hacia los bordes de las suturas. Las células de las crestas neurales contribuyen a la formación de algunos elementos esqueléticos de la cabeza.

Tamaño de la cabeza. El tamaño varía con la edad, sexo, grupo étnico y talla; la herencia es un factor importante. La circunferencia del cráneo se obtiene midiendo el perímetro cefálico occipitofrontal (PC), es recomendable usar, con este propósito, una cinta metálica.

El crecimiento del cráneo está supeditado al desarrollo cerebral, por lo que cualquier variación del PC debe alertar sobre un trastorno cerebral. Tomar una fotografía del neonato y compararla en una evaluación posterior, es útil para reconocer cualquier cambio. El cerebro crece rápido, logrando 90% de su volumen al cumplir el primer año de vida. Así, mientras en el neonato a término el PC es de 35 ± 2 cm, al año llega a ser de 45 a 49 cm. La razón cráneo-cara del recién nacido es de 8:1, con franco predominio de la porción craneal sobre la facial; en contraste en el adolescente la razón es de 2:1. Hacia la periferia. Estos islotes de hueso irregular, son remodelados en láminas aplanadas por la actividad osteoclástica.

Fontanelas y suturas. Las fontanelas son las membranas fibrosas que cubren las cavidades que se encuentran entre la unión de dos huesos, mientras que las suturas son estructuras estrechas de tejido conectivo, que se encuentran separando los huesos planos del cráneo.

En la etapa neonatal hay seis fontanelas, una anterior, una posterior, dos anterolaterales (esfenoideas) y dos posterolaterales (mastoideas). Estas últimas son pequeñas e irregulares y se cierran entre los dos o tres meses de edad. También hay otras suturas: la metópica situada en la línea media entre los dos frontales; la mendosa en la concha del occipital; y la sutura medial entre los núcleos interparietales; estas suturas son difíciles de identificar aun mediante neuroimagen.

Además la sutura coronal situada entre el frontal y los parietales; la sagital entre los parietales; la lambda entre los parietales y la concha del occipital; por último, las dos suturas parietotemporales. Las suturas van cerrándose paulatinamente. En el neonato a término hay una separación de 3 a 10 mm; en el niño prematuro ésta es de 11 a 15 mm; para los dos años de edad, éstas serán menores a 2 mm. ⁽²⁵⁾

- El cráneo del neonato

Está conformado por seis huesos craneales separados (el hueso frontal, el hueso occipital, dos huesos parietales y dos huesos temporales). Estos huesos se mantienen unidos por tejidos elásticos, fibrosos y fuertes denominados suturas craneales.

Los espacios entre los huesos donde están las suturas, denominados algunas veces "puntos blandos", reciben el nombre de fontanelas y son una parte del desarrollo normal. Los huesos del cráneo permanecen separados aproximadamente durante 12 a 18 meses,

luego se juntan o fusionan como parte del crecimiento normal y permanecen fusionados durante toda la vida adulta.

Generalmente se observan dos fontanelas en el cráneo de un recién nacido: una en la parte superior en la mitad, justo hacia delante del centro, y otra en la parte de atrás en la mitad. Al igual que las suturas, las fontanelas gradualmente se convierten en áreas óseas cerradas y sólidas. La fontanela posterior (en la parte de atrás de la cabeza) generalmente se cierra para el momento en que el bebé tiene 1 o 2 meses de edad o ya puede estar cerrada al nacer. La fontanela anterior (en la parte de arriba de la cabeza) generalmente se cierra en algún momento entre los 9 y los 18 meses de edad.

Las suturas y fontanelas son necesarias para el desarrollo y el crecimiento del cerebro del neonato. Durante el parto, la flexibilidad de estas fibras permite que los huesos se superpongan, de tal manera que la cabeza pueda pasar a través del canal de parto sin presionar ni dañar el cerebro del bebé.

Las fontanelas son las "partes blandas" de la cabeza del neonato que están en el sitio donde las placas que forman el cráneo todavía no se han unido. Es normal que los niños menores de un año tengan estas "partes blandas", las cuales pueden verse y palpase en la parte superior y posterior de la cabeza. Las fontanelas que son anormalmente grandes pueden indicar la presencia de una condición médica.

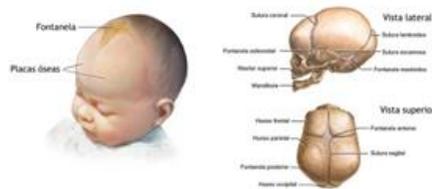


Imagen 3. Estructura del Cráneo en el Recién Nacido (fontanelas y suturas).

Durante la lactancia y la niñez, las fibras son flexibles, lo cual permite que el cerebro crezca rápidamente y lo protege de impactos menores a la cabeza, como cuando el bebé está aprendiendo a levantarla, a voltearse o a sentarse. Sin suturas y fontanelas flexibles, el cerebro del bebé estaría constreñido dentro de los huesos craneales, podría no crecer lo suficiente y se produciría daño cerebral.

La palpación de las suturas y de las fontanelas craneales es una de las maneras por medio de las cuales los médicos y enfermeras determinan el crecimiento y el desarrollo de los

niños. Ellos pueden evaluar la presión intracerebral palpando la tensión de las fontanelas, las cuales deben ser planas y firmes. Las fontanelas abultadas o que protruyen pueden ser un signo de un aumento en la presión dentro del cerebro. En este caso, es posible utilizar técnicas imagenológicas como una tomografía computarizada o una resonancia magnética. Asimismo, se puede necesitar la cirugía para aliviar el incremento en la presión. Las fontanelas hundidas y deprimidas algunas veces son un signo de deshidratación. (26)

- Pautas de diagnóstico de anomalías

Fontanela pequeña, cierre temprano de suturas. El cierre precoz de las suturas craneales (o craneosinostosis) origina una forma anormal del cráneo, dependiendo de las suturas afectadas, aunque es la sagital la más afectada. (25)

Puede ser difícil de reconocer el cierre prematuro de las suturas, por lo que es preciso vigilar el PC para llegar a identificar éste problema oportunamente. La craneosinostosis suele estar asociada a una fontanela pequeña y a un desarrollo anormal del cerebro. Su origen puede ser genético, ambiental teratogénico e idiopático. Se ha asociado también a factores intrauterinos con restricción de los movimientos del feto: condicionado por la posición anormal in útero, embarazos múltiples, oligohidramnios y trabajo de parto prolongado. Otras entidades asociadas a craneosinostosis son el hipertiroidismo, la hipofosfatemia, el raquitismo, el hiperparatiroidismo, los síndromes de Apert, Crouzon, Pfeiffer y cincuenta síndromes más. Los factores teratogénicos incluyen sustancias como: fenitoína, retinoides, valproato, metotrexato, fluconazol y ciclofosfamida.

Podemos comparar al cráneo con una esfera constituida por fragmentos o piezas óseas próximas entre sí que, con la edad, acaban ensamblándose definitivamente constituyendo un todo. Esta esfera sirve de continente al órgano más sofisticado de la Naturaleza: el cerebro que, en la especie humana, es especialmente voluminoso. Las líneas que, en la vida fetal y primeros meses de la vida, separan a los huesos constituyentes del cráneo, se denominan suturas y a los huecos que quedan en la confluencia de varias suturas, fontanelas.



Imagen 4. Estructura del Cráneo en el Recién Nacido

La existencia transitoria de suturas y fontanelas tiene un claro sentido: el continente óseo que actúa como protección de un órgano tan vital y delicado como el cerebro, tiene que permitir el crecimiento del mismo y, concluido éste, ser lo más hermético posible para incrementar su función protectora. Pero no es solo esto. El diámetro del cráneo en el recién nacido es algo mayor que el del canal del parto por el que debe pasar durante el alumbramiento. En tales condiciones solo el solapamiento (a cabalgamiento de unos huesos sobre otros) que hace posible la existencia de las suturas, permite el paso. De hecho, en los casos en que la cabeza es patológicamente grande (caso de la hidrocefalia) el parto vaginal es imposible.

Como anteriormente se ha indicado, para mejorar la función protectora del cráneo éste llega a constituirse en una esfera más o menos hermética. Para ello deben desaparecer fontanelas y suturas. Este proceso tiene una cronología relativamente fija (descrita más adelante) que puede verse interferida por múltiples circunstancias patológicas determinando, unas veces, un retraso en los cierres y, otras, un cierre excesivamente precoz, es decir establecido antes de que haya concluido el proceso de crecimiento normal del cerebro. De ésta última situación es de la que nos ocupamos.

El cierre prematuro de una, varias o todas las suturas se denomina craneosinostosis (del griego sinostosis = cierre) y, su resultado, craneoestenosis (del griego estenosis = estrechez) y comportan, siempre, alteraciones en el volumen o en la morfología del cráneo y la cara y, solo en algunas ocasiones, alteraciones clínicas y de la función cerebral (vómitos, cefaleas, déficit neurológicos tales como retraso mental, ceguera, etc.).

Para comprender los resultados del cierre prematuro de una sutura es esencial referirse a la denominada ley de Virchow según la cual al soldarse precozmente una sutura craneal se altera el crecimiento óseo y éste, que normalmente tiene lugar en sentido perpendicular a dicha sutura), pasa a realizarse en sentido paralelo a la misma ocasionando una alteración en la forma definitiva de la cabeza.⁽²⁷⁾

● Concepto

El cráneo normal consta de varias placas óseas separadas por suturas (articulaciones fibrosas). A medida que el neonato crece y se desarrolla, estas suturas se cierran y se forma una pieza ósea sólida llamada cráneo.

La craneosinostosis es un defecto congénito (presente en el momento de nacer) en el que las suturas se cierran demasiado pronto, lo que origina problemas en el crecimiento normal del cráneo y del cerebro. Este cierre prematuro de las suturas también puede provocar un aumento de la presión dentro de la cabeza y un cambio en el aspecto normal y simétrico de los huesos faciales o del cráneo.

Al cerrarse prematuramente una sutura, el cerebro y el cráneo se desplazan como un mecanismo compensador del crecimiento en sentido perpendicular a las suturas cerradas a través de las suturas adyacentes que permanecen abiertas. El neonato con craneosinostosis presenta cabalgamiento de las suturas, o falta de movimiento cuando se alterna un poco de presión a través de ellas en forma gentil.

Es importante distinguir entre el moldeamiento propio del nacimiento, una plagiocefalia posicional sin sinostosis y una verdadera craneosinostosis.

Las craneosinostosis se pueden presentar en forma aislada y espontánea, o pueden estar asociadas a otras anomalías constituyéndose así en un síndrome. Se conocen más de 90 síndromes que involucran craneosinostosis, las cuales los más comunes son: Síndrome de Crouzon, Apert, Pfeiffer, Saethre Chotzen, etc.

● Etiología

La craneosinostosis se presenta en uno de cada 2200 nacidos vivos y afecta a los niños con una frecuencia dos veces mayor que a las niñas. Este trastorno suele ser esporádico (ocurre por azar). En algunas familias, la craneosinostosis se hereda de una de las siguientes maneras:

- gen autosómico recesivo

Autosómico recesivo significa que se necesitan dos copias del gen para que el trastorno se manifieste, una heredada del padre y otra de la madre, que son portadores. Los padres

portadores tienen un 25 por ciento (una en cuatro) de probabilidades en cada embarazo de tener un niño con craneosinostosis. Afecta a ambos sexos en igual proporción.

- gen autosómico dominante

Autosómico dominante significa que se necesita un gen para que el trastorno se manifieste, y el gen se transmite del padre o la madre al hijo con un riesgo del 50 por ciento en cada embarazo. Aquí también ambos sexos se ven afectados en igual proporción.

La craneosinostosis es una característica de muchos síndromes congénitos diferentes que tienen una variedad de patrones de herencia y probabilidades de repetición, según el síndrome específico presente. Es importante examinar minuciosamente al niño así como a los miembros de la familia para buscar señales de una causa sindrómica (trastorno genético hereditario) de la craneosinostosis como por ejemplos, defectos de las extremidades, anomalías del oído o la oreja o malformaciones cardiovasculares.

Sin embargo, la mayoría de los casos de craneosinostosis ocurren en una familia sin antecedentes de la enfermedad y los niños que la padecen, a excepción de esto, son sanos y tienen una inteligencia normal. Existen diferentes tipos de craneosinostosis, siendo la sinostosis sagital (escafocefalias) el tipo más común, que afecta la principal sutura (sagital) bien en la parte superior de la cabeza. ⁽²⁾

El cierre prematuro fuerza a la cabeza a crecer en forma longitudinal y angostarse, en lugar de crecer a lo ancho. Los bebés con este tipo de craneosinostosis tienden a tener una frente ancha y es una afección más común en los niños que en las niñas.

La plagiocefalia frontal es la siguiente forma más común; corresponde al cierre de un lado de la sutura que va de un oído al otro, en la parte superior de la cabeza, y es más común en las niñas.

La sinostosis metópica es una forma rara de craneosinostosis que afecta la sutura cercana a la frente. La forma de la cabeza del niño se puede describir como trigonocefalia y la deformidad puede variar de leve a severa. ⁽²⁸⁾

● Fisiopatología

Existen diversos tipos de craneosinostosis, los cuales reciben nombres diferentes, según qué sutura, o suturas, están comprometidas. Entre estos nombres se encuentran los siguientes:

De acuerdo al número de suturas involucradas puede ser:

- Craneosinostosis de una sola sutura
- Craneosinostosis de doble sutura
- Craneosinostosis compleja
- Secundaria cuando está asociada a algún padecimiento conocido: hipertiroidismo y raquitismo.
- Síndrónica: cuando forma parte de la patología de un síndrome como Apert, Crozon, Carpenter.

Braquicefalia: Es el cierre precoz de la sutura coronal que separa a los huesos parietales del frontal. El cráneo no puede crecer en el sentido anteroposterior y queda acortado (braquicefalia). La frente está aplanada y ensanchada y las órbitas tienen el aspecto de “órbitas de arlequín”. Puede ocasionar incluso deficiencia mental.

Es más común en varones. El cierre de la sutura coronal está a menudo asociado con síndromes genéticos.

Si el cierre prematuro se limita a una sutura coronal el resultado es la plagiocefalia aunque este tipo de deformidad craneal puede tener otras causas. La plagiocefalia es el tipo de craneosinostosis que se presenta con mayor frecuencia y se produce en uno de cada 2500 nacimientos. Implica la fusión del lado izquierdo o el derecho de la sutura coronal que se extiende de oreja a oreja (lo que se denomina sinostosis coronal). Por lo tanto, se produce un aplanamiento de la frente y la ceja del lado afectado mientras que la parte de la frente en el lado opuesto tiende a ser excesivamente prominente. Además, es posible que el ojo del lado afectado presente una forma diferente y que se produzca el aplanamiento de la parte posterior de la cabeza (región occipital). La sinostosis de la sutura lambda unilateral también puede provocar plagiocefalia. Es importante recalcar que la plagiocefalia va a producir un cráneo asimétrico, independiente de qué sutura se cerró.



La forma posicional es la causa más común de plagiocefalia, ocurre por adoptar la misma posición ya sea al dormir o dentro de la matriz. Por lo general no es necesaria una intervención para corregir este problema.

Plagiocefalia: implica la fusión del lado izquierdo o derecho de la sutura coronal que se extiende de oreja a oreja, lo que se denomina sinostosis coronal y da por resultado la



interrupción del crecimiento de la frente y el ceño. Por lo tanto, se produce un aplanamiento de la frente y la ceja del lado afectado mientras que la parte de la frente en el lado opuesto tiende a ser excesivamente prominente. Además, es posible que el ojo del lado afectado presente una forma diferente y que se produzca el aplanamiento de la parte posterior de la cabeza (región occipital). La sinostosis de sutura lambda unilateral también puede provocar plagiocefalia.

La *plagiocefalia deformativa* (o posicional) hace referencia a la cabeza deformada (asimétrica) causada por la presión repetida sobre la misma zona de la cabeza. Esto no es una verdadera sinostosis. Puede ser causada cuando la parte del cráneo (hueso occipital) que es dependiente (en una posición) se aplana debido a la presión, por ejemplo, cuando se duerme sobre esa parte del cráneo.

La cantidad de neonatos con plagiocefalia deformativa ha aumentado durante los últimos años. Este aumento puede ser el resultado de la campaña “Back to Sleep” realizada por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) para ayudar a prevenir el síndrome de muerte súbita infantil (SIDS, por sus siglas en inglés), aunque otros factores pueden causar este tipo de plagiocefalia.



Imagen 7. Vista frontal de la Plagiocefalia

Trigonocefalia: es la fusión de la sutura metópica (frente), la cual se extiende desde la parte superior de la cabeza, pasando por la línea media de la frente, hacia la nariz. El cierre prematuro de esta sutura puede provocar un borde prominente que atraviesa la frente.

Algunas veces, la frente parece bastante puntiaguda, como un triángulo, y los ojos se encuentran muy juntos (hipotelorismo).

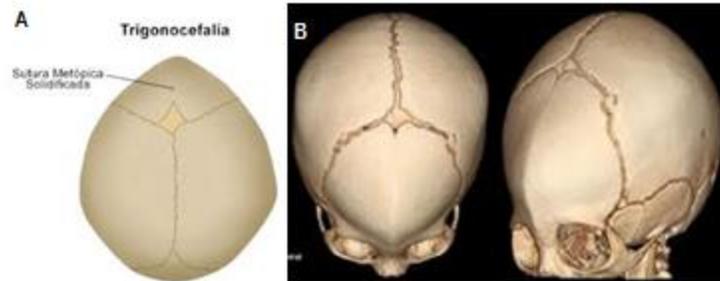


Imagen 8. A) Vista de la sutura metópica la cual le da forma en V ocurre en la parte frontal del cráneo. B) Vista 3D de la Trigonocefalia.

Escafocefalia: el tipo más común, que afecta la principal sutura (sagital) bien en la parte superior de la cabeza. El cierre prematuro fuerza a la cabeza a crecer en forma longitudinal y angostarse, en lugar de crecer a lo ancho. Los bebés con este tipo de craneosinostosis tienden a tener una frente ancha y es una afección más común en los niños que en las niñas. Es el cierre prematuro de la fusión de la sutura sagital, la cual se extiende de adelante hacia atrás, por el medio de la parte superior de la cabeza. Esta fusión provoca que el cráneo adopte una forma larga, desde la parte anterior a la posterior, y estrecha, de oreja a oreja. Al no poder crecer la cabeza a lo ancho, la cabeza se alarga en el sentido anteroposterior y la región frontal y occipital se abomba para compensar. La cabeza está alargada y el eje transversal está disminuido, de ahí que adopte también el nombre de dolicocefalia (cabeza alargada).



Se suele palpar una cresta ósea a lo largo de la sutura, lo que da el aspecto a la cabeza de una quilla de barco (escafocefalia). No suelen presentar síntomas neurológicos, puesto que el volumen intracraneal necesario es compensado por el crecimiento del resto de huesos y suturas.

Turricefalia: Se trata de una forma compleja, es decir una modalidad de craneosinostosis en la que se encuentran involucradas varias suturas. Esencialmente el crecimiento del cráneo es hacia arriba recordando la forma final al de una torre. Puede ser causa de retraso mental y trastornos visuales por acodamiento del nervio óptico.



Figura 10. La oxicefalia es la mas grave de las craneosinostosis debido a la fusion de la sutura coronal.

Oxicefalia: Es la fusión de la sutura coronal lambdaoidea bilateral y sagital. El recién nacido presenta una frente hacia atrás en continuidad con el dorso nasal. Es de desarrollo lento (no aparece en recién nacidos), con síntomas de compresión del sistema nervioso central y ceguera a los 4 años. Radiográficamente encontramos un hueso frontal que está inclinado hacia atrás con digitaciones.

- Síndromes asociados:

Hay varios síndromes que están asociados a la craneosinostosis. Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

Síndrome de Crouzon: Es el más común de los síndromes. Está asociado con craneosinostosis bilateral coronal, anomalías de la cara, protrusión de los ojos y obstrucción de la vía respiratoria. Cerca del 30% de los afectados tendrán también hidrocefalia. Generalmente no hay anomalías de las piernas y la inteligencia generalmente es normal. Un tercio de los casos ocurre espontáneamente.



Imagen 11. Síndrome de Crouzon de origen genético se caracteriza por malformaciones del craneo y cara.



Imagen 12. Síndrome de Apert enfermedad genética donde las suturas del craneo se cierran mas temprano de lo normal afectando la cabeza y la cara.

Síndrome de Apert: Este síndrome está también caracterizado por craneosinostosis bilateral coronal con una cabeza de tipo alta y acortada. Puede haber además deformidades de la mano, codo, cadera y rodilla. La cara tiene una apariencia clásica con protrusión de los ojos que además se encuentran más separados de lo normal y los párpados están caídos, la nariz tiene forma de gancho. Generalmente es hereditaria. Puede ser causa de retraso en el desarrollo y el retardo mental aparece en el 50-85% de los casos.

Síndrome de Carpenter: Este síndrome está asociado con la sinostosis de las suturas sagital y lambdaoidea y es causa de anomalías en las extremidades que pueden incluir dedos extra en los pies y anomalías del corazón.

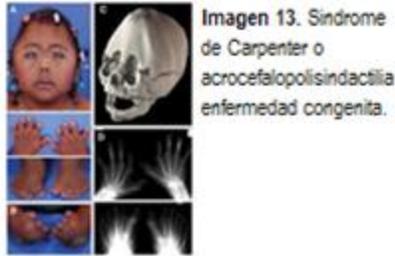


Imagen 13. Síndrome de Carpenter o acrocefalopolisindactilia enfermedad congénita.

Síndrome de Pfeiffer: Descrito en 1964 por Pfeiffer. Se trata de una craneosinostosis secundaria a sinostosis coronal y, a veces, sagital. Es hereditaria. Puede ser causa de exoftalmos (ojos saltados) e hipertelorismo (ojos muy separados) con hendiduras palpebrales caídas hacia abajo; hipoplasia (falta de desarrollo) de tercio medio que da lugar a mordida abierta. Problemas en los dedos del pie. No hay retraso mental. ⁽²⁷⁾



Imagen 14. Síndrome de Pfeiffer

- Diagnóstico

El diagnóstico se realiza luego de un examen físico detallado y las pruebas de diagnóstico.

En el examen, se obtendrá los antecedentes prenatales y de nacimiento del neonato y averiguará si existen antecedentes familiares de craneosinostosis u otras anomalías de la cabeza o del rostro. Los retardos del desarrollo a menudo requieren un seguimiento médico más exhaustivo para poder así evaluar los problemas subyacentes.

Durante el examen, se toma una medida de la circunferencia de la cabeza del neonato y se representa en una gráfica para identificar los valores normales y anormales.

Los exámenes de diagnóstico que pueden realizarse para confirmar la craneosinostosis incluyen:

Radiografías de la cabeza, examen de diagnóstico que utiliza rayos de energía electromagnética invisible para obtener imágenes de los tejidos internos y los huesos de la cabeza en una placa radiográfica.

Tomografía computarizada procedimiento de diagnóstico por imágenes que utiliza una combinación de radiografías y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, el tejido

adiposo y los órganos. Las tomografías computarizadas muestran más detalles que las radiografías generales. ⁽²⁹⁾

El diagnóstico de una craneosinostosis es en general muy sencillo y usualmente es motivado por una deformidad craneal detectada por el pediatra o los padres al nacimiento o durante los primeros meses de vida, sin embargo es de hacer notar que una cabeza deformada al nacimiento no siempre es el resultado de una craneosinostosis.

El examen físico incluye la exploración neurológica y el tacto del cráneo para detectar los rebordes de la sutura y las fontanelas, y la comprobación de la posición del cuello y otras posibles deformidades.

En general, la simple observación de la morfología del cráneo del lactante es suficiente para tener una alta certeza del diagnóstico. Un evento que ocurre con cierta frecuencia es el cierre precoz de la fontanela anterior, lo cual alerta al pediatra y /o los padres. Es importante mencionar que el cierre precoz de la fontanela no necesariamente significa que haya craneosinostosis, de hecho, la gran mayoría de las veces, es un evento aislado y en general sin trascendencia.

Para confirmar del diagnóstico usualmente se solicitan una Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción tridimensional (TAC -3D). Para el descarte de alguna malformación intracerebral adicional se solicita Resonancia Magnética Nuclear Cerebral (RMN). Estos exámenes, son útiles para el diagnóstico y para la planificación del tratamiento quirúrgico. ⁽²⁸⁾

El diagnóstico puede comenzar con un examen por el neurocirujano pediátrico y el cirujano craneofacial. Una cabeza deformada al nacimiento no siempre es el resultado de la craneosinostosis. El historial inicial incluye preguntas sobre la posición fetal anormal y la contracción del cuello, que puede causar deformidades posicionales y no requerir la cirugía. El examen físico incluye el tacto cuidadoso del cráneo para detectar los rebordes de la sutura y puntos débiles, o fontanelas, y la comprobación de la posición del cuello y otras deformidades. Se toman las medidas de la cara y la cabeza del niño. Se pide a la tomografía computarizada, una serie de las imágenes fotográficas del cerebro, ya que ellos proporcionan el método más confiable de diagnosticar la fusión prematura de la sutura. Estas son necesarias al planificar la corrección quirúrgica. ⁽²⁾

● Tratamiento

El tratamiento de las craneosinostosis es la corrección quirúrgica de la (o las suturas) precozmente fusionada o cerrada. La opción de observar o no tratar quirúrgicamente esta condición no es recomendable por el potencial riesgo de hipertensión intracraneal que existe, el cual depende la sutura anatómica afectada (ej.: sutura sagital: 15 % riesgo) y de si están afectadas más de una sutura. De hecho, la afectación de varias suturas acarrea mayor riesgo de hipertensión intracraneal.

Como no hay forma de predecir cual lactante desarrollara hipertensión intracraneal en el futuro, la recomendación universal es la de tratamiento quirúrgico. El uso de cascos o bandas craneales, aun cuando se usan en los casos de deformidad posicional, no tienen ninguna indicación en el tratamiento de una verdadera craneosinostosis.

Hay múltiples técnicas descritas para lidiar con esta condición y aquella a ser utilizada dependerá del neurocirujano, sin embargo, en la actualidad, la mayoría incluyen la remoción quirúrgica de la(s) sutura(s) afectadas y la remodelación simultanea del cráneo, ya que de esta manera se elimina de inmediato el riesgo de hipertensión intracraneal, se logra un efecto cosmético extraordinario y los chances de recurrencia son menores sin agregar riesgos significativos al lactante.

La edad ideal recomendada para esta cirugía es entre los 3-6 meses (pero usualmente es cuando se hace el diagnostico) y nunca constituye una emergencia. Adicionalmente, desde el punto de vista práctico, esta cirugía es esencialmente curativa (para aquellas craneosinostosis no sindrómicos) y sin consecuencias futuras. ⁽²⁷⁾

Hay una condición sumamente frecuente y que se confunde con una verdadera craneosinostosis, se trata de la deformación craneal posicional. Estos son lactantes que presentan una deformidad en su cráneo motivo por el cual consultan. Su examen neurológico y estudios radiológicos: TAC cerebral 3-D, y RMN cerebral, muestran que todas las suturas están presentes y se ven permeables, es decir, sin evidencia de craneosinostosis.

Esta condición es conocida como: Moldeamiento o deformidad posicional o plagiocefalia posicional, y no es más que la deformación craneal que ocurre como consecuencia de estar el cráneo prolongadamente sobre una misma posición (usualmente boca arriba). Este diagnóstico se hizo más frecuente a partir de una recomendación de la Academia Americana de Pediatría a principio de los años 90, de recomendar a los padres que pongan a los lactantes a dormir de lado o boca arriba con el fin disminuir la incidencia de SIDS (Sudden infant death syndrome). Radiológicamente, se pueden diferenciar por la morfología típica de un paralelepípedo en el caso de plagiocefalia deformaciones, o de un trapecioide en el caso de una verdadera sinostosis (lamboidea), y obviamente, la presencia o no de suturas



Imagen 15. Tratamiento A) Quirúrgico, B) Por medio del uso de cascos o bandas para el moldeamiento de la cabeza.

- Medidas preventivas

Prevención Primaria:

Consejo Genético para ambos padres ya que en algunos casos es hereditario.

Es bueno asegurarse de llevar el neonato lleve controles del niño sano, de tal manera que el pediatra pueda evaluar de manera rutinaria el crecimiento de la cabeza del bebé con el paso del tiempo, lo cual ayudará a identificar el problema oportunamente, si éste se presenta las personas con craneosinostosis hereditaria podrían pensar en buscar asesoría genética. ⁽²⁸⁾

● Fisiopatología de la hipospadia.

El aparato reproductor masculino es el encargado de la reproducción masculina. Se compone de órganos externos, internos, glándulas y diversos líquidos que favorece la reproducción. Tanto el pene como los testículos son órganos externos que se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia de los principales órganos del sistema reproductor femenino, vagina, ovarios y útero que son órganos internos por encontrarse dentro del abdomen.

Los testículos producen espermatozoides y liberan a la sangre hormonas sexuales masculinas (testosterona). Un sistema de conductos que incluyen el epidídimo y los conductos deferentes almacenan los espermatozoides y los conducen al exterior a través del pene. En el transcurso de las relaciones sexuales se produce la eyaculación que consiste en la liberación del líquido seminal o semen. El semen está compuesto por los espermatozoides producidos por el testículo y diversas secreciones de las glándulas sexuales accesorias que son la próstata y las glándulas bulbo uretrales.

El pene es el órgano copulador masculino, que interviene, además, en la excreción urinaria.

En el desarrollo embrionario, el órgano que en el embrión de sexo masculino se convertirá en el pene es el equivalente al órgano que en el sexo femenino se convertirá en el clítoris. Y, en aquellos casos en los que se presenta alguna malformación durante dicho desarrollo, es posible que el bebé nazca en alguno de los llamados estados intersexuales, es decir, en etapas intermedias del desarrollo del pene o del clítoris, y es por ello que algunos individuos presentan, en la edad adulta e independientemente del sexo determinado por la concentración de las hormonas en la sangre, un pene demasiado pequeño o, por el contrario, un clítoris excesivamente grande.

El pene humano está conformado por tres columnas de tejido eréctil: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. Los primeros se encuentran uno al lado del otro en la parte superior del pene, mientras que el último se ubica en la parte inferior.

El glande, una zona muy sensible, constituye el final del cuerpo esponjoso y la parte más ancha del mismo. Tiene forma de cono y está recubierto por un pliegue de piel suelta, el prepucio, que puede ser retirado hacia atrás, para dejar el glande expuesto, o puede incluso eliminarse a través de una sencilla intervención quirúrgica (la circuncisión, muy útil en casos de fimosis o de parafimosis. El área de la parte inferior del pene de donde se sujeta el prepucio se llama frenillo.

La uretra es una vía común para el paso de la orina y del semen, atraviesa el cuerpo esponjoso y termina en un orificio conocido con el nombre de meato urinario, el cual se encuentra en el extremo del glande. El esperma (hasta ese punto aún no se denomina semen) es producido en los testículos y almacenado en el epidídimo. Durante la eyaculación, el esperma es propulsado hacia los vasos deferentes. Los fluidos son agregados por las vesículas seminales. Los vasos deferentes desembocan en

los conductos eyaculatorios, los cuales se unen a la uretra dentro de la próstata. Ésta última y las glándulas bulbo uretrales (también conocidas con el nombre de glándulas de Cowper) adhieren secreciones y, por último, el semen es expulsado a través del orificio del pene. ⁽³⁰⁾

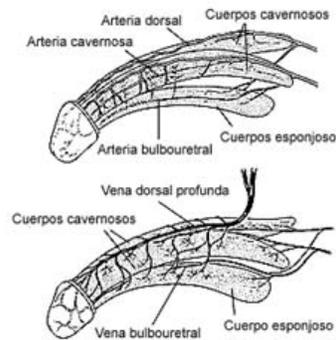


Imagen 16. Anatomía del aparato reproductor masculino

● Concepto

Es una anomalía congénita, en la cual la abertura de la uretra está ubicada en la cara inferior del pene, en lugar de estar en la punta de éste.

Alteración congénita del pene en el cual el orificio uretral se encuentra situado en la parte ventral del mismo o en el periné. Además se acompaña de una curvatura del eje mayor del pene en sentido ventral llamada cuerda ventral y presencia de prepucio solo en la región dorsal del glande. ⁽³¹⁾



Imagen 17. Se observa la mala posición del orificio de la uretra.

● Etiología

El hipospadias afecta hasta 4 de cada 1,000 varones recién nacidos. Algunos casos son hereditarios, mientras que la causa de otros se desconoce.

1 de cada 125 nacidos vivo

1 de cada 300 nacidos vivos.

Más de 6000 varones nacen anualmente con hipospadia.

Al parecer el consumo de hormonas exógenas por la madre durante el embarazo aumenta la posibilidad del desarrollo de hipospadia.

● Fisiopatología

La afección varía en gravedad. En la mayoría de los casos, la abertura de la uretra está localizada cerca de la punta del pene en la cara inferior. Las formas más serias de hipospadias se presentan cuando la abertura se encuentra en la mitad del tallo del pene o en su base. Ocasionalmente, la abertura se localiza en o por detrás del escroto.

Los hombres que padecen esta afección a menudo presentan una curvatura hacia abajo (encorvamiento o curvatura ventral) del pene durante una erección. (Las erecciones son comunes en los bebés varones.)

Otros síntomas abarcan:

- Rociado anormal de la orina
- Tener que sentarse para orinar
- Malformación del prepucio que hace que el pene luzca "encapuchado"

La clasificación más usada es la de Barcat la cual toma en cuenta la posición del meato una vez reseca la cuerda.

- 70% granular coronal
- 10% mediopeneana
- 20% penescrotal escrotal perineal.

● Diagnostico

Esta afección se puede diagnosticar con un examen físico. Se pueden necesitar exámenes imagenológicos para buscar otras anomalías congénitas.⁽³²⁾

● Tratamiento

Los recién nacidos con hipospadia no deben ser circuncidados y se debe preservar el prepucio para utilizarlo en una reparación quirúrgica posterior. La cirugía generalmente se hace antes de que el niño comience su vida escolar. En la actualidad, la mayoría de los urólogos recomienda la reparación antes de que el niño cumpla 18 meses de edad. La cirugía se puede hacer ya a los cuatro meses. Durante la cirugía, se endereza el pene y se corrige la hipospadia, utilizando injertos de tejido del prepucio. La reparación puede requerir múltiples cirugías.

La reparación de hipospadias usualmente se hace cuando los niños están entre los 6 meses y los 2 años de edad y la cirugía se realiza de manera ambulatoria. Los niños que nacen con hipospadia no se les debe practicar la circuncisión al nacer. El tejido extra del prepucio se puede usar para la reparación de hipospadias durante la cirugía.

El cirujano usará un pedazo pequeño de prepucio o tejido de otro sitio para crear un tubo que aumente la longitud de la uretra. Extender la longitud de la uretra permitirá que ésta desemboque en la punta del pene.

Durante la cirugía, se coloca un catéter (sonda) en la uretra para hacer que mantenga su nueva forma. El catéter se puede suturar o sujetar a la cabeza del pene para mantenerlo en su lugar y se retirará 1 a 2 semanas después de la cirugía. La mayoría de las suturas usadas durante la cirugía se disolverán por sí solas y no será necesario retirarlas posteriormente.

- Expectativas

Los resultados después de la cirugía son particularmente buenos. En algunos casos, se necesita más cirugía para corregir fístulas o la reaparición de la curvatura anormal del pene.

Esta cirugía dura toda la vida y la mayoría de los niños tienen un buen pronóstico después del procedimiento. El pene lucirá y también funcionará casi o completamente normal.

Es posible que sean necesarias visitas de control con un urólogo.⁽³¹⁾

- Complicaciones

Si la hipospadia se deja sin tratamiento, un niño puede presentar dificultades con el entrenamiento para el uso del baño y problemas con las relaciones sexuales en la vida adulta. Durante la vida del niño, se pueden formar fístulas y estenosis uretrales, las cuales requieren cirugía.

- Medidas preventivas

Por lo general, el diagnóstico de hipospadia se hace en un niño poco después del nacimiento. Consulte con el médico si nota que la abertura uretral de su hijo está localizada anormalmente o que su pene se vuelve curvo durante la erección.⁽³⁰⁾

V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

5.1 Ficha de identificación

Nombre Del Recién Nacido		Sexo:	Lugar de Nacimiento:		
O. R. RN.		Masculino.	México D.F.		
Fecha De Nacimiento:		Maniobras de reanimación:			
09/noviembre /11.		Básicas			
Tipo de Parto:	Hora de Nacimiento	Peso al Nacer:	Talla:	Días de estancia:	
Cesárea	02:10 am	2500gr.	50cm	3 días	
Fecha de Ingreso:	Apgar:	Silverman Anderson: 02	Edad Gestacional:		
09/Noviembre /11	8/9		39 SDG x Capurro.		
Registro:	Edad de la madre	Grupo y Rh:			
490201	20 años	O positivo			

5.2 Motivo de consulta

Acude la madre de O.R. A consulta el día 08 de Noviembre del 2011 al Hospital de la Mujer, por iniciar con trabajo de parto; se decide interrumpir el embarazo por preclampsia severa y sufrimiento fetal agudo. Durante la cirugía se observa líquido con meconio de (++) . Se obtiene masculino de 2500, el cual no llora ni respira al nacer se le realizan maniobras básicas de reanimación, logrando mejorar su condición, se califica con un Apgar de 8/9 por acrocianosis y Silverman Anderson de 2 por movimientos toraco-abdominales y tiraje intercostal. Se proporciona oxígeno al 40% mejorándose el patrón respiratorio del neonato. Pasa a recuperación con su madre para ser egresada de la toco y pasar al servicio de Alojamiento Conjunto.

Durante su estancia en el servicio de Alojamiento Conjunto a la exploración física se observan suturas cabalgadas (sutura coronal y sagital fusionada) es valorado por el médico pediatra el cual indica Rx de cráneo y USG transfontanelar.

● DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de neonato masculino de 3 días de vida extrauterina al momento de su valoración, obtenido por cesárea a causa de sufrimiento fetal agudo, obtuvo un Apgar de 8/9 y Silverman de 2 se dio reanimación básica se mantuvo en observación y es enviado al servicio de Alojamiento Conjunto. Como factores de riesgo no se le administra Vitamina K por inexistencia en el hospital.

- 09 de Noviembre de 2011

06:20 *HOSPITALIZACION*. Ingresa neonato en compañía de su madre al servicio de Alojamiento Conjunto es valorado por el servicio de pediatría el cual indica seno materno a libre demanda, dextrostix una vez por turno, perímetro cefálico, vigilar estado neurológico, Rx. De Cráneo y USG transfontanelar.

- 10 de Noviembre de 2011

El neonato es llevado a Rx. De Tórax y USG el cual reporta ligero cierre de sutura coronal sugieren interconsulta por el servicio de cirugía Pediátrica y Genética.

- 11 de Noviembre de 2011

Paciente neonato el cual continúa en el servicio para valoración de especialistas.

- 12 de Noviembre de 2011

Al no contar con tiempo para la valoración del neonato por los servicios de cirugía y genética, es egresado a su domicilio en compañía de su madre la cual regresara a sus valoraciones por la consulta externa.

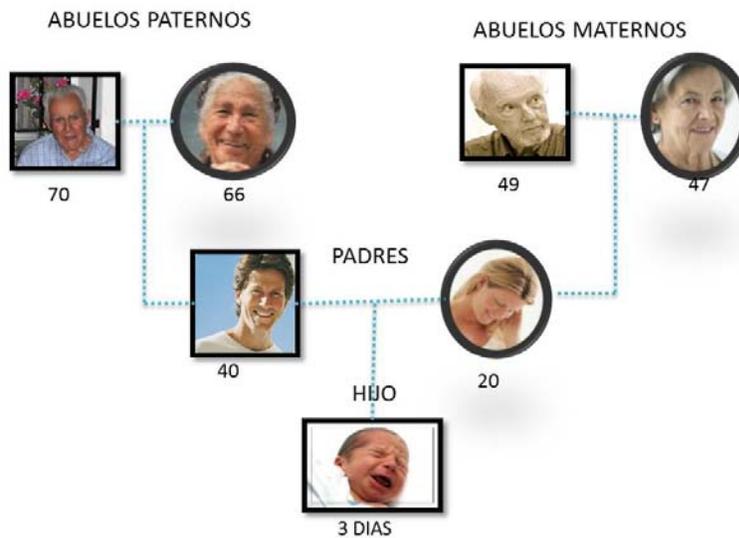
5.3 Factores Condicionantes Básicos

Refiere la madre vivir en un departamento en el que viven de manera clandestina, cuenta con todos los servicios está construido con cemento, loza y piso de loseta tiene una habitación, con poca ventilación e iluminación. Es una persona con obesidad mórbida no ingirió ácido fólico hasta las 28 SDG, cuenta con una dosis de toxoide tetánico. Refiere fumar diario un cigarrillo que suspendió una vez que se

supo embarazada. Inicio con preclampsia a las 36 SDG esta con tratamiento de antihipertensivos no recuerda cuales. Niega alguna otra enfermedad.

MAPA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
O. R. R. A.	20	PRIMARIA	HOGAR
H. M. A. G.	40	DESCONOCE	ESTILISTA



DINAMICA FAMILIAR

Se trata de una familia nuclear pequeña ya que cuenta con tres integrantes: papá, mamá y el neonato.

Madre de 20 años de edad originaria de México D.F. la cual lleva viviendo los 20 años en su domicilio actual, sin problemas para relacionarse socialmente con bajo nivel académico primaria. Está de acuerdo con las opiniones de los demás, aunque tiene cambios constantes de humor. Vive en unión libre con su pareja de 40 años desconoce nivel académico su oficio de estilista. Ella se dedica al hogar viven en un departamento de forma clandestina el cual cuenta con una habitación refiere tener inadecuada iluminación o ventilación, tiene todos los servicios el piso es de loseta y está construido con concreto.

5.4 Requisitos de Autocuidado de desarrollo

Neonato masculino que nació el día 9 de noviembre de 2011 a las 02:10 am, el cual fue obtenido por cesárea por el antecedente de sufrimiento fetal agudo, al cual se le realizaron los cuidados inmediatos por medio de control térmico, secado y estimulación, aspiración de secreciones y permeabilidad esofágica, y de ano se realiza somatometría. Se aplica profilaxis oftálmica y no se administra vitamina k por no contar con ella en el hospital. Obtuvo una calificación de Apgar de 8/9, Silverman de 02, Capurro de 39.2 SDG, peso de 2500 gr y 50 cm.

La calificación de Apgar se calificó con 8/9, por presentar frecuencia cardiaca mayor de 100lpm, con una calificación de 2 puntos, con respiración normal con 2 puntos, tono muscular con movimiento activo de 2 puntos, irritabilidad refleja con 2 puntos y 1 punto por presentar coloración azul de extremidades.

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100 
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACIÓN	BUENO LLANTO FUERTE 
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXIÓN DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXIÓN 
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO 
COLOR	AZUL PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES 	COMPLETAMENTE SONROSADO

Cuadro 1. Calificación de Apgar obtenida por RNM O.R.

En la valoración de Silverman Anderson la calificación obtenida fue de 02. Con movimientos toracoabdominales rítmicos y regulares puntaje de 0, tiros abdominales con 0 puntos, sin retracción xifoidea de 0 puntos, ligero aleteo nasal con 1 punto y quejido respiratorio discreto con 1 punto.

Signos clásicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Alceon nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Ozujido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apex visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apex visibles	 Marcada
Disociación toracodivertinal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Babelico

Cuadro 2. Calificación de Silverman Anderson obtenida del RNM O.R.

La valoración del Capurro para determinar la edad gestacional del neonato fue de 39.2 SDG, por la textura de la piel que es gruesa, apergamizada, con grietas profundas, con un valor de 20 puntos, la forma de la oreja con 15 puntos por pabellón parcialmente curvado en la parte superior, el tamaño de la glándula mamaria con un diámetro mayor a 10mm con 15 puntos y los pliegues plantares con surcos en más de la mitad anterior con una calificación de 20 puntos obteniendo una calificación total de 70 puntos. Para obtener la calificación de Capurro se utiliza la siguiente formula:

Signos clásicos	0 punto	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos
Textura de la piel	Grasosa	Fina y seca	Algo más gruesa: leve apergamización superficial	Grietas con grietas superficiales, ásperas, desecación en cara y pies	Grietas, apergamizada, con grietas profundas
Forma de la oreja	Aplanada en forma, curvatura mínima o nada	Curvatura de una parte del borde del pabellón	Pabellón parcialmente curvado en toda la parte superior	Pabellón totalmente curvado	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable, menor de 5 mm de diámetro	Diámetro entre 5 y 10 mm	Diámetro mayor de 10 mm	
Pliegues plantares	Sin pliegues	Pliegues más definidos sobre la mitad anterior	Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior	Surcos en la mitad anterior de la planta	Surcos en toda la mitad anterior
Movilidad de la barbilla					
Posición de la cabeza					

Cuadro 3. Calificación de Capurro del RNM O.R. aplicando la siguiente formula: $E = 204 + P/7 = SDG$ ó $E = 204 + 70/7 = 39SDG$

5.5 Requisitos de desviación de la salud

- Antecedentes familiares patológicos

Refiere la paciente que su madre es diabética desde hace 3 años y su padre hipertenso y diabético desde hace 2 años. La abuela paterna con diabetes desconoce desde cuándo y abuelo con alcoholismo diario hasta llegar a la embriaguez. Su pareja es adicto a la marihuana consumiendo diariamente de 2 a 3 cigarrillos, alcoholismo u otra enfermedad negadas.

- Antecedentes personales patológicos

Madre de 20 años de edad, G: 1, A: 0, C: 1, P: 0. Con control prenatal de 12 consultas en el hospital de la mujer por antecedentes de preclampsia. Ultrasonido a las 28 SDG pues no sabía que estaba embarazada no presento amenorrea, refiere que solo tenía problemas digestivos por lo que estaba en tratamiento por gastritis no recuerda medicamentos. Neonato de bajo peso para edad gestacional, el cual cuenta con cierre prematuro de suturas, trastornos en la termorregulación, hipoactividad, red venosa en abdomen y parte del tórax.

VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1 Exploración Física

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Preparación del entorno

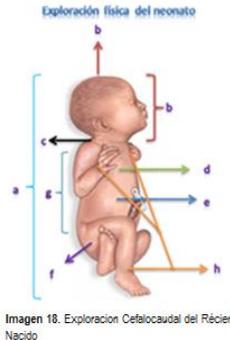
La valoración fue en el servicio de Alojamiento Conjunto en una mesa de exploración, ya que no contaba con cuna de calor radiante en ese momento. El neonato se encontraba hipotónico, con coloración marmórea se observan redes venosas en abdomen y tórax se realizó de una forma rápida y eficiente debido a las condiciones del lugar.

- Preparación del equipo

El equipo que se utilizó para la valoración del neonato fue un estetoscopio, cinta métrica, termómetro y el instrumento de valoración del neonato.

● Inspección general

La exploración física se encuentra hipoactivo, se visualiza cráneo asimétrico y genital dismórfico.



a) Piel

Presenta una temperatura de 36°C, con coloración marmórea, presencia de lanugo en escasa cantidad en espalda, piel delgada, se observa red venosa en tórax y abdomen. Piel turgente con descamación, mancha mongólica en región sacra.

b) Cabeza

Asimétrica con fontanela coronal y sagital fusionada, perímetro cefálico de 30 cm.

Cuero cabelludo: implantación baja, color castaño claro, delgado, sedoso y de 4 cm de largo en poca cantidad.

Cara asimétrica: Cejas claras en poca cantidad, adecuada implantación. Párpados simétricos, implantación de pestañas y sin datos de edema.

Ojos simétricos: Apropiaada movilidad y simetría, esclerótica blanca y brillante, pupilas normoreflexica que reaccionan con la luz.

Nariz: Simétrica, pequeña, permeable.

Boca: Labios rosados, mucosas hidratadas, paladar integro, encías rosadas, úvula central, reflejos de succión y deglución disminuidos. Lengua: rosada de tamaño normal y movilidad.

Oídos: Implantación alta, ausencia de curvaturas externas, tamaño grande, pabellón auricular delgado, flexible se observa red venosa.

c) Cuello

Simétrico, cilíndrico largo, apropiada movilidad.

Tráquea central y movilidad.

d) Tórax:

Forma piramidal, movimientos de amplexión y amplexación simétricos. Silverman Anderson de (0), frecuencia respiratoria de 48 rpm. Sin datos de dificultad respiratoria, ruidos respiratorios normales.

Clavícula simétrica en forma de "S" integra.

Glándula mamaria y pezones normales de 5mm de diámetro, coloración rosada sin salida de secreciones. Frecuencia y ritmo cardiaco normal de 142 lpm, no se auscultan soplos en sus cuatro cuadrantes.

e) Abdomen

Blando depresible con pared abdominal integra, ruidos peristálticos normales; se palpa hígado de aproximadamente 1 cm por debajo del borde costal derecho no doloroso a la palpación.

Cordón umbilical normal, presenta 2 arterias y una vena, cubierto con gelatina de Whartón, ligado sin datos de sangrado o infección.

f) Genitales

Fenotípicamente del género masculino, testículos de coloración café oscuro, con arrugas, la forma del pene es cilíndrico la uretra posicionada en la parte inferior.

Ano: Permeable adecuada implantación, evacuaciones con meconio y amarillas. Pliegues en glúteo simétrico

Cadera: simétrica signos de Ortolani y Barlow (-).

g) Dorso y columna

Recta, simétrica, adecuada movilidad, integra.

h) Extremidades

Simétricas adecuada movilidad, malformaciones no visibles.

Uñas: Largas con llenado capilar de 4 seg. Aprox. Pliegues plantares.

● Valoración neurológica del neonato

VALORACION NEUROLOGICA DEL NEONATO			
REFLEJO	RESPUESTA	REFLEJO	RESPUESTA
Reflejo de succión. 	Succión débil con poco agarre del seno materno acompañado por llanto al no poder alimentarse correctamente.	Presión palmar. 	Por medio de la observación directa se observa que al neonato se le coloca un dedo en su mano y este realiza la presión pero muy débil en ambas manos.
Reflejo de los puntos cardinales. 	El neonato cuenta con los reflejos de búsqueda del seno materno.	Reflejo tónico del cuello. 	El neonato no estira adecuadamente el brazo hacia donde se dirigió su cabeza en ambas extremidades.
Reflejo de Moro. 	El neonato reacciona al estímulo extendiendo sus manos y con una mirada de sobresalto y llanto espontáneo.	Reflejo de caminar 	Al colocar el neonato en una mesa de exploración este comienza a dar pasos sobre la superficie.
Reflejo de encorvamiento de Galan 	El neonato responde a este estímulo al mover su cadera al sentir el roce de la sabana en su espalda.	Reflejo de Babinski. 	El neonato reacciona adecuadamente cuando se le pasa el dedo en la planta del pie.

6.2 Requisitos de Autocuidado Universales

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Se encuentra neonato con signos vitales de FC de 150lpm, FR: 79rpm, temperatura de 36°C y una SPO2 de 79% al momento de la valoración no se contaba con cuna de calor radiante por lo que se exploró en una cama de exploración.

Inspección:

Se observa tórax con adecuado tamaño, sin presencia de conducto nasolagrimal, forma piramidal y adecuada entrada de aire. Se valoró Silverman Anderson cada dos horas obteniéndose las siguientes calificaciones:

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Barboteo

08:00 = 03

10:00 = 02

12:00 = 02

14:00 = 00

Inspección:

Se valora precordio encontrándose normodinámico en fase I de ventilación oxígeno con nebulizador indirecto al 25% a 1 litro por minuto, patrón respiratorio ineficaz por la hiperventilación.

Auscultación:

Con campos pulmonares permeables, buen tono y ritmo cardiaco y profundidad en sus cuatro cuadrantes.

Palpación:

Se valoran pulsos distales con adecuado tono y ritmo movimientos de caja torácica de amplexión y amplexación adecuada, llenado capilar de tres segundos con ligera acrocianosis distal.

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

Inspección:

Neonato con piel íntegra, delgada, turgente con ligera descamación, temperatura de 36°C con coloración marmórea, presencia de lanugo en escasa cantidad en espalda, se observa red venosa en tórax y abdomen. Mancha mongólica en región sacra

Fontanela fusionada, asimétrica con fontanela coronal y sagital fusionada, perímetro cefálico de 30 cm.

Boca con labios rosados, mucosas hidratadas, paladar íntegro, encías rosadas, úvula central, reflejos de succión y deglución disminuidos, lengua: rosada de tamaño normal y movilidad.

Palpación:

Abdomen blando depresible con pared abdominal íntegra, ruidos peristálticos normales; se palpa hígado de aproximadamente 1 cm por debajo del borde costal derecho no doloroso a la palpación.

Cordón umbilical normal, presenta 2 arterias y una vena, cubierto con gelatina de Whartón, ligado sin datos de sangrado o infección.

Aporte calórico a través de leche materna cada 2 horas por succión apoyándonos con entrenador (vaso).

Control de líquidos con adecuada ingesta de leche micciones y evacuaciones presentes.

4.- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.

Observación

Neonato con presencia de ligera red venosa abdominal de color azul sin dibujo de asas, o dificultad en la alimentación.

Con evacuaciones de 2 por turno de color amarillo claro, de consistencia blanda, perímetro abdominal de 27 cm.

Micciones presentes de color amarillo,

Auscultación

Perístasis presente abdomen blando no doloroso.

Palpación

Sin datos de distensión abdominal se palpa hígado.

Percusión:

Timpánico en cuadrante superior izquierdo y cuadrante inferior derecho e izquierdo y mate en cuadrante superior derecho.

Cuatro micciones durante el turno, de coloración amarillo claro,

Se observa mala posición de la uretra, con adecuada salida del chorro de orina. Ano permeable

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

Neonato con cambios posturales cada dos horas, con piel rosada, no se observan lesiones dérmicas, con adecuado estado de alerta, consiente, irritable, con sueño fisiológico escaso, con adecuada estimulación táctil y visual. No presenta luxaciones ni fracturas.

Baño de arteza diario, no se lleva a cabo técnica de mama canguro y cuenta con poco tiempo de vigilia.

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

Neonato de término, en el servicio de alojamiento conjunto, consiente, alerta, a la estimulación táctil y visual. En bacinete el cual se encuentra tranquilo cuando está solo, es alimentado con seno materno, no se cuenta con un programa de estimulación temprana.

Existe contacto frecuente con los padres, aunque los padres experimentan periodos de ansiedad de la madre el nivel socioeconómico es bajo.

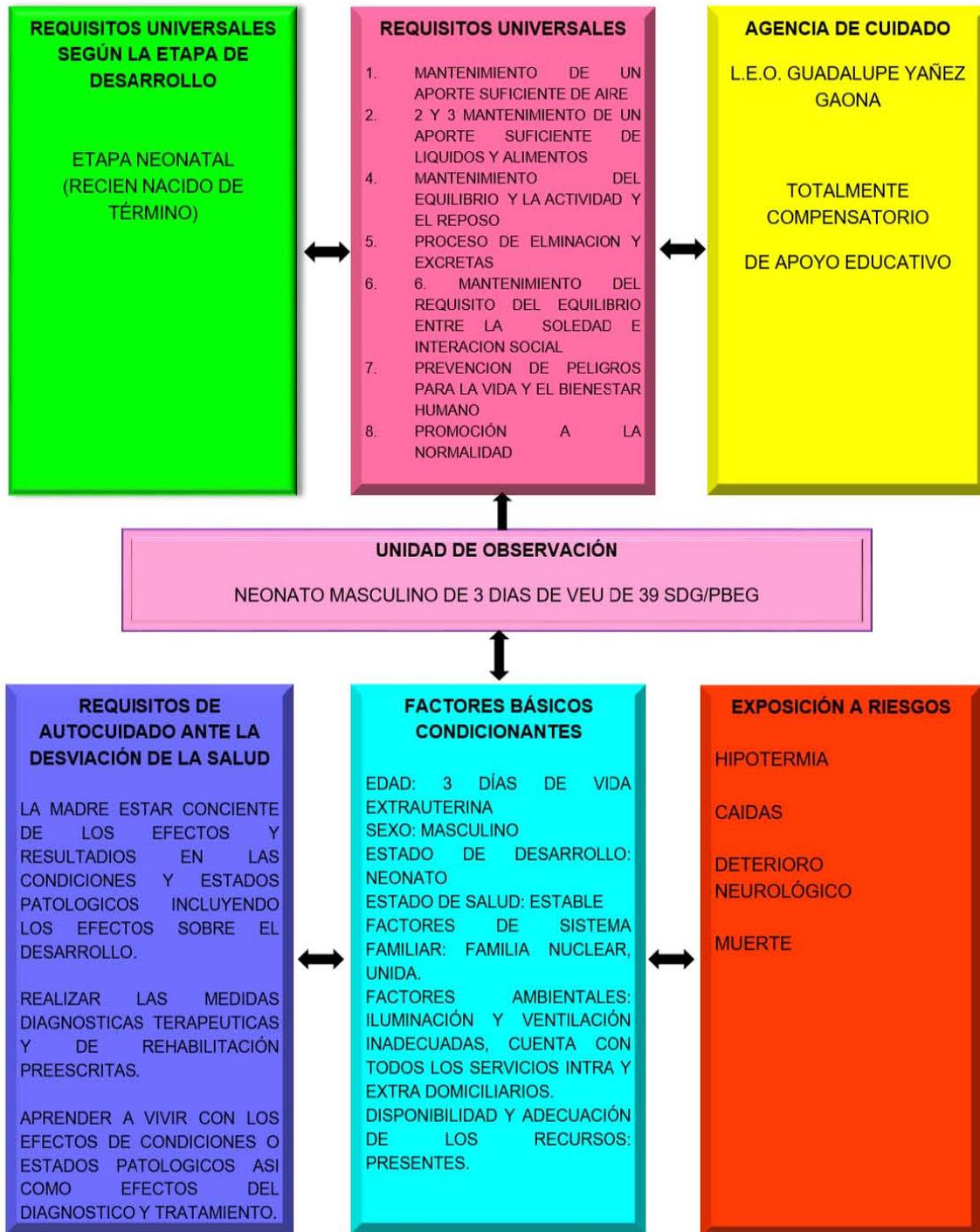
7.- Requisito Universal Prevención de peligros para la vida.

Neonato con adecuado apego materno durante su estancia en el hospital se carecen de metas de seguridad para el neonato, una correcta identificación del neonato, el cómo mejorar la comunicación, adecuados protocolos para la administración de medicamentos pero carece de protocolos para evitar daños en el neonato.

8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Se realiza baño de arteza diariamente con aseo general, en cada cambio de pañal, no se realiza aseo de cavidad oral, se realizar aseo de área de genitales y cambio de pañal, la madre realiza las actividades de cuidado, el neonato presenta una malformación, la madre desconoce el cuidado de su neonato

6.3 Esquema Metodológico



6.4 Análisis de Valoración por requisito con Déficit

REQUISITO	CON DEFICIT O SIN DEFICIT	DATOS QUE INDICAN EL DEFICIT	FECHA DE VALORACION
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	<i>Con Déficit</i>	El neonato presenta cianosis central, llenado capilar de 3 seg y Silverman de 3.	10/11/11
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS	<i>Con Déficit</i>	reflejo de succión débil del neonato Incapacidad de agarrar correctamente el seno materno.	10/11/11
	<i>Con Déficit</i>	Incapacidad para iniciar una succión efectiva.	10/11/11
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO Y LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	<i>Con Déficit</i>	Hipotermia Temperatura corporal (36°C). Llenado capilar (3 seg.).	10/11/11
PROCESO DE ELMINACION Y EXCRETAS	<i>Con Déficit</i>	Mala posición de la uretra Dificultad para miccionar.	10/11/11
MANTENIMIENTO DEL REQUISITO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACION SOCIAL	<i>sin Déficit</i>	Aceptación de la madre, protección y preocupación por su neonato	10/11/11
PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	<i>Con Déficit</i>	Irritabilidad Cansancio Llanto Periodos cortos de sueño.	10/11/11
	<i>Con Déficit</i>	Ansiedad de la madre Angustia Temor Inquietud Preocupación creciente.	10/11/11
PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD	<i>Con Déficit</i>	Conocimientos deficientes Preocupación de la madre.	10/11/11

6.5 Jerarquización de requisitos universales alterados

REQUISITO	DIAGNOSTICO	FECHA DE IDENTIFICACION
1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inadecuada adaptación pulmonar manifestado por cianosis central, llenado capilar de 3 segundo Silverman Anderson de 3.	10/11/11
1. Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS	Lactancia materna ineficaz relacionado con el reflejo de succión débil del neonato manifestado por la incapacidad de agarrar correctamente el seno materno. Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva.	10/11/11
4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO Y LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	Hipotermia relacionado con la exposición a entornos fríos manifestado por reducción de la temperatura corporal (36°C) por debajo de los limites normales. enlentecimiento del llenado capilar (3 seg.).	10/11/11
5. PROCESO DE ELMINACION Y EXCRETAS	Deterioro de la eliminacion urinaria relacionada con la posición anatomica de la uretra manifestada por la dificultad para iniciar el chorro de orina.	10/11/11
6. MANTENIMIENTO DEL REQUISITO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACION SOCIAL	Bienestar en el requisito del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por la aceptación de la madre, protección y preocupación por su neonato y llevar a cabo las técnicas con agrado e interés por aprender.	10/11/11
7. PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	Conducta desorganizada del neonato relacionada con la falta de contención en el entorno manifestado por irritabilidad, cansancio, llanto y periodos cortos de sueño.	10/11/11

	Ansiedad de la madre relacionada con el estado de salud de su neonato manifestada por angustia, temor, inquietud y preocupación creciente.	
8. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD	Conocimientos deficientes relacionados con el cuidado del neonato manifestado por la preocupación de la madre. (33)	10/11/11

6.6 Prescripción del cuidado

PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: Mantenimiento del equilibrio y la actividad y el reposo

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: RN (M) O. R. FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Hipotermia relacionado con la exposición a entornos fríos manifestado por reducción de la temperatura corporal (36°C) por debajo de los límites normales, enlentecimiento del llenado capilar (3 seg.) y piel fría.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Lograr que el neonato tenga una adecuada estabilidad en su temperatura corporal evitando el riesgo de llegar a una hipotermia en 3 horas como máximo.

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Temperatura Corporal (3)	Monitorización de signos vitales	Evitar las exposiciones innecesarias corrientes exceso de calefacción o frío. Ajustar la temperatura ambiental adaptada a las necesidades del neonato en caso de que se altere la temperatura corporal.	Los signos vitales comprenden el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial. Estos signos se pueden observar, medir y vigilar para evaluar el nivel de funcionamiento físico de un individuo. Los signos vitales normales cambian con la edad, el sexo, el peso, la tolerancia al ejercicio y la enfermedad. (David C. 2011.)
Inestabilidad de la temperatura (3)	Regulación de la temperatura	Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio si procede. Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia. Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad en la piel.	La temperatura normal del cuerpo varía según la persona, la edad, la actividad y el momento del día. La temperatura corporal normal promedio que generalmente se

<p>Hipotermia (2)</p> <p>ESCALA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.GRAVEMENTE COMPROMETIDO. 2. 2.SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. 3.MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. 4.LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. 5.NO 	<p>Tratamiento de la hipotermia</p>	<p>Observar si hay cianosis central y periférica. Observar el llenado capilar normal. Vigilar la temperatura del neonato hasta que se estabilice.</p>	<p>acepta es de 37° C (98,6° F). Sin embargo, algunos estudios sugieren que hay un rango más amplio de temperaturas corporales "normales". (Linda J;2011.) La hipotermia, o la temperatura corporal anormalmente baja. Puede causar somnolencia, confusión y torpeza en los movimientos. Dado que ocurre gradualmente y afecta el pensamiento. Una temperatura corporal por debajo de 36°C constituye una emergencia médica y puede conducir a la muerte si no se trata rápidamente. Los neonatos pueden tener hipotermia por dormir en una habitación fría. (Biblioteca Nacional de Medicina;2011)</p>
<p>EVALUACION</p>			
<p>El neonato presentaba descensos de la temperatura corporal muy importantes ya que registraba de 36°C lo que es perjudicial para la salud, la falta de termorregulación lo llevo aun rango gravemente comprometido a uno no comprometido tomando en cuenta la valoración de su temperatura corporal, logrando estabilizar la temperatura y evitar con ello una desviación grave en la hipotermia como se muestra en la gráfica N° 1</p>			

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: RN (M) O. R.

FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inadecuada adaptación pulmonar manifestado por cianosis central, llenado capilar de 3 segundos y Silverman Anderson de 3.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Mejorar en el neonato la frecuencia cardiaca, su ritmo respiratorio, mediante la valoración de los pulsos periféricos, y con ello evitar que continúe con palidez, cianosis, aleteo nasal y el uso de músculos accesorios.

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
FRECUENCIA RESPIRATORIA (3)	Monitorización de Signos vitales	Controlar periódicamente los tonos cardiacos.	Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente, y la monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos. Se consideran como principales parámetros fisiológicos: la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la presión arterial por medio de manguito neumático (PA), la temperatura periférica y también se incluye actualmente la saturación de oxígeno
RITMO RESPIRATORIO (2)		Controlar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). Auscultar los sonidos pulmonares Controlar la pulsíometría.	
CIANOSIS (2)		Observar el color, la temperatura y la humedad de la piel. Observar si hay cianosis central o periférica Observar si hay llenado capilar normal Eliminar secreciones bucales y nasales. Mantener la permeabilidad de la vía aérea.	

<p>USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS (2)</p> <p>ALETEO NASAL (2)</p> <p>ESCALA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DESVIACION GRAVE DEL RANGO NORMAL. 2. DESVIACION SUSTANCIAL DEL RANGONORMAL 3. DESVIACION MODERADA DEL RANGO NORRMAL 4. DESVIACION LEVE DEL RANGO NORMAL 5. SIN DESVIACION DEL RANGO NORMAL. 	<p>Oxigenoterapia</p>	<p>Administrar oxígeno suplementario según indicaciones.</p> <p>Controlar la eficacia de la oxigenoterapia</p> <p>Vigilar el flujo de litros de oxígeno</p> <p>Comprobar la posición del dispositivo de oxígeno.</p>	<p>(SO₂) mediante pulsioximetría (David C. 2011.)</p> <p>El uso terapéutico del oxígeno siendo parte fundamental de la terapia respiratoria. Debe prescribirse fundamentado en una razón válida y administrarse en forma correcta y segura como cualquier otra droga. La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello, la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance nivel suficiente para saturar completamente la hemoglobina.(Biblioteca Nacional de Medicina;2011)</p>
<p>EVALUACION</p>			
<p>Se mejoró el patrón respiratorio del neonato mediante la valoración de la frecuencia respiratoria, aportando oxígeno indirecto lo cual contribuyó al alivio de la cianosis, el uso de músculos accesorios y el aleteo nasal pasando de una desviación moderada del rango normal a una sin desviación como demuestra en la gráfica N°2.</p>			

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: RN (M) O.R. FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Mejorar la succión del neonato mediante ejercicios para el fortalecimiento de los músculos de la masticación para favorecer el crecimiento del neonato

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
CRECIMIENTO DEL NEONATO DENTRO DEL RANGO NORMAL (3)	Alimentación por biberón	Determinar el estado del neonato antes de iniciar la alimentación. Calentar la formula a una temperatura ambiente. Tomar al neonato en brazos durante la alimentación. Controlar la toma valorando la blandura y el orificio de la tetina. Controlar la toma del alimento. Vigilar el peso del neonato.	Se conoce el efecto protector de la leche materna contra las infecciones del siglo XIX. La respuesta inmunológica en mucosas, ante un estímulo causa sensibilización de linfocitos t y b y producción de anticuerpos, especialmente IgA, que se secreta en mucosas maternas y en la leche materna, integrando la inmunidad de las mucosas madre hijo.
DESARROLLO DEL LACTANTE DENTRO DEL	Asesoramiento en la lactancia	Monitorizar la habilidad materna al acercar el neonato al pezón Evaluar la forma de succión/deglución del neonato Instruir en técnicas de relajación/masaje de los senos. Evaluar el adecuado vaciamiento del pecho con la alimentación	La leche humana tiene factores antimicrobianos que disminuyen las infecciones agudas en los niños. También tiene factores antiinflamatorios e inmunomoduladores que disminuyen problemas autoinmunes y alergias. (CAALMA; 2011) La Academia Americana de Pediatría (AAP) coincide con organizaciones como

<p>RANGO NORMAL (2)</p> <p>ESCALA</p> <p>6. INADECUADO 7. LIGERAMENTE ADECUADO 8. MODERADAMENTE ADECUADO 9. SUSTANCIALMENTE ADECUADO 10. COMPLETAMENTE ADECUADO</p>	<p>Ayuda en la lactancia materna</p> <p>Succión no nutritiva Terapia de deglución</p>	<p>Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del neonato como oportunidades para practicar la alimentación al seno materno. Vigilar la capacidad del neonato para alimentarse. Observar al neonato para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y succión. Enseñar a la madre a observar a su neonato mientras lo alimenta. Animar a la madre a que utilice ambos senos para cada toma. Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho. Indicarle a la madre que no limite el tiempo de la alimentación del neonato. Enseñarle a la madre las posiciones apropiadas para la alimentación del neonato. Instruir a la madre sobre el almacenamiento y la conservación de la leche una vez que se extrae.</p>	<p>la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA), la Asociación Dietética Americana (American Dietetic Association, ADA) y la Organización Mundial de la salud (OMS) al recomendar la lactancia materna como mejor opción para alimentar a un bebé. La lactancia materna contribuye a la defensa contra las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas. Las leches infantiles comercializadas son una alternativa nutritiva a la leche materna y hasta contienen algunas vitaminas y nutrientes que los bebés amamantados deben obtener mediante suplementos. Fabricadas en condiciones de esterilidad, las leches artificiales intentan reproducir las propiedades y composición de la leche materna utilizando una compleja combinación de proteínas, azúcares, grasas y vitaminas (http://kidshealth.org 2011)</p>
EVALUACIÓN			
<p>Se asesoró a la madre sobre las técnicas de lactancia materna, para mejorar la alimentación del neonato a si mismo se informó como extraer la leche para alimentar al neonato; además se proporcionó orientación sobre ejercicios que le ayudaran a su neonato a mejorar la succión y apoyarse de biberones para estimular la succión del bebe; o estimular la succión dando un masaje en encías, boca, labios y paladar. Como se muestra en el grafico N°3</p>			

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: OBREGON ROCHA RN.FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Lactancia materna ineficaz relacionado con el reflejo de succión débil del neonato manifestado por la incapacidad de agarrar correctamente el seno materno.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Mejorar la succión del neonato mediante la valoración de la deglución, posición del neonato, técnica de alimentación, alineación y unión adecuadas logrando que el lactante este satisfecho

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Técnica adecuada para amamantar al bebe (3)	Apoyo emocional	Identificar las emociones de la madre respecto al no poder alimentar a su neonato adecuadamente. Proporcionarle un ambiente tranquilo para que se relaje. Determinar el conocimiento de la alimentación al pecho.	La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.
Evaluación de la deglución del neonato (3)	Asesoramiento en la lactancia	Instruir a la madre/padre acerca de la alimentación del neonato. Proporcionar información de las ventajas y desventajas de la alimentación al seno materno. Determinar la motivación y el deseo de dar el seno materno al neonato.	La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los
	Ayuda en la lactancia Materna	Determinar la frecuencia con que la madre da el pecho al neonato. Evaluar la succión y deglución del neonato.	

<p>Posición adecuada del lactante durante la lactancia (5)</p> <p>Lactante satisfecho (4)</p> <p>ESCALA</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. NINGUN CONOCIMIENTO 12. CONOCIMIENTO ESCASO 13. CONOCIMIENTO MODERADO 14. CONOCIMIENTO SUSTANCIAL 15. CONOCIMIENTO EXTENSO 	<p>Alimentación por biberón</p>	<p>Instruir a la madre sobre técnicas de relajación incluyendo el masaje de los pechos.</p> <p>Vigilar la capacidad del neonato para alimentarse.</p> <p>Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho.</p> <p>Indicarle a la madre que no limite el tiempo de la alimentación del neonato.</p> <p>Calentar la formula a una temperatura ambiente.</p> <p>Tomar al neonato en brazos durante la alimentación.</p> <p>Controlar la toma valorando la blandura y el orificio de la tetina.</p>	<p>primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.</p> <p>Un neonato que es amamantado desde su nacimiento, se acopla adecuadamente al pecho materno, sus labios evertidos se adosan a la aréola, mientras su lengua hace movimientos que envuelven el pezón y lo comprimen contra su paladar, de esta manera extrae la leche necesaria para su óptimo desarrollo físico y psicoemocional. La técnica de alimentación con biberón proporciona la ingesta de nutrientes que el neonato necesita para favorecer el desarrollo de los reflejos de succión y deglución. Además de promover el vínculo madre-padre-hijo. (CAALMA 2011)</p>
---	---------------------------------	--	---

EVALUACION

Mediante la orientación de la madre sobre las técnicas de alimentación el cómo extraerse la leche, las posiciones para alimentar al neonato y enseñarle a estimular a su neonato para que tenga una adecuada succión y deglución se logró llevar al neonato de un estado moderadamente comprometido a uno no comprometido como se muestra en la gráfica N° 4

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: RN (M) O. R. FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Conducta desorganizada del neonato relacionada con la falta de contención en el entorno manifestado por la falta de sueño y descansó.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Mejorar el patrón de sueño del neonato incrementando las horas de sueño y la cantidad

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACION
Patrón del sueño-descanso (4) Horas de sueño(3) Calidad del sueño (2) ESCALA 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO	Cambios de posición Cuidados del neonato Manejo ambiental: confort Manejo ambiental: proceso de acercamiento Manejo de la energía Mejoramiento del sueño Regulación de la temperatura	Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. Ajustar la iluminación evitando la luz directa en los ojos. Controlar o evitar ruidos excesivos. Observar y registrar las horas de sueño Ajustar el ambiente para mejoramiento del sueño Fomentar el aumento de horas de sueño Llevar a cabo medidas agradables: masaje, colocación y contacto afectuoso. Vigilar la temperatura del neonato. Observar el color y la temperatura de la piel. Observar y registrar si hay signos de hipotermia e hipertermia	El sueño ayuda a que los neonatos crezcan fuertes y sanos. Los neonatos por lo general duermen más de 18 horas diarias el neonato durante su vida intrauterina contaba con las condiciones de confort que le proporcionaban seguridad ya que contaba con la temperatura adecuada, la luz y confort necesarios por lo que una vez que nace se le debe proporcionar un ambiente cálido que le permita tener la seguridad que tenía lo que le permita un adecuado crecimiento y desarrollo. http://kidshealth.org/parent/misc/reviewers.html

EVALUACION			
Se mejoró el ambiente externo del neonato lo que propicio un adecuado descanso mejorando la calidad de sueño y cantidad como se muestra en el grafico N°5			

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: .RN (M) O.R.FECHA: 1 DE ABRIL DE 2012

DIAGNOSTICO: Ansiedad de la madre relacionada con el estado de salud de su neonato manifestada por angustia, temor, inquietud y preocupación creciente.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

Totalmente compensatorio y de apoyo terapéutico

AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO

LEO. Guadalupe Yañez Gaona

OBJETIVO:

Brindar apoyo emocional a la madre para disminuir su inquietud, impaciencia, depresión, ansiedad y recelo explicándole en nuestras posibilidades cada una de sus dudas respecto al estado de salud de su neonato

INDICADOR	INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN
Inquietud (3) Impaciencia(3) Depresión (2) Ansiedad (4) Recelo(4) ESCALA 1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO	Disminución de la ansiedad. Técnica de relajación	Tratar de comprender la perspectiva de la madre sobre las situaciones estresantes. Proporcionar información objetiva respecto el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la situación del neonato. Animar a la madre para que permanezca con su neonato, si es necesario. Escuchar con atención las dudas de la madre. Crear un ambiente de confianza. Identificar los niveles de ansiedad. Tomar y calmar al neonato. Mecer al neonato si procede Hablar suavemente al neonato Mantener contacto visual con la madre	El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Se puede inclusive sentirse ansioso Este tipo de ansiedad es útil puede permitirnos estar más alerta o ser más cuidadoso. Suele terminar poco tiempo después de que salga de la situación que la provocó. La ansiedad cuando no desaparece y empeora con el tiempo. Pueden ocasionar dolores en el pecho. <i>NIH: Instituto Nacional de Salud Menta</i>

EVALUACION

Se mejoró la situación de ansiedad de la madre llevándola de una situación moderada a una leve, explicándole la situación de su neonato y la importancia de que ella este relajada disminuyendo su estrés, inquietud y depresión por no saber cómo ayudar a su neonato. Grafica n°6

6.7 Seguimiento

El Recién nacido fue egresado a su domicilio en compañía de su madre con cita para sus interconsultas para el seguimiento de su salud.

Durante su estancia en el hospital la madre del recién nacido fue orientada sobre los cuidados que debe proporcionar a su bebe así como los signos y síntomas que ponen en riesgo su bienestar.

Se proporcionaron trípticos sobre el aseo diario del neonato, el ambiente y la ropa adecuada para vestirlo, Lactancia Materna, Estimulación Temprana, cuidados en el hogar

Platicas de Estimulación Temprana, Signos y síntomas de Alarma, Derechos del Recién Nacido entre otras.



Imagen 19. A) Lactancia Materna y posiciones, B) Neuroestimulación por medio de texturas, C) Tono activo y pasivo D) Platicas de Educación para la salud para la identificación de signos y síntomas de alarma, E) la higiene del Recién Nacido.

Al contactar a la madre por teléfono el número proporcionado por la paciente no era correcto ya que es inexistente.

Por medio del expediente clínico se buscó otro número para contactarla encontrando el mismo número; motivo por el cual solo se estuvo en contacto con el recién nacido durante su estancia en el hospital.

VII. PLAN DE ALTA

● CUIDADOS ESPECIFICOS

- Comunicación con el neonato

La comunicación con el neonato es una de las experiencias más agradables para la madre y él bebe por lo que se le explica a la madre que las caricias constituyen un modo natural y directo de comunicarle cariño, además de hacerle sentir relajado y feliz en el mundo exterior. Ya que la piel desempeña una función fundamental al establecer la unión entre dos maneras de comunicación: la corporal, la cual se fortalece al tocar, acariciar, cargar y mecer al bebe; y la verbal, fomentada desde el nacimiento del bebe cuando se le arrulla, habla, canta, lee, etc.

Otra manera en que el neonato se comunica es por medio del llanto. Por tanto el llanto como tal es una descarga de energía acumulada por los estímulos externos, y esta es causada por: hambre, sed, dificultad para conciliar el sueño, pañal sucio o mojado, demasiada ropa.

La primera opción es no cargar inmediatamente al bebe permita que encuentre la forma de comunicarse con el exterior.

- Lactancia

Explicarle a la madre las ventajas de la leche materna indicando los beneficios tanto para él bebe como para la madre.

Cuando se toma al neonato para amamantarlo, él bebe escucha nuevamente los latidos de la mama; empieza a conocerla físicamente, ya que él bebe puede verla a una distancia de 20-30 cm. Si la madre le habla, aprenderá a conocer la voz antes que ninguna otra, así como el olor de la leche. El amamantar producirá beneficios en la propia recuperación de la madre pues el útero volverá a su tamaño original en menor tiempo y se evitara el riesgo de posibles complicaciones como un sangrado abundante. Diversos estudios han señalado que habría menor posibilidad de padecer cáncer de mama y el pecho corporal volverá a lo normal en un lapso más reducido.

● TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El neonato no requirió tratamiento farmacológico durante su estancia hospitalaria y egreso por lo que solo se orientó a la madre que cuando necesitara de atención médica y se le indicara tratamiento pusiera atención especial en las indicaciones sobre cómo dar el tratamiento y si tuviese alguna duda la expresara.

● MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS

- Preparativos para la llegada del bebe

Una vez que se va a dar de alta al bebe la madre debe preparar cada una de las cosas que necesita él bebe para salir del hospital iniciando por la ropa donde esta debe de ser de algodón, amplia y cómoda, esto es, una talla, se requiere adquirir la primera talla, la cual abarca de cero a tres meses. La ropa debe lavarse por separado de la del resto de la familia: es mejor lavarla a mano y con jabón neutro, no usar blanqueador o suavizante de telas. La ropa se debe lavar aunque sea nueva y retirar las etiquetas antes de vestir al bebe.

- Higiene del neonato

Las medidas higiénicas permiten fomentar hábitos y procedimientos de aseo personal que ayudan a prevenir enfermedades. El baño constituye una parte importante en la rutina diaria que tiene como finalidad eliminar grasa, células de descamación y sudor, así como favorecer la circulación sanguínea cuando se le frota con la toalla o esponja.

El cambio del pañal es relativamente sencillo, sin embargo es conveniente que los padres tomen en cuenta las siguientes recomendaciones que le permitan familiarizarse con el procedimiento. El recién nacido tienen una capacidad muy reducida de la vejiga y del intestino; por ello cada vez que come puede evacuar y orinar; entonces, hay que cambiarlo tan frecuentemente sea necesario.

● SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Los signos y síntomas que amenazan principalmente la estabilidad del neonato son:

Coloración azulada (cianosis) en labios al momento de succionar y deglutir, cansancio, etc.

- Coloración amarillenta (ictericia) de la piel.
- Falta de apetito, vomito, distención, estreñimiento.
- Pérdida de peso

● CITAS

Es importante que el neonato acuda a valoración con el pediatra una vez que ha egresado.

Los padres deben llevar al bebe con el pediatra dentro de los primeros 15 días de nacido, con el propósito de iniciar el control médico oportunamente.

Procure llevar los documentos que se entregaron al egreso.

Debe solicitar se realice el tamiz metabólico, y el auditivo para descartar algún problema.

Además de acudir a las vacunas para que sea aplicado el esquema de vacunación de acuerdo a la cartilla que se le proporcione.

VIII. CONCLUSIONES

El neonato durante su nacimiento debe experimentar cambios importantes que le permitan realizar la transición a la vida extrauterina. La adecuada valoración del recién nacido al momento de su nacimiento es fundamental ya que proporciona información primordial sobre el estado de salud de los neonatos. La exploración física y neurológica detallada permite identificar problemas que pueda afectar el correcto crecimiento y desarrollo, como ya se explicó anteriormente la craneosinostosis es una alteración poco común, ocasionada por el cierre prematuro de una o más fontanelas ocasionando problemas graves de salud entre los cuales se pueden mencionar retraso mental, cráneo asimétrico, hipertensión craneana, entre otros.

La craneosinostosis muchas veces no representa mayor grado de riesgo siempre y cuando esta no sea relacionada con problemas genéticos, para esto es necesario una historia clínica minuciosa, estudios de laboratorio y gabinete así como el estudio genético para descartar algún síndrome asociado.

Como personal de enfermería, es esencial llevar a cabo una adecuada valoración, para la identificación de este tipo de trastornos, mediante la realización del Proceso Atención Enfermería para la elaboración de cuidados específicos mediante la correcta aplicación de un método de valoración donde se toma en cuenta la historia clínica del neonato, la exploración física minuciosa y el apoyo de pruebas diagnósticas como estudios de laboratorio y gabinete; todo esto encaminado en la Teoría de Dorothea E. Orem.

Con cada una de las técnicas, escalas y conocimientos adquiridos, se lograron identificar los factores de riesgo que ponen en peligro el bienestar del neonato, así como la elaboración de planes de cuidados específicos, para el mejoramiento de la salud.

Los objetivos del presente estudio de caso se cumplieron al aplicar cuidados específicos encaminados a la mejora del estado de salud del neonato.

Se realizaron estudios al neonato refiriendo que no cuenta con problemas que pongan en peligro su integridad, sin embargo la hipospadia si es de importancia por el riesgo de infección. La madre a pesar del desconocimiento y la ansiedad que expresa; logro aclarar sus dudas respecto al cuidado del neonato.

IX. SUGERENCIAS

- Mejorar la calidad del neonato mediante la educación continua de la madre.
- Realizar una minuciosa y adecuada valoración del neonato; puede indicarnos diversos problemas de salud que muchas veces pasamos por alto. Teniendo en cuenta que la salud del neonato nos compete a todos los profesionales de la salud y por lo tanto siempre hay que involucrar a los padres y hermanos en el tratamiento y así fomentar los vínculos afectivos.
- Aplicar técnicas de neurodesarrollo, que le permitan al neonato mejorar sus habilidades de acuerdo a su edad.

X. REFERENCIAS

1. Kinsman SL, Johnston MV. *Craneosinostosis*. Philadelphia; 2009. ed. Nelson Textbook of Pediatrics 20ª edición Elsevier 2016 591 (19).
2. Portillo S, Konsol O, Pico P. *Deformidad craneana: Su importancia en la pediatría General*. Arch.argent.pediatr. 2004;102(3)/190-202.
3. Ochoa D.L. Chico F, Tutino M, Goodrich J.T, Ortiz M.F, Puente S.A, Kurt R.S, (eds) *Cirugía mínimamente invasiva en Craneosinostosis*. México DF. Hospital Federico Gómez. Cir.plast.iberolatinoam, vol.32 no.3 jul/sep.2006
4. Ruiz C.S, Campos S.Y. *Indicadores de severidad de la craneosinostosis no sindrómica: Cuantificación de malformaciones sagitales y metópicas*. Rev.mex.ing.bioméd. Vol.34 no.2 Mexico ago.2013 157-173
5. Potter P. *Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica*. 3ª. edición Mexico: Mosby; 2001. p.1300
6. Triviño V.Z, Sanhueza A.O. *Paradigmas de la Investigación en Enfermería. Ciencia y Enfermería*. Chile, Universidad de Concepción, cienc.enferm. Vol.11 no.1 Concepcion junio 2015 17-24.
7. Aniorte H. N. *Teorías y Modelos en Enfermería II*. Valenciana, España. 2011
8. Cisneros G. F. *Teorías y Modelos en Enfermería; Dorothea Orem*. 2016.
9. Moran A.V, Mendoza R. A. L. *Modelos de Enfermería*. 1ª edición Trillas; 1993. p.196
10. Prado S. L. A, González R. M, Paz G. N, Romero B. K. *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Rev. Med. Electron. Vol.36 no.6 Matanzas Cuba nov-dic.2014 (835-845)
11. Ostiguín R. V. S. *Teoría General del Déficit de Autocuidado*. México: Manual Moderno; 2001.
12. Alfaro-L. R. *Aplicación del Proceso Enfermero Guía Práctica*. 3ª edición Lippincott; 2014.
13. Noguera N. Y. *Nursing Care Process: A Tool for the Guarantee of Quality of Care Actualizaciones de Enfermería*. 2008; 11(4).
14. Rosales B, Eva R. *Fundamentos de Enfermería*. 3ª edición España: Manual Moderno; 2004.

15. Hernandez M. A. *Fundamentos de Enfermería*. 3ª edición Trillas; 2015. p.390
16. Gomez E.R. *Fundamentos de Enfermería: Ciencia, Metodología y Tecnología*. 1ª. ed. España: Manual Moderno; 2009. p.623
17. Martinez Q. A, Vazquez M. *Consideraciones Éticas: El cuidado y la seguridad del paciente*. *Etica del Cuidado* 2008 1(1) <http://bit.ly/28XEUzf> (ultimo acceso 4 de Marzo de 2016)
18. Vicente M. *Dilemas éticos en el Periodo Neonatal Surgidos con la Introducción de Nuevas Tecnologías*. *Revista medica electronica* 2002; 57(06)
19. Comision Interinstitucional de Enfermería. SSA. *Codigo de ética para las enfermeras y enfermeros de México*. 2001
20. Comisión Nacional de Bioetica. *Consentimiento Informado*. CONAMED 2015. <http://bit.ly/28O3vTu> (ultimo acceso 2 de Abril de 2016)
21. Instituto Nacional de Salud Publica,. *Consentimiento Informado*. Comité de ética Mexico ; 2012 <http://bit.ly/28TJv11> (ultimo acceso 1 de Enero de 2016)
22. Diario Oficial de la Federacion. Norma Oficial Mexicana -004-SSA3-2012, Del expediente clínico. 2012, Mexico <http://bit.ly/28VXbep> (ultimo acceso 10 de Marzo de 2016).
23. Ileana Páez-Hanser. Derechos del recién nacido. s.f. <http://bit.ly/29VWc0H> (ultimo acceso febrero 2016)
24. Ravalli M.J, Ortiz Z. *Decalogo: Los derechos de los niños prematuros*. UNICEF 2013 <http://uni.cf/28UUMTD> (ultimo acceso 15 de Abril de 2016).
25. Hernandez F.G. *Exploracion Neurologica de la cabeza en niños recién nacidos*. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2004 Dec; 71(06): p. 292-296.
26. Carlo W.A., Kliegman R.M., Stanton B.E., St. Geme J.W.. et al. *Physical Examination of the newborn infant*. 19th ed. Philadelphia: Nelson Textbook of Pediatrics; 2011.
27. Martinez J.F., Manrique A.M. *Craneosinostosis y malformaciones craneales*. Venezuela, 2011. <http://bit.ly/28VYHgp> (ultimo acceso 20 de enero de 2016)
28. INFOGEN. *Craneosinostosis cierre prematuro de la sutura*. Mexico, 2013 <http://bit.ly/28XGCAL> (ultimo acceso 20 de Enero de 2016))
29. Goyenechea G. F, Hodelín T. R. *Craneosinostosis*. La habana, Cuba; 2009 <http://bit.ly/28UVNv2> (ultimo acceso 25 de enero de 2016)

30. Zambudio C. G. A. *Hipospadias*. España 2008: <http://bit.ly/28VJaem> (ultimo acceso 20 de enero de 2016).
31. Elder J.S.,Kliegman R.M., Behrman R.E., Jenson H.B., Stanton B.F. *Anomalies of the penis and urethra*. 19th ed. Saunders E, editor. Philadelphia: Nelson Textbook of Pediatrics; 2011.
32. INFOGEN. Anormalidad en la posición del orificio del pene hipospadias. Mexico, 2013. <http://bit.ly/28XGUr9> (ultimo acceso 28 de enero de 2016).
33. Marion Johnson, Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McCloskey Dochterman, Meridean Maas, Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. *Interacciones NANDA NOC y NIC Diagnosticos Enfermeros: Resultados e Intervenciones 2ª Edic*. Elsevier Mosby España 2007; p.693



ANEXO 1



MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO Y LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

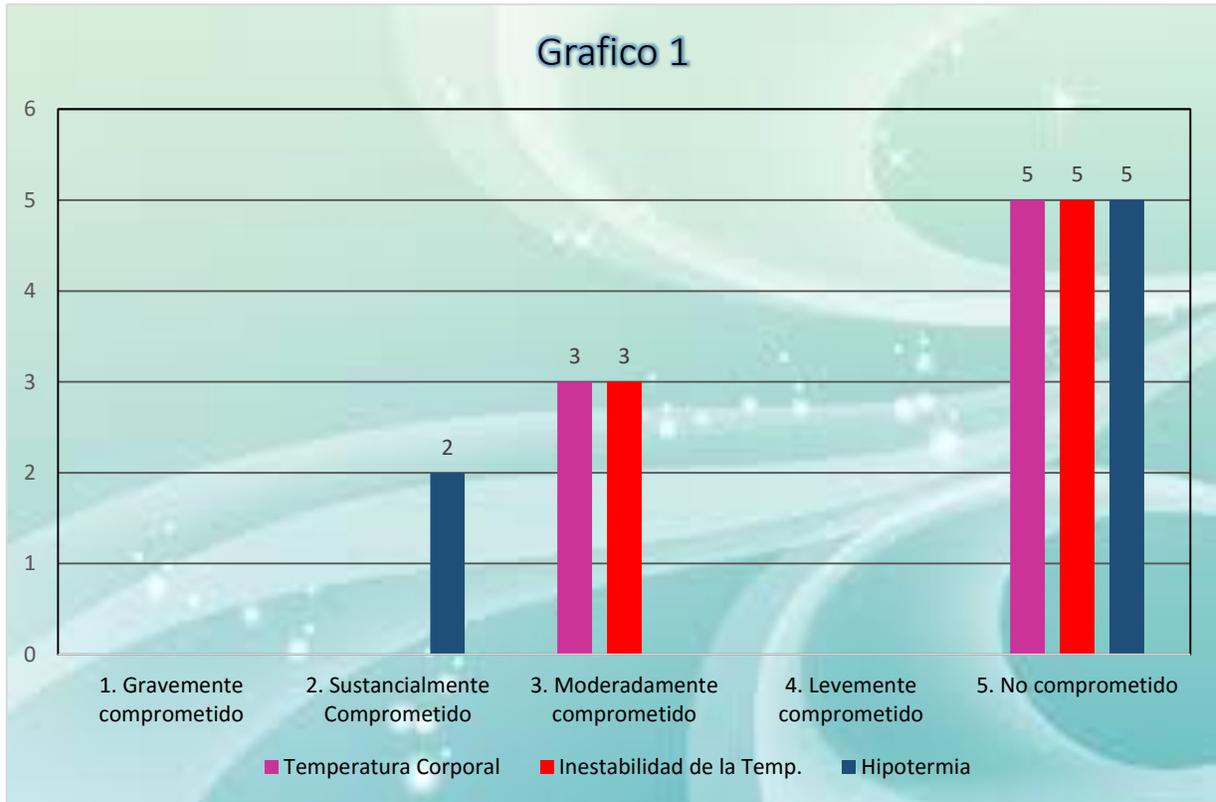


GRAFICO 1. En la siguiente grafica se muestra que el neonato se encontraba sustancialmente comprometido por la hipotermia que presentaba mientras que la temperatura corporal y la inestabilidad de la temperatura estaba moderadamente comprometida. Logrando que el neonato pasara a un estado no comprometido.

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

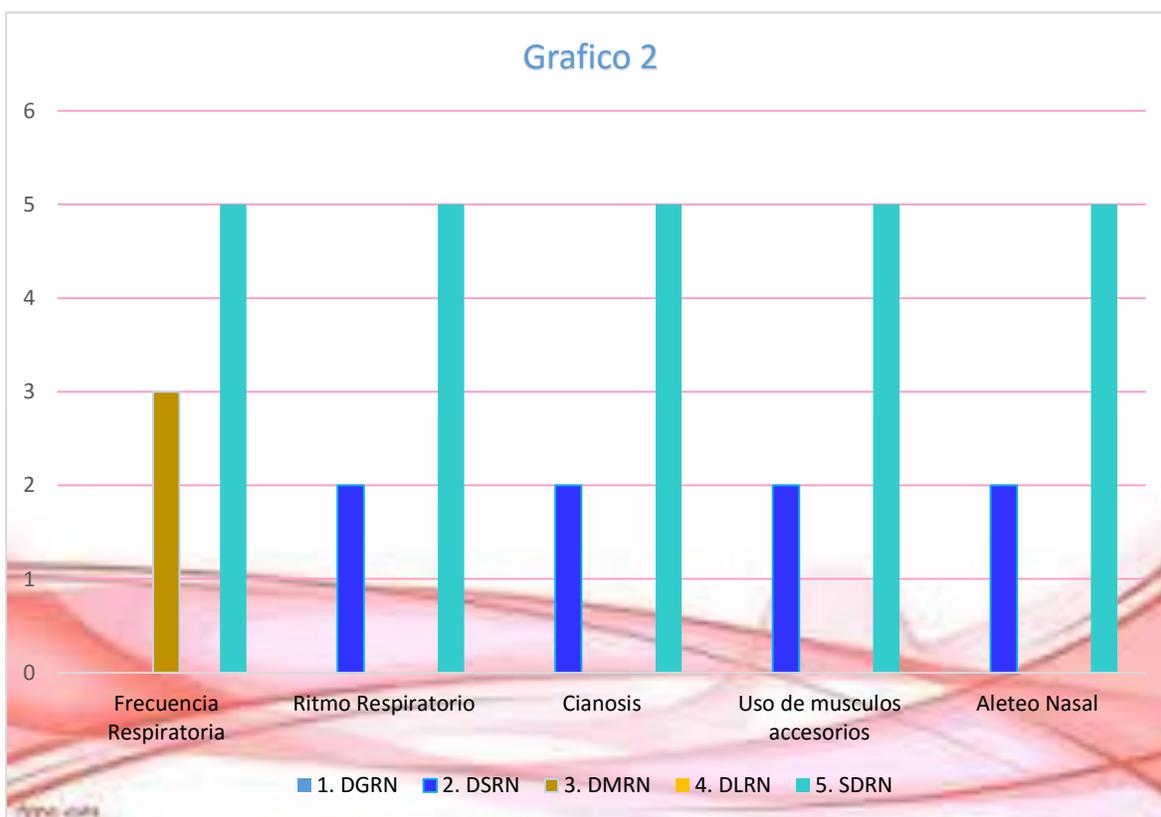


GRAFICO 2. En la siguiente grafica se muestra que la frecuencia respiratoria que se encuentra en una desviación moderada del rango normal propicie, en el neonato que su ritmo respiratorio, el uso de músculos accesorios y aleteo nasal originen cianosis propiciado que caiga en desviación sustancial del rango normal. Con las medias asistenciales proporcionadas al neonato paso a un rango normal.

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS

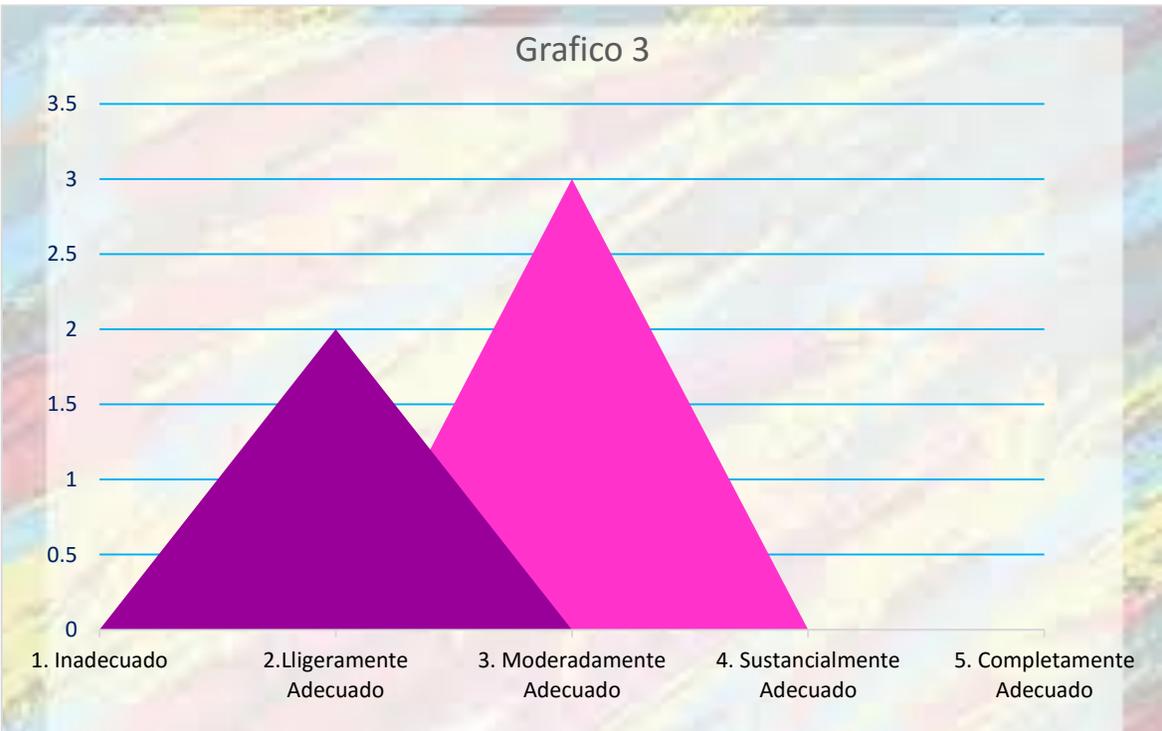


GRAFICO 3. En la presente gráfica se muestra un desarrollo ligeramente adecuado del desarrollo del lactante y el crecimiento del neonato en un estado moderadamente adecuado.

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS



GRAFICO 4. En el presente grafico se muestra que la madre del neonato cuenta con un conocimiento extenso sobre cómo debe posicionar a su recién nacido para a alimentarlo, lo que ocasiona que el neonato quede satisfecho el cual refleja un conocimiento sustancial mientras que la técnica de amamantar del neonato y la evaluación de la deglución se encuentran en conocimiento moderado.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO

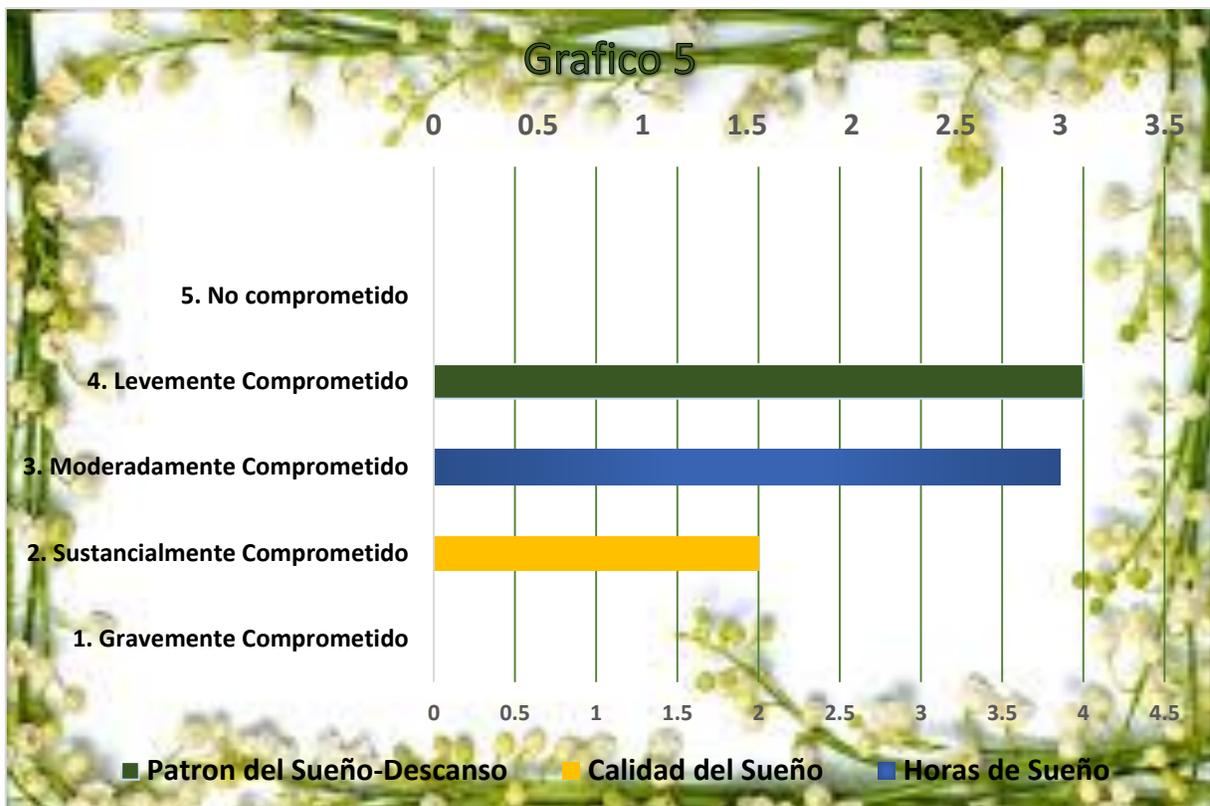


GRAFICO 5. En el siguiente grafico el neonato presenta un patrón de sueño levemente comprometido, mientras sus horas de sueño se encuentran moderadamente comprometidas y la calidad del sueño sustancialmente comprometida ocasionado por los estímulos externos del ambiente. (Voces, llanto de otros RN, alarmas etc.). Por lo que se realizan medidas de contención, evitando interrupciones del sueño, ruido excesivo etc.

PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO

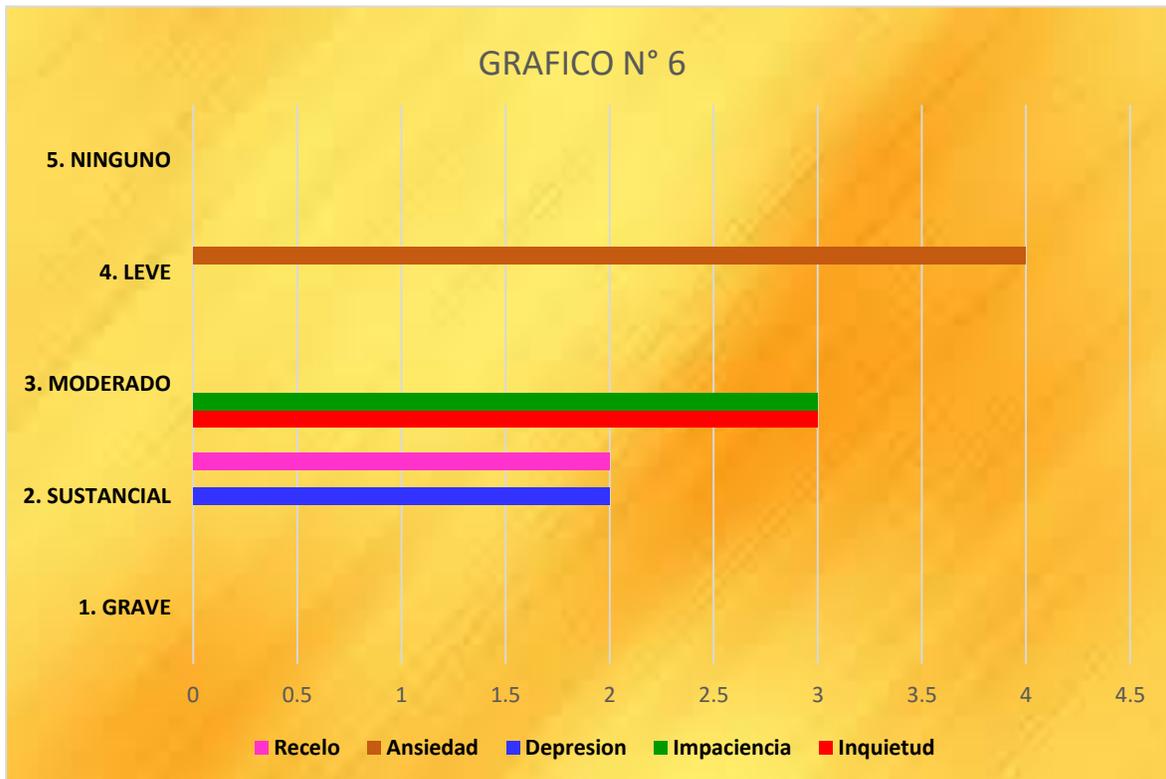


GRAFICO 6. Expresa la ansiedad en la que se encuentra la madre del neonato, en un estado de recelo y depresión que la coloca en un estado sustancial, mientras que la impaciencia y la inquietud la coloca en un nivel moderado y la ansiedad en uno leve.



ANEXO 2





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CICLO ESCOLAR 2012 – 1



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO

FORMATO DE VALORACIÓN NEONATAL

ELABORADO POR:

EEN. HERNÁNDEZ ROJAS CAROLINA

EEN. MARTÍNEZ CLEMENTE ARACELI

NOVIEMBRE 2011

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Obregón Rocha RN. SEXO: (F) (M) HORA NACIMIENTO: 02:10.
 LUGAR DE NACIMIENTO: México D.F. FECHA NACIMIENTO: 09/11/11
 REGISTRO: 490201.
 PESO AL NACER: 2500 gr. TALLA: 50 cm. EDAD GESTACIONAL: 39.2 X cap. TIPO DE PARTO: Cesárea
 FECHA DE INGRESO: 09/11/11 DIAS DE ESTANCIA: 2 días GRUPO Y RH: O positivo.
 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SI) (NO) O AVANZADAS (SI) (NO)
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Mediante entrevista directa y expediente clínico de la paciente y el neonato.
 ELABORADO POR: L.E.O. Guadalupe Yañez Gaona.
 FECHA DE ELABORACIÓN: 13 de Noviembre de 2011 UNIDAD HOSPITALARIA: Hospital de la Mujer SSA

2.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

2.1.- SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS: Seguro Popular

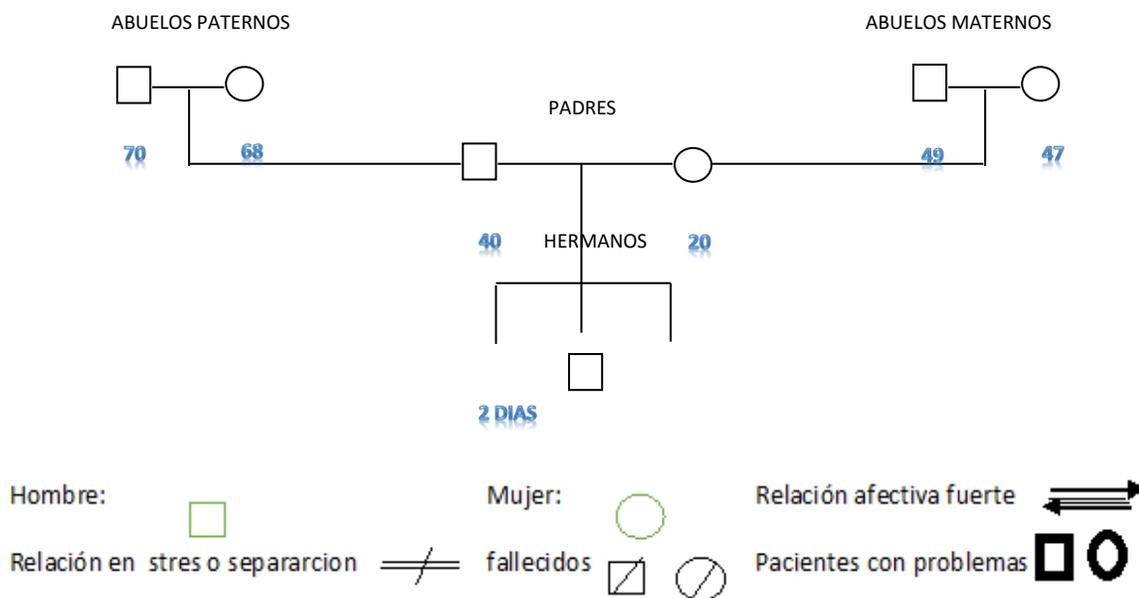
2.2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA () DESINTEGRADA () NUCLEAR () EXTENSA ()

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Tres

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Obregón Rocha Ruth Angélica	20	Secundaria	Ama de casa
Hernández Martínez Alfredo Gustavo	40	Secundaria	Estilista

2.3.- FAMILIOGRAMA



3.- FACTORES AMBIENTALES

3.1.- ÀREA GEOGRÀFICA: URBANA (X) SUBURBANA () RURAL ()

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÀMINA () CARTÒN () CONCRETO (X) OTROS: _____

PAREDES: TABIQUE (X) MADERA () OTROS: _____ PISO: CEMENTO () TIERRA () OTROS: Mosaico

No. HABITANTES: 2 personas.

3.3.- VENTILACIÒN E ILUMINACIÒN: BUENA (X) REGULAR () DEFICIENTE ()

3.4.-SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA (X) LUZ (X) DRENAJE (X) ALUMBRADO PUBLICO (X) PAVIMENTACIÒN (X) CUENTA CON JARDÌN ()

3.5.- FAUNA NOCIVA

PERROS: () No. (X) VACUNADOS () GATOS: (X) No. () VACUNADOS () AVES: () No. (X) OTROS: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

4.- ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA: 1 .PARA: 1 . ABORTO: 0 CESÀREA: 1 . FUM: 20/02/11 GRUPO RH: O+

ISOINMUNIZACIÒN PREVIA: si . CONTROL PRENATAL: SI (X) NO () N° DE CONSULTAS: 9 .

ULTRASONIDO OBSTÈTRICO: SI (X) NO () N°: 2 .

4.1.- FACTOR DE RIESGO

POR FACTOR MATERNO

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD MATERNA	20	-----	17 – 35 AÑOS	<17 Y >35 AÑOS
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio alto	-----	MEDIO – ALTO	BAJO
ALIMENTACION	adecuada	ADECUADA	POCO DEFICIENTE	DSNUTRICIÒN – OBESIDAD
TABAQUISMO	no	NO		SI
INGIERE ALCOHOL	no	NO		SI
PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCION	no	NO		SI
PADECIMIENTO ACTUAL ¿CONTROL?		NO		SI
GESTA NUMERO	1	-----	<3	>3
CONTROL PRENATAL		SI		NO
COMPLICACIONES PRENATALES O NEONATALES PREVIOS (MULTIGESTA)	IVU	NO		SI
ANESTESIA	No	NO		SI

¿EN EL TRANCURSO Y HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE SALUD?	Hipertensión al final del embarazo	NO		SI
--	------------------------------------	----	--	----

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO CCCCCCCCCCCCCCCC

NOTA: Todos los rubros valorados se encuentran en nivel bajo este será el resultado, si un factor del nivel medio es afectado el riesgo será medio y si 2 o más factores detectados de cualquier nivel el riesgo es alto.

POR FACTOR NEONATAL

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
PESO	2500 gr.	2500g – 3999g		<2500g >4000g
SEMANAS DE GESTACIÓN (CAPURRO)	39.2 sdg	261 – 295 días 37 – 42 SDG		<37 SDG o >42 SDG <260 días o >295 días
GESTACIÓN	único	ÚNICO		GEMELAR
APGAR A LOS 5'	8/9	7 A 10	4 A 6	<3
SILVERMAN	02	<3	4 – 6	>7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO RELACIÓN PESO-EDAD (GRAFICA JURADO GARCÍA)	PBEG	AEG PORCENTILA DENTRO DE 10 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES	Si	NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO	No	NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL	No	NO		SI

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO CCCCCCCCCCCCCCCC

NOTA: Todos los rubros valorados se encuentran en nivel bajo este será el resultado, si un factor del nivel medio es afectado el riesgo será medio y si 2 o más factores detectados de cualquier nivel el riesgo es alto.

CUIDADOS INMEDIATOS

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

4.2.- VALORACION DEL NEONATO

VALORACIÓN APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

CUIDADO MEDIATOS

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

RIESGO; bajo

NOTA: RIESGO BAJO (SI) RIESGO ALTO (NO)

INTERPRETACION: 8 / 9 .

METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)

Madurez neuromuscular						
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Angulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote del brazo	180°		100-180°	90-100°	<90°	
Angulo popliteo	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Signo de la bufanda						
Talón-oreja						
Madurez física						
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Levemente rosada, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Descamación de áreas pálidas, venas escasas	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa rugosa
Lanugo	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso	Escala de madurez Puntos Sem.
Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transversal único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	
Mamas	Levemente perceptibles	Aréola plana sin pezón	Aréola levantada 1 a 2 mm del pezón	Aréola levantada 3 a 4 mm de pezón	Aréola completa, 5 a 10 mm de pezón	10 28
Oído	Aplanado, permanente, doblado	Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta	Borde curvo suave, de fácil recuperación	Formado, firme, recuperación instantánea	Cartilago grueso firme	15 30
Genitales	Escroto vacío sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo, rugosidades completas	20 32
Genitales	Clítoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clítoris y labios menores cubiertos	25 34
						30 36
						35 38
						40 40
						45 42
						50 44

INTERPRETACIÓN NO APLICA

4.3.- FACTORES DE RIESGO NEONATAL POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO O SISTEMA	FACTOR DE RIESGO	ALTO
RESPIRATORIO	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	
	SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	
	APNEA	
	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	
	NEUMONÍA	
	HERNIA DIAFRAGMÁTICA	
	BRONCO DISPLASIA PULMONAR	
	CARDIOPATÍAS ACIANOGENAS	

CARDIOVASCULAR	CARDIOPATÍAS CIANÓGENAS	
	ARRITMIAS	
GÁSTRICO	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	
	ATRESIA DUODENAL	
	ATRESIA ESOFÁGICA	
	GASTROQUISIS	
	ONFALOCLISIS	
	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	
	HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL PÍLORO	
	COLELITIASIS	
	ANO IMPERFORADO	
	MALFORMACIONES ANORECTALES	
HEMATOLÓGICO	ANEMIA	
	HIPERBILIRRUBINEMIA	
	POLIGLOBULIA	
	ERITROBLASTOSIS	
	PLAQUETOPENIA	
	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR ISOINMUNIZACIÓN	
APARATO NEUROLÓGICO	CAPUT SUCCEDANEUM	OCCIPITAL
	CEFALOHEMATOMA	
	HEMORRAGIA INTERVENTRICULAR	
	CONVULSIONES	
	HIDROCEFALIA	
	DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL	
	ESPINA BÍFIDA	
	MICROCEFALIA	
	ANENCEFALIA	
	HIPERGLUCEMIA	
	HIPOGLUCEMIA	

ALTERACIONES METABÓLICAS	HIPERPOTASEMIA	
	HIPOPOTASEMIA	
	HIPONATREMIA	
	HIPERNATREMIA	
ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS	HIPERPOTASEMIA	
	HIPOPOTASEMIA	
	BICARBONATO	
TRASTORNOS MUSCOLOESQUELÉTICOS	LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL	
	PIE EQUINOVARO	
	DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA	
	POLIDACTILIA	
	ESCOLIOSIS CONGÉNITA	
	ONTOGÉNESIS IMPERFECTA	CRANEOSINOSTOSIS
INFECTOLOGÍA	FRACTURAS Y LESIONES	
	NEUMONÍA	
	SEPTICEMIA	
	ENDOCARDITIS INFECCIOSA NEONATAL	
	MENINGITIS BACTERIANA	
	OTITIS MEDIA	
	HIV	
	CONJUNTIVITIS	
DERMATOLOGÍA	HEMANGIOMAS	
	DERMATITIS ATÓPICA	
	DERMATITIS SEBORREICA	
	DERMATITIS DE PAÑAL	
	ERITEMA TÓXICO	
	ACRODERMATITIS	
UROLOGÍA	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	
	ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA RENAL	

	RIÑÓN UNICO	HIPOSPADIAS
OFTALMOLOGÍA	ROT	
	CONJUNTIVITIS	
	RETINOBLASTOMA	
	DACRIOCISTITIS	
	QUERATITIS	

RIESGO: MUSCULOESQUELETICO / UROLOGO

TEORÌA GENERAL DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FRECUENCIA CARDIACA			150X'	139X'	142X'
RITMO CARDIACO (REGULAR, IRREGULAR, ARRITMIA)			REGULAR	REGULAR	REGULAR
FRECUENCIA RESPIRATORIA			49X'	47X'	48X'
RUIDO RESPIRATORIO (ESPECIFICAR)					
TEMPERATURA CORPORAL			36°	36.8°	37°
TEMPERATURA INCUBADORA O CUNA			NA	NA	NA
TENSIÒN ARTERIAL			NA	NA	NA
OXÌMETRIA DE PULSO			NA	NA	NA
LLENADO CAPILAR			3SEG	2SEG	3SEG

1.1.- ¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI () NO (x)

VALORACIÒN DE SILVERMAN-ANDERSON

RESULTADOS

PARÀMETROS	CERO	UNO	DOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÒN TORACO-ABDOMINAL			03	00	00
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
RETRACCIÒN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA					
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ADECUADO Y CONSTANTE					
SILVERMAN-ANDERSON	DIFICULTAD RESPIRATORIA							

1 A 2	LEVE
3 A 4	MODERADA
> 5	GRAVE

1.2.- FASE DE VENTILACIÒN

FASE VENTILATORIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FASE 1 ESPECIFICA	FIO ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'		NA	NA	NA
FASE 2 ESPECIFICA	FIO ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'		NA	NA	NA
FASE 3 ESPECIFICA	MODALIDAD CMV IMV PSV	PARAMETROS PIP PEEP FR CPM			

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

PARÀMETROS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PH			NA	NA	NA
PCO ₂			NA	NA	NA
PO ₂			NA	NA	NA
HCO ₃			NA	NA	NA
% SATURACIÒN O ₂			NA	NA	NA
INTERPRETACIÒN			NA	NA	NA

1.4.- CON BASE EN LA VALORACIÒN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIÀ

1. PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ RELACIONADO CON LA INADECUADA ADAPATACION PULMONAR MANIFESTADO POR CIANOSIS CENTRAL, LLENADO CAPILAR DE 3 SEGUNDO Y SILVERMAN ANDERSON DE 3

2. Y 3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÈTRICA	☑		
	INTEGRA	☑		
	ÚVULA CENTRAL	☑		
MUCOSAS	HÍDRATADAS	☑		
	ROSADAS	☑		

	SECAS			
	INTEGRAS	☑		
LENGUA	TAMAÑO	☑		NORMAL
	INTEGRA	☑		
	ROSADA	☑		
	FRENILLO		☑	
PALADAR	INTEGRO	☑		
	ROSADO	☑		
	PERLAS DE EPSTEIN		☑	
ENCIAS	INTREGRA	☑		
	ROSADA	☑		
	DIENTES		☑	
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL	☑		27 CM.
	BLANDO/DEPRESIBLE	☑		
	DISTENDIDO/DURO		☑	
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES		☑	
	PERISTALSIS	☑		
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO	☑		
	ARETIAS 2	☑		
	VENAS 1	☑		
	MONIFICADO	☑		
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE	☑		
	HIDRATADA			
	HUMEDA			
FONTANELAS	NORMOTENSA		☑	PB. CRANEOSINOSTOSIS
	ABOMBADA			
	DEPRIMIDA			
	TENSA			

A) INGRESOS

INGRESOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
VIA ENTERAL			SMLD	SMLD	SMLD
1) SENO MATERNO					
2) FORMULA (ESPECIFICAR)					
VIA DE ADMON			SUCCION Y DEGLUCIÓN	SUCCION Y DEGLUCION	SUCCION Y DEGLUCIÓN
1) SUCCIÓN					
2) SOG					
3) OTROS (ESPECIFICAR)					
VIA PARENTERAL			NA	NA	NA
1) NPT					
2) SOLUCION BASE					
3) SOLUCION PARA MANTENER VIA PERMEABLE					
Kcal POR DÍA			NA	NA	NA
LIQUIDOS TOTALES			NA	NA	NA
LIQUIDOS REALES			NA	NA	NA
BALANCE			NA	NA	NA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO			2500	2500	2500
TALLA			50	50	50
INCREMENTO PONDERAL			NO	NO	NO
GLICEMIA CAPILAR			68MG/DL	78 MG/DL	80 MG/DL
GLICEMIA CENTRAL			NO	NO	NO

TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS
	NA	NA	NA
	NA	NA	NA

F) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

2. LACTANCIA MATERNA INEFICAZ RELACIONADO CON EL REFLEJO DE SUCCION DEBIL DEL NEONATO MANIFESTADO POR LA INCAPACIDAD DE AGARRAR CORRECTAMENTE EL SENO MATERNO
3. PATRON DE ALIMENTACION INEFICAZ DEL NEONATO RELACIONADO CON DETERIORO NEUROLOGICO MANIFESTADO POR LA INCAPACIDAD PARA INICIAR UNA SUCCION EFECTIVA

4.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

4.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión (*CS*) deglución (*CS*) búsqueda (*CS*) moro () tónico cuello ()

Enderezamiento del tronco (*CS*) puntos cardinales (*CS*) Arrastre ()

Inervación del tronco (*CS*) presión plantar (*CS*) presión palma r (*CS*) babinsky (+)

4.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos			<i>CSCS</i>	<i>CSCS</i>	
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					<i>CSCS</i>
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida					
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO					
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos					
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO					
REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO			4HR.	4HRS.	3 HRS.

4.3.- TEORÍA SINACTIVA

SISTEMA	CONCEPTO	SIGNOS DE ESTABILIDAD	SIGNOS DE ESTRÉS
Autonómico	Es el funcionamiento básico de nuestro cuerpo necesario para nuestra supervivencia. Los indicadores son el color de la piel, frecuencia cardíaca y patrón respiratorio.	Respiración tranquila y regular, coloración normal. Reducción de temores y signos viscerales.	Pausas respiratorias, taquipnea, cambios de color a cianótico, marmóreo o pálido. Temores, hipo, bostezar, vómito. Regurgitación.
Motor	Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.	Modulación de postura y tono. Actividad mano boca.	Flacidez, hipertono e hiperextensión brazos y piernas, manos abiertas, mano en cara.
Estados	Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia-sueño-despertar-llanto.	Alerta e interactúa, acepta consuelo, duerme tranquilo, sonríe.	Despierto, cambios bruscos de dormido a despierto, irritable. Difícil consuelo.
Atención/interacción	Capacidad del niño para interactuar con el medio.	Acepta estimulación visual, estabilidad de los otros subsistemas.	Aversión a la mirada. somnolencia e inestabilidad de los estados motor o autonómico
Autorregulación	Valora los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas.	Acepta estimulación e interactúa, estabilidad de los subsistemas.	Inestabilidad de los subsistemas.

INTERPRETACIÓN

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA			AUTONÓMICO	MOTOR	AUTONÓMICO
ESTABILIDAD			RESPIACIONES TRANQUILAS	ACTIVIDAD MANO BOCA	COLORACION NORMAL
ESTRÉS			NINGUNO	MANO EN CARA	NINGUNO

4.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. HIPOTERMIA RELACIONADO CON LA EXPOSICION A ENTORNOS FRIOS MANIFESTADO POR REDUCCION DE LA TEMPERATURA CORPORAL POR DEBAJO DE LOS LÍMITES NORMALES, ENLENTECIAMIENTO DEL LLENADO CAPILAR Y PIEL FRIA

5.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

PARAMETRO		SI	NO	COMENTARIO
	INTEGRO			

GENITALES FEMENINOS	LABIOS MAYORE			
	LABIOS MENORES			
	MEATO URINARIO			
	PRESENCIA DE SECRECIÓN			
GENITALES MASCULINOS	ESCROTO	CS		
	PREPUCIO	CS		MALFORMACION
	TESTICULOS	CS		DESENDIDOS
	MEATO URETRAL		CS	NO CENTRALDO
ANO	PERMEABLE	CS		
	CENTRAL	CS		
	FISTULAS		CS	
GLUTEOS	INTEGROS	CS		
	SIMETRICOS	CS		
	PLIEGUES PRESENTES	CS		

5.1.- EGRESOS

ELIMINACIÓN URINARIA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA			ESPONTANEA	ESPONTANEA	ESPONTANEA
FORZADA (ESPECIFICAR)			NO	NO	NO
CANTIDAD ml/hr			10 ML	15 ML	10 ML
COLOR			AMARILLO CLARO	AMARILLO CLARO	AMARILLO CLARO
OLOR			INTESNOS	NO INTENSO	NO INTENSO
DENSIDAD			1.015	1.010	1,020

ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA			SI	SI	SI
FORZADA (ESPECIFICAR)					

ESTOMAS			NO	NO	NO
CANTIDAD grs/ turno			30 GR.	20 GR.	15 GR.
OLOR				NO	NO
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)			MECONIAL	AMARILLO CON GRUMOS	AMARILLO

DRENES

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SONDA OROGASTRICA			NA	NA	NA
VÓMITOS			NO	NO	NO
FISTULAS			NO	NO	NO
SONDA PLEURAL			NO	NO	NO
OTROS(ESPECIFICA)			NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO

PESO CORPORAL	PÈRDIDAS INSENCIBLES DE AGUA (ml/kg/día)		V A L O R A C I O N	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	EN CUNA RADIANTE	EN INCUBADORA						
<1,000	100-150	75-100				NA	NA	NA
1,000-1.500	75-100	50				NA	NA	NA
1.500-2.000	50	25-50				NA	NA	NA
>2.000	50	25-50				NA	NA	NA

5.2.- CON BASE EN LA VALORACIÒN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIA

1. DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA RELACIONADA CON LA POSICION ANATOMICA DE LA URETRA MANIFESTADA POR LA DIFICULTADA PARA INICIAR EL CHORRO DE ORINA

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

6.1.- NEONATO: PLANEADO SI () NO () DESEADO (SI) ACEPTADO (SI)

6.2.- RECIBE VISITA MATERNA: NEONATO EN COMPAÑÍA DE SU MADRE EN EL SERVICIO DE ALOJ. CONJ. .

6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: SI EXISTE CONTACTO FISICO

6.4.- APEGO MATERNO: SI

6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: SI SE LE EXPLICA COMO LLEVAR A CABO ESTA TECNICA ENTRE EL NEONATO Y LA MADRE

6.6.- RECIBE ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: SI

REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO

INICIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FECHA Y HORA				10:00	
EDAD DVE				2 DIAS	
PESO				2500	
METODO DE ALIMENTACIÓN				SMLD	
DURACIÓN DE CONTACTO PIEL A PIEL				15 MIN.	
COMENTARIO U OBSERVACIÓN				POCA PRIVACIODA D	

6.7.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÌA

1. BIENESTAR EN EL REQUISITO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL MANIFESTADO POR LA ACEPTACION DE LA MADRE, PROTECCION Y PREOCUPACION POR SU NEONATO Y LLEVAR A CABO LAS TECNICAS CON AGRADO E INTERES POR APRENDER.

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

7.1.- EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO SI () NO ()
¿POR QUE? POR LA HIPOSPADIA Y PB. CRANEOSINOSTOSIS

7.2.- LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO SI () NO ()
Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: SI POR EDAD DE LA MADRE ADEMÁS DE CONTAR CON POCOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE LLEVAR EL NEONATO EN EL HOGAR Y NO SABER IDENTIFICAR LOS SIGNOS DE ALARMA DEL NEONATO.

7.3.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES: AREA ABIERTA CON VENTILACION Y AMBIENTE POCO TERMICO

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: SE INDICA A LA MADRE UE LA HAB. DEBE SER CERRADA LIBRE DE CORRIENTES DE AIRE

7.5.- VALORACIONES DEL DOLOR

CRIES

C-LLANTO (CRYING), R REQUERIMIENTO DE O₂, I- INCREMENTO DE S.V., E- EXPRESIÓN S-SUEÑO

PARAMETROS	0	1	2
Llanto	No	Agudo	Inconsolable
Requerimiento de oxígeno	No	>30%	>30%
Aumento de las constantes vitales (FC, T/A)	Ninguno	>20%	>20%
Expresión facial	Ninguna	Muecas	Muecas y gemido
Sueño	No	Despierto a intervalos frecuentes	Despierto constantemente
			TOTAL

10 – máximo dolor

05 – indicativo de dolor

00 – no dolor

NIPS

NEONATAL PAIN ASSEMENT SCORE

PARAMETROS	0	1	2
Sueño	Normal	Sueño corto 5 – 10 minutos	No
Expresión facial al dolor	Calmando y relajado	Intermitente	Constante y marcada
Actividad motora espontanea	Normal	Agitación moderada o disminuida	Sacudidas, agitación constante o no actividad
Tono global	Normal	hipertonía o hipotonía moderada	Fuerte hipertonía o hipotonía, flacidez
Consolabilidad	Quieto en 1 minuto	Después de un minuto	No
Llanto	No	Quejido	Vigoroso
FC	Basal	10-20% incremento	>20% incremento
Presión arterial	Basal	10 mm incremento	>10% incremento
Patrón respiratorio	Basal	Respiración periódica	Apnea o taquipnea
SaO ₂	No aumentada	<10% FiO ₂	> 10% en FiO ₂
			TOTAL 00

< 4 no dolor

5 – 8 dolor moderado

>9 dolor intenso

PPIP

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE

PROCESO	PARÁMETROS	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	≥36	32 a <36 sem	28 a 32 sem	≤28 sem
Observar al niño 15"	Comportamiento	Activo/desperto ojos abiertos mov. faciales.	Quieto/desperto ojos abiertos, no mov. faciales.	Activo/dormido, ojos cerrados, mov. faciales.	Quieto/dormido, ojos, cerrados no mov. faciales.
Observar al niño 30"	FC máx. Sat O ₂ MIN.	0-4 lat/min 0-2.4%	5-14 lat/min 2.5-4.9%	15-24 lat/min 5-7.4%	≥25 lat/min ≥7.5
	Entrecejo Fruncido	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39% tiempo.	Moderado 40-69% tiempo.	Máximo ≥70% tiempo.
	Ojos apretados	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39% tiempo.	Moderado 40-69% tiempo.	Máximo ≥70% tiempo.
	Surco nasolabial	No	Mínimo 10-39% tiempo.	Moderado 40-69% tiempo.	Máximo ≥70% tiempo.
					TOTAL

00 - 6 no dolor

07 - 12 iniciar medidas no farmacológicas

13 - 21 analgesia narcótica

VALORACIÓN DEL DOLOR

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Escala utilizada			NIPS	NIPS	NIPS
Puntuación			00	00	00
Medida emprendida para control del dolor			NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA
Resultado			NEONATO SIN DATOS DE DOLOR	NEONATO SIN DATOS DE DOLOR	NEONATO SIN DATOS DE DOLOR

7.6.- CON BASE A LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. CONDUCTA DESORGANIZADA DEL NEONATO RELACIONADA CON LA FALTA DE CONTENCIÓN EN EL ENTORNO

MANIFESTADO POR IRRITABILIDAD, CANSANCIO, LLANTO Y PERIODOS CORTOS DE SUEÑO.

2. ANSIEDAD DE LA MADRE RELACIONADA CON EL ESTADO DE SALUD DE SU NEONATO MANIFESTADA POR ANGUSTIA, TEMOR, INQUIETUD Y PREOCUPACION CRECIENTE.

8.- PROMOCIÒN A LA NORMALIDAD

8.1.- HIGIENE

INTERVENCIÒN	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA			ARTEZA	ARTEZA	ARTEZA
BAÑO PARCIAL			NO	NO	NO
ASEO DE CAVIDADES			SI	SI	SI
ADICTAMENTOS UTILIZADOS			LEBRILLO Y JABON	LEBRILLO Y JABON	LEBRILLO Y JABON

8.2.-SEGURIDAD Y PROTECCION

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BARRERA PRIMARIA:			NO	NO	NO
CATETERES:					
TIPO					
LOCALIZACIÒN					
BARRERA SECUNDARIA:			NO	NO	NO
LABORATORIOS					
BH					
INMUNOGLOBULINAS					
FACTORES AMBIENTALES:			SI	SI	SI
LUZ					
RUIDO					
RIESGO DE CAIDAS			NO	NO	NO
RIESGO DE INFECCION			NO	NO	NO

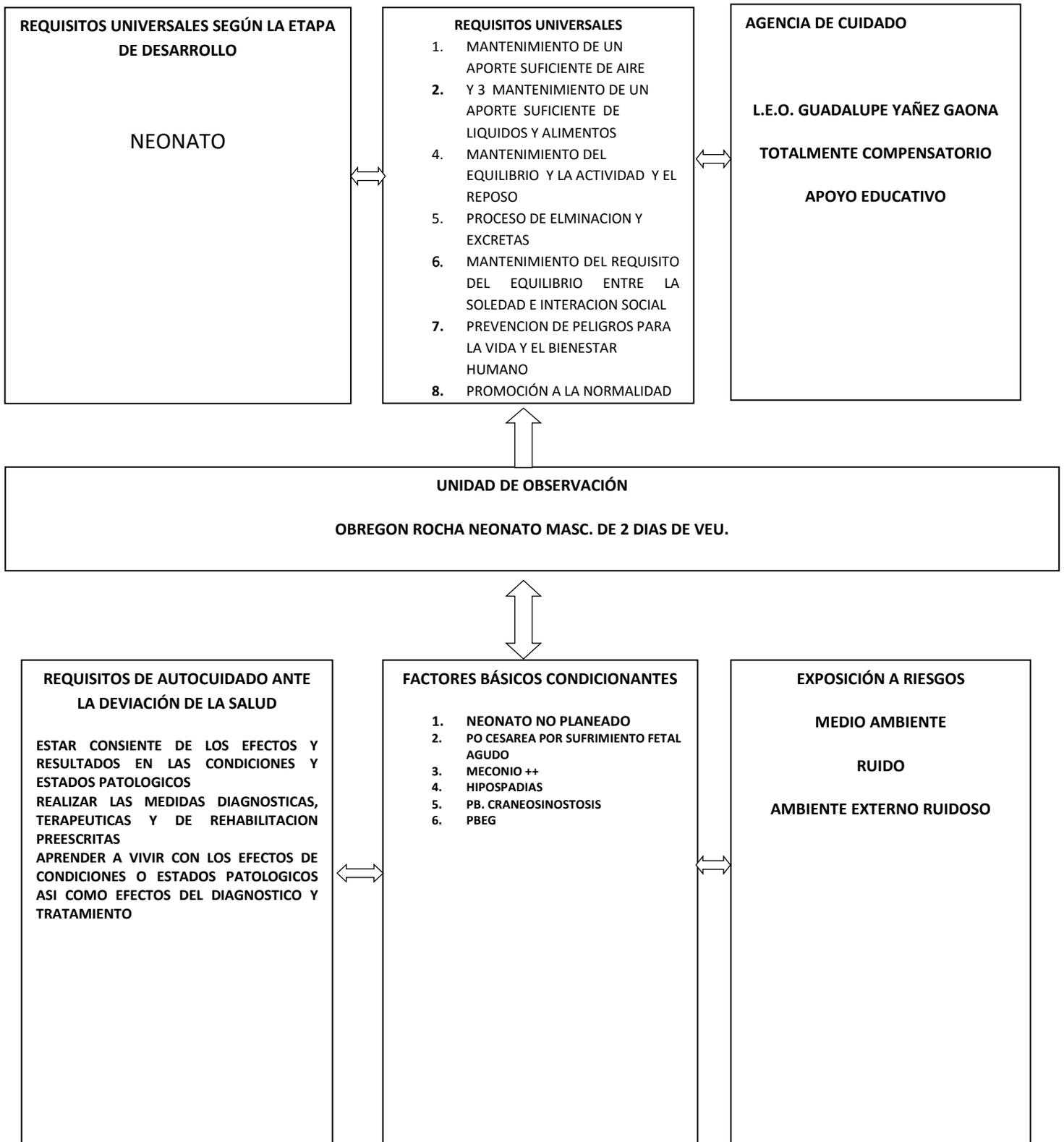
8.3.- INDICADORES DE CALIDAD

INDICADOR DE CALIDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1.- "Ministración de medicamentos por vía oral"(2003)			NA	NA	NA
2.- "Vigilancia y control de venoclisis instalada"(2003)			NA	NA	NA
3.- "Trato digno por enfermería"(2003)			SI	SI	SI
4.- "Prevención de úlceras por presión"(2006)			SI	SI	SI
5.- "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados"(2006)			SI	SI	SIU
6.- "Prevención de infección de vías urinarias por sonda vesical"(2006)			NA	NA	NA
7.- "Cuidado y manejo de la sonda vesical instalada"(2004)			NA	NA	NA
8.- "Curación de herida quirúrgica"(2004)			NA	NA	NA
9.- "Cuidado y manejo de catéter venoso central"(2005)			NA	NA	NA

8.4.- CON BASE A LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADA CON EL CUIDADO DEL NEONATO MANIFESTADO POR LA PREOCUPACION DE LA MADRE_____.

ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
CICLO ESCOLAR 2012 – 1
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO

NOMBRE: LEO GUADALUPE YAÑEZ GAONA FECHA: 11/11/2011

NOMBRE DEL PACIENTE: OBREGON ROCHA RN REGISTRO: 490201

DIAGNÓSTICO MÉDICO: RNMT DE 39.2 SDG/PBEG/PB. CRANEOSINOSTOSIS/HIPOSPADIAS.

HABITUS EXTERIOR:

Neonato masculino instalado en bacinete, con edad aparente a la cronológica, en actitud libremente escogida, facies de tranquilidad, bajo sueño fisiológico, de constitución delgada en posición decúbito lateral izquierdo, con extremidades flexionadas, envuelto en una sábana blanca limpia y un cobertor

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OBSERVACIÓN, PALPACIÓN, AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN

A la exploración física se encuentra hipoactivo, se visualiza cráneo asimétrico y genital dismórfico. La piel tiene una temperatura de 36°C, con coloración marmórea, presencia de lanugo en escasa cantidad en espalda, piel delgada, se observa red venosa en tórax y abdomen. Piel turgente con descamación, mancha mongólica en región sacra, la cabeza es asimétrica con fontanela bregmática fusionada, perímetro cefálico de 30 cm, el cuero cabelludo con implantación baja, color castaño claro, delgado, sedoso y de 4 cm de largo en poca cantidad. Cara asimétrica Cejas claras en poca cantidad, adecuada implantación. Párpados simétricos, implantación de pestañas y sin datos de edema. Ojos simétricos apropiada movilidad y simetría, esclerótica blanca y brillante, pupilas normoreflexiva que reaccionan con la luz. Nariz simétrica, pequeña, permeable. Boca con labios rosados, mucosas hidratadas, paladar íntegro, encías rosadas, úvula central, reflejos de succión y deglución disminuidos. Lengua: rosada de tamaño normal y movilidad. Oídos con implantación alta, ausencia de curvaturas externas, tamaño grande, pabellón auricular delgado, flexible se observa red venosa. El cuello es simétrico, cilíndrico largo, apropiada movilidad. La tráquea central y movilidad. Tórax con forma piramidal, movimientos de ampliación y amplexación simétricos. Silverman Anderson de (00), frecuencia respiratoria de 48 rpm. Sin datos de dificultad respiratoria, ruidos respiratorios normales. Clavícula simétrica en forma de "S" íntegra, La glándula mamaria y pezones normales de 5mm de diámetro, coloración rosada sin salida de secreciones. Frecuencia y ritmo cardíaco normal de 142 lpm, no se auscultan soplos en sus cuatro cuadrantes. Abdomen blando depresible con pared abdominal íntegra, ruidos peristálticos normales; se palpa hígado de aproximadamente 1 cm por debajo del borde costal derecho no doloroso a la palpación. El cordón umbilical normal, presenta 2 arterias y una vena, cubierto con gelatina de Wharton, ligado sin datos de sangrado o infección. Los genitales son fenotípicamente del género masculino, coloración café oscuro, con arrugas, la forma del pene es cilíndrico de 3 cm de largo, le realizaron retracción del prepucio lo que le provocó un poco de edema, meato urinario con implantación baja, presenta hipospadia. El ano permeable adecuada implantación, evacuaciones con meconio y amarillas. Pliegues en glúteo simétrico la cadera simétrica signos de Ortolani y Barlow (-). El dorso y columna recta, simétrica, adecuada movilidad, íntegra. La extremidades simétricas adecuada movilidad, malformaciones no visibles y uñas largas con llenado capilar de 4 seg. Aprox. Pliegues plantares

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA:

1. *Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inadecuada adaptación pulmonar manifestado por cianosis central, llenado capilar de 3 segundos y Silverman Anderson de 3.*
2. Lactancia materna ineficaz relacionado con el reflejo de succión débil del neonato manifestado por la incapacidad de agarrar correctamente el seno materno.
3. Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva. Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva.
4. Hipotermia relacionado con la exposición a entornos fríos manifestado por reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales
5. Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con la posición anatómica de la uretra manifestada por la dificultada para iniciar el chorro de orina.
6. Bienestar en el requisito del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por la aceptación de la madre, protección y preocupación por su neonato y llevar a cabo las técnicas con agrado e interés por aprender.
7. Conducta desorganizada del neonato relacionada con la falta de contención en el entorno manifestado por irritabilidad, cansancio, llanto y periodos cortos de sueño.
8. Ansiedad de la madre relacionada con el estado de salud de su neonato manifestada por angustia, temor, inquietud y preocupación creciente.
9. Conocimientos deficientes relacionados con el cuidado del neonato manifestado por la preocupación de la madre.

COMENTARIOS:

NEONATO EL CUAL ES REFERIDO A INTERCONSULTAS DE GENETICA Y CIRUGIA PEDIATRICA.
SE REALIZA USG TRANSFONTANELAR EL CUAL SE REPOSTA NORMAL Y RAYOS X DE CRANEO SIN
DATOS DE CRANEOSINOSTOSIS

JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO	DIAGNOSTICO	FECHA DE IDENTIFICACION
2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE	<i>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la inadecuada adaptación pulmonar manifestado por cianosis central, llenado capilar de 3 segundos y Silverman Anderson de 3.</i>	10/11/11
2. Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS	Lactancia materna ineficaz relacionado con el reflejo de succión débil del neonato manifestado por la incapacidad de agarrar correctamente el seno materno. Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva. Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con deterioro neurológico manifestado por la incapacidad para iniciar una succión efectiva.	10/11/11
9. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO Y LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO	Hipotermia relacionado con la exposición a entornos fríos manifestado por reducción de la temperatura corporal por debajo de los límites normales	10/11/11
10. PROCESO DE ELMINACION Y EXCRETAS	Deterioro de la eliminación urinaria relacionada con la posición anatómica de la uretra manifestada por la dificultada para iniciar el chorro de orina.	10/11/11
11. MANTENIMIENTO DEL REQUISITO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACION SOCIAL	Bienestar en el requisito del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por la aceptación de la madre, protección y preocupación por su neonato y llevar a cabo las técnicas con agrado e interés por aprender.	10/11/11
12. PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO	Conducta desorganizada del neonato relacionada con la falta de contención en el entorno manifestado por irritabilidad, cansancio, llanto y periodos cortos de sueño. Ansiedad de la madre relacionada con el estado de salud de su neonato manifestada por angustia, temor, inquietud y preocupación creciente.	10/11/11
13. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD	Conocimientos deficientes relacionados con el cuidado del neonato manifestado por la preocupación de la madre.	10/11/11

PLAN DE ALTA

NOMBRE: OBREGON ROCHA RN MASC.	REGISTRO: 490201	DVEU: 2 DIAS	PESO:2500 GR
--------------------------------	------------------	--------------	--------------

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: NEONATO EL CUAL TIENE RESPIRACIONES DE 48 x', CON ADECUADA COLORACION DE TEGUMENTOS, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG.

ORIENTACIÓN MATERNA: se informa a la madre los signos de alarma como son respiraciones rápidas y poco profundas, coloración azul de boca, manos y pies, se hunda el pecho y se marquen las costillas.

MEDICAMENTOS: ninguno

OBSERVACIONES: el neonato no presenta datos de dificultad respiratoria durante su estancia en el hospital y a su egreso

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: la alimentación es a smlr cada 3 hrs. Por succión y deglución aun cuando este dormido no se dará te, agua u otro alimento por lo menos los primeros 6 meses de vida.

Orientación materna: se explica a la madre los beneficios de la lactancia materna y cuando se debe iniciar la ablactación y que tipo de alimentos debe proporcionar a su bebe durante la ablactación.

MEDICAMENTOS: NINGUNO

OBSERVACIONES: SE EXPLICA LA TECNICA DE ALIMENTACION COMO SACAR EL AIRE Y COMO ALMACENAR LA LECHE CUANDO LOS PECHOS ESTEN LLENOS.

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: LA ALIMENTACION ES A SMLD CADA 3 HRS. POR SUCCION Y DEGLUCION AUN CUANDO ESTE DORMIDO NO SE DARA TE, AGUA U OTRO ALIMENTO POR LO MENOS LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA.

ORIENTACIÓN MATERNA: SE EXPLICA A LA MADRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y CUANDO SE DEBE INICIAR LA ABLACTACION Y QUE TIPO DE ALIMENTOS DEBE PROPORCIONAR A SU BEBE DURANTE LA ABLACTACION.

MEDICAMENTOS: NINGUNO

OBSERVACIONES: SE EXPLICA LA TECNICA DE ALIMENTACION COMO SACAR EL AIRE Y COMO ALMACENAR LA LECHE CUANDO LOS PECHOS ESTEN LLENOS.

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

CAMBIO DE PAÑAL: EL CAMBIO DE PAÑAL SE DEBE REVISAR ANTES DE DAR DE COMER AL NEONATO O CADA VEZ QUE EVACUE U ORINE LIMPIAR LOS GENITALES CON UN PAÑO HUMEDO Y TIBIO PARA EVITAR ROSADURAS.

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL: SI LLEGARA A PRESENTAR ERITEMA ASEO DEL AREA AFECTADA CADA VEZ QUE EVACUE U ORINE, NO COLOCAR TALCOS O POMADAS. CONSULTAR CON EL PEDIATRA PARA QUE ESPECIFIQUE EL TARAMIENTO EN CADO DE REQUERIR ALGUNA POMADA PONER OXIDO DE ZINC.

MANEJO DE ESTOMAS: NO APLICA

OBSERVACIONES: NEONATO SIN DATOS DE IRRITACION SE EXPLICA A LA MADRE COMO COLOCAR EL PAÑAL Y LOS PELIGROS DEL USO DE TALCOS Y POMADAS EN EXCESO.

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

POSICIÓN PARA DORMIR: EL NEONATO DEBE DE DORMIR EN UN LAGRA EXCLUSIVO PARA EL QUE TENGA LA CABEZA MAS ELEVADA QUE EL RESTO DEL CUERPO EN ACTITUD LIBREMENTE ESCOGIDA EN POSICION DECUBITO LATERAL.

MEDIDAS DE SEGURIDAD: MANTENER AL NEONATO EN OBSERVACION CONSTANTE, SACAR EL AIRE BIEN ANTES DE ACOSTARLO, NO DEBE DORMIR CON LOS PADRES POR EL RIESGO DE CAIDAS O APLASTAMIENTO, EN UN LUGAR TRANQUILO SIN RUIDO Y LUZ TENUE.,

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: LA ESTIMULACION SE DEBE REALIZAR POR AMBOS PADRES A CUALQUIER HORA DONDE SE DEN MASAJES Y SE EXPLIQUE EN TODO MOMENTO LO QUE SE LE ESTA ASIENDO.

OBSERVACIONES: NINGUNA

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

APEGO MATERNO: LA MADRE TIENE ADECUADO APEGO CON SU NEONATO SE LE EXPLICAN LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO CON SU BEBE YA QUE SE FOMENTAN LOS LAZOS DE AMOR ENTRE LOS PADRES CON EL BEBE.

TÉCNICA DE MAMA CANGURO: SE LE ORIENTO SOBRE LA TECNICA DE CONTACTO PIEL A PIEL Y SE LLEVO A CABO UNA SECCION DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA

OBSERVACIONES: FUE UN POCO DIFICIL LLEVAR A CABO LA TECNICA POR EL AMBIENTE HOSPITALICIO CON POCA PRIVACIDAD Y LA RUTINA DE LA SALA.

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

VACUNAS: SE APLICARON LAS PRIMERAS VACUNAS POR EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA SE ORINETO A LA MADRE SOBRE LOS CUIDADOS DE LA BCG Y LA IMPORTANCIA DEL ESQUEMA DE VACUNACION.

TAMIZAJE: SE BRINDO ORIENTACION SOBRE EL TAMIZ NEONATAL PARA IDENTIFICAR CIERTO TIPO DE ENFERMEDADES.

MEDICAMENTOS: NINGUNO

OBSERVACIONES: SE INFORMO QUE DEBE ACUDIR A SU CITA PARA LA REALIZACION DE DICHO ESTUDIO.

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 ser normal*

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA: LA EDAD DE LA PACIENTE Y DEL PADRE ADEMÁS DEL CONSUMO DE MARIJUANA POR PARTE DEL PADRE QUE REFIERE ES DIARIO.

OBSERVACIONES: SE DIO ORIENTACION A LA MADRE SOBRE EL CUIDADO DE SU NEONATO EN EL HOGAR.



ANEXO 3



ESQUEMA DE EXPLORACION NEUROLÓGICA DEL RECIÉN NACIDO

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Inspección

Circunferencia cefálica



Decúbito prono



Posición supina



Palpar la fontanela

Suspensión ventral



La inspección del rostro



Reflejos bucales



Exploración del tono muscular

Rotación de la cabeza



Prueba de la bufanda



Flexión del puño



Extensión de la rodilla



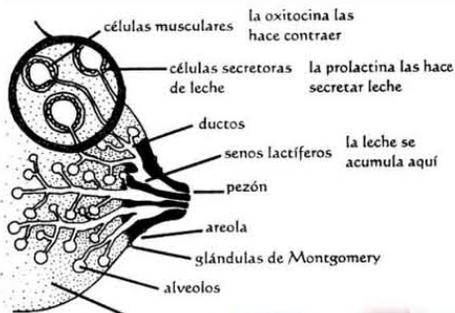
Dorsiflexión del pie



VALORACION NEUROLOGICA DE LOS REFLEJOS DE SUCCION Y DEGLUCION EN EL NEONATO		
SUCCIÓN /DEGLUCION	<i>Evaluación</i>	<i>Interpretación</i>
<p>Ausente o muy débil</p>  <p>(empleo de sonda)</p>	No aplica	No aplica
<p>Débil (usa gotero)</p> 	No aplica	No aplica
<p>Mejor usa alimentador</p> 	<i>En ocasiones debe complementarse la toma con un vasito para que el neonato deglute</i>	<i>Después de dos días de valoración el neonato ya no requirió de ser alimentado con jeringa.</i>
<p>Excelente usa mamila o se alimenta al seno materno</p> 	<i>Al neonato le cuesta trabajo agarrarse del seno materno debido a la mala técnica de alimentación</i>	<i>Se mejoró la técnica de lactancia materna explicando a la madre la técnica correcta y la que se adapte a la más cómoda tanto para ella como a su neonato.</i>

LACTANCIA MATERNA

EXTRACCION DE LA LECHE



Cómo lograr que el bebé se prenda al seno con fuerza



Posiciones para amamantar

Posiciones de Amamantamiento: Recostada de Lado, Usando la Posición de Cuna Modificada



Acunado cruzado



Posiciones de Amamantamiento: Pelota de Fútbol



Pelota de fútbol

