



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

Estudio de caso:

***Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem
aplicada a un Recién Nacido de Término con Sistema VAC por Defecto de
Pared Abdominal tipo Onfalocele***

Que para obtener el título de
Enfermera Especialista del Neonato

PRESENTA

LE. Rosa Liliana García Vargas

Asesor:

E.E.N. Adáí Ramírez Guzmán

Ciudad de México 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la **UNAM** por hacer posible la especialización en enfermería del Neonato, por su compromiso de otorgarla con calidad acorde al programa de estudio en cada una de las sedes.

Al **INPer** por brindarme la oportunidad de conocer y formarme con los mejores profesionistas del área de la salud dedicados al área neonatal. Gracias por su compromiso de formar especialistas con los más altos estándares de calidad y humanismo.

A la **E.E.N. ADAÍ RAMÍREZ GUZMÁN** y **E.E.N. MARIA ANDREA DE LA PAZ ROJAS HERNÁNDEZ**. por brindarme las facilidades, el tiempo y sus conocimientos para poder llevar a cabo este trabajo, su experiencia y amor por los neonatos me han inspirado para desear ser mejor enfermera.

Hoy con profunda alegría de culminar este trabajo, cito al gran filósofo griego Aristóteles que sabiamente dijo ***”la virtud intelectual nace y se desarrolla con la enseñanza y en consecuencia, necesita experiencia y tiempo. Las virtudes morales se desarrollan con el hábito”***. Por lo que reitero mi compromiso de brindar un mejor cuidado acorde a mi adquisición de conocimiento que obtuve durante el posgrado.

L.E. Rosa Liliana García Vargas

DEDICATORIAS

A DIOS

Por ponerme en el camino de la profesión más humana y apasionante a la que se puede dedicar un ser humano, por permitirme ser instrumento de tu voluntad y ser quien cuide de mis semejantes y ahora especialmente de mis hermosos neonatos.

A MIS HIJOS

Por ser la fuente de vida que me inspira para dar lo mejor de mí cada día, espero este trabajo sea un ejemplo de que con dedicación, esfuerzo, constancia y amor a lo que haces se pueden lograr las cosas más anheladas, no hay un solo día de mi vida que no sea inspirado y dedicado a ustedes mis amados hijos.

A MIS PADRES

Porque gracias a ustedes aprendí que la escuela sería la más importante herramienta para construir mis sueños, porque su ejemplo y amor me han guiado en todo momento y en cada paso de mi vida. Gracias papá porque tu recuerdo me da valor de seguir adelante, gracias mamá porque tu compañía es la luz en mi camino.

A MI AMOR

Porque tu apoyo, paciencia y sacrificio fueron fundamentales para que pudiera hacer realidad este gran anhelo. A tu lado todo es posible y esta especialidad la fue porque hiciste de mi sueño un sueño tuyo también. Nunca lo olvidare.

A MIS AMIGOS

Porque todos ustedes han estado a mi lado desde el momento en el que solo soñaba con hacer la especialidad, me han acompañado en esta aventura tolerando mi cansancio, mi falta de tiempo por tantas tareas, pero sobre todo les agradezco porque cada uno de ustedes me han brindado su cariño que ha sido fundamental para que esta especialidad fuera más liviana de llevar a cabo.

A mis queridos vespertinos **Mario Alberto, Lupita y Mayra** porque cada día al regresar de clases había “un taco” para mí, siempre se preocuparon por alimentarme jajaja, pero sobre todo por alimentar mi espíritu con cada palabra de ánimo con cada gesto amable y cariñoso que han tenido, a su lado el cansancio fue más liviano, siempre han hecho mis días más felices y mis metas más fáciles de lograr, gracias por creer en mí y por estar siempre a mi lado, por todas estas razones siempre los tendré en mi corazón.

A ti **Lesly** porque eres esa amiga que me animo a dar este gran paso, porque siempre has creído en mí y hoy este es el resultado, mil gracias.

A ti **Armando** porque ayudaste a prepararme desde el inicio de esta especialidad y me has apoyado desde entonces con tus conocimientos y tu tiempo, pero sobre todo con tu cariño.

Hago una dedicatoria especial a ti **Julia** pues tu nobleza y bondad me permitieron llevar a cabo este proyecto otorgándome la confianza de cuidar de lo más preciado para ti que es tu hijo. Y a ti **Gael** mi querido neonato, pues cada instante que cuidé de ti y que tuve la oportunidad de seguir tu caso me brindaste uno de los sentimientos más valiosos para una enfermera... el saber que mis cuidados dieron frutos, tu rostro y la imagen de verte al lado de tus padres yendo a casa los atesorare por siempre.

Gracias a todos ustedes.

LILI.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| AGRADECIMIENTOS | 0 |
| DEDICATORIAS..... | 0 |
| ÍNDICE..... | 0 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. OBJETIVOS | 2 |
| 2.1 OBJETIVO GENERAL..... | 2 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 2 |
| III. FUNDAMENTACIÓN | 3 |
| IV. MARCO CONCEPTUAL..... | 5 |
| 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA | 5 |
| 4.2 PARADIGMAS | 5 |
| 4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA..... | 6 |
| 4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA | 12 |
| 4.5 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO | 13 |
| 4.6 RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD..... | 15 |
| 4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 31 |
| V. METODOLOGÍA | 34 |
| 5.1 ESTUDIO DE CASO | 34 |
| 5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN | 34 |
| VI. PRESENTACIÓN DEL CASO | 36 |
| 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO | 36 |
| 6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA | 38 |
| VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA | 39 |
| 7.1 VALORACIÓN | 39 |
| 7.1.2 Jerarquización de problemas mediante los Requisitos Universales | 60 |
| 7.2 ESQUEMA METODOLÓGICO..... | 62 |
| VIII. PLAN DE ALTA..... | 76 |
| IX. CONCLUSIONES..... | 78 |
| X. SUGERENCIAS | 79 |
| XI. BIBLIOGRAFÍA..... | 80 |
| XII. ANEXOS..... | 85 |

I. INTRODUCCIÓN

La enfermería ha evolucionado a lo largo de la historia y hoy se hace necesario una nueva actitud de pensamiento de quien se desempeña en esta área. Se requiere de nuevos profesionistas que propongan alternativas para otorgar el cuidado con bases científicas y cuidados éticos, haciendo uso de herramientas metodológicas como el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y Enfermería Basada en Evidencia (EBE).

El presente trabajo hace uso de estas herramientas para poder guiar el cuidado y la intervención de enfermería en el logro de su objetivo más esencial, el cual es el restablecimiento de la salud a través del cuidado.

El estudio de caso se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología en la Unidad Tocoquirúrgica en un Recién Nacido de 38 semanas de edad gestacional con defecto de pared abdominal tipo Onfalocelo, no roto; para el cual adicionalmente se utilizó como marco referencial la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem en el que se aplicó la valoración de acuerdo con los Requisitos Universales de Autocuidado, se formularon diagnósticos de enfermería, planes de cuidados individualizados, un tratamiento regulador y un control de casos realizando una valoración general y 9 focalizadas, así como el seguimiento hasta los 59 días posnatales, teniendo como resultado la reepitelización completa del defecto.

El propósito de este estudio de caso es otorgar atención de calidad e individualizada al recién nacido, aplicando los conceptos básicos de la teoría del Déficit de Autocuidado y la metodología del Proceso de Atención de Enfermería, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del recién nacido en el que se centra este estudio y que pueda servir como material de consulta para las futuras generaciones que estarán a cargo de la atención neonatal; ya que el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos a causa de enfermedades asociadas a la falta de asistencia de calidad durante el parto o inmediatamente después de este, es de gran importancia que el personal de enfermería esté capacitado en esta área para que pueda brindar los cuidados adecuados a este tipo de pacientes.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar la Teoría General de D. Orem en relación con el proceso de enfermería a un recién nacido de alto riesgo con onfalocele, para mostrar la importancia y trascendencia en el cuidado especializado de la Enfermera Neonatal durante la práctica especializada en el Instituto Nacional de Perinatología.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- › Detallar la atención especializada de enfermería otorgada al recién nacido con onfalocele, mediante la evidencia científica y determinar el cumplimiento de los cuidados de enfermería adecuados según la evidencia científica.
- › Identificar los problemas o necesidad de salud del paciente a través de la recopilación, organización y validación de datos.
- › Desarrollar diagnósticos de enfermería relativos a los problemas o necesidades de cuidado de salud del paciente y la familia.
- › Desarrollar objetivos o resultados esperados acordes con los problemas o necesidades de salud identificados y a los objetivos del paciente.
- › Determinar las prioridades en las intervenciones de enfermería con los problemas o necesidades identificados.
- › Evaluar el resultado de las intervenciones de enfermería de acuerdo con los logros de los objetivos del paciente.
- › Proporcionar el seguimiento domiciliario a la persona para valorar el progreso en la recuperación de la salud de la persona.

III. FUNDAMENTACIÓN

Dentro de los objetivos del desarrollo sostenibles (ODS) propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se planteó reducir en dos terceras partes, entre 2015 y 2030, la mortalidad de niños menores de cinco años. Los niños son más vulnerables en los primeros 28 días de vida (el período neonatal). En 2015, la tasa mundial de mortalidad neonatal fue de 19 muertes por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa una disminución con respecto a las 31 muertes registradas en 2000; por lo tanto se tiene como meta que en el 2030, se ponga fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.⁽¹⁾

Existe evidencia que en México se han logrado avances importantes. Recientemente se ha estimado que en nuestro país la mortalidad en menores de cinco años tuvo una disminución del 63.2%, pasando de 41.0 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 15.1 en el 2014 lo cual se aproxima a la meta de la OMS (13.7), de acuerdo con los ODM.⁽²⁾ Estos resultados evidentemente se han logrado, gracias a la investigación y el tipo de cuidados especializados que se brindan a este tipo de población.

Los defectos de la pared anterior del abdomen se ubican en 4º lugar de las malformaciones congénitas. La Gastrosquisis y onfalocele son las dos causas más comunes de defectos de pared abdominal, ambas son frecuentemente detectadas en países desarrollados de manera prenatal mediante ultrasonidos de rutina. La incidencia del onfalocele es de uno cada 4000 recién nacidos vivos⁽³⁾.

La mortalidad en esta patología ha ido decreciendo en los últimos 50 años, siendo en la actualidad el índice de sobrevida en los países desarrollados superior al 90%. En forma global, los factores más importantes condicionantes de mortalidad son la presencia o no de anomalías asociadas severas, la prematurez y el tamaño del defecto. La mejoría global en los índices de sobrevida ha sido atribuida a la posibilidad de contar con diagnóstico prenatal, a las mejoras en el manejo obstétrico, al desarrollo de las unidades de cuidados intensivos neonatales, a las mejoras en las tácticas y técnicas quirúrgicas, y a la disponibilidad de la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) y de la Nutrición Parenteral Total (NPT). Tres hitos médicos de fines de la década del 60, marcan el inicio en la mejoría de los índices de morbimortalidad de esta patología: la ARM, la NPT y el cierre diferido del defecto parietal mediante la interposición de una lámina de SILASTIC. Otro hito médico importante fue la

introducción del cierre progresivo con vendaje estéril en niños con onfalocele y saco intacto. ⁽⁴⁾

Por todo lo expuesto, el foco de atención en el manejo de niños con onfalocele se ha trasladado de intentar reducir la mortalidad a intentar reducir la morbilidad, que todavía permanece alta. Por este motivo desde el año 2002 en el Instituto Nacional de Perinatología se ha aplicado el Sistema VAC como alternativa de tratamiento de bajo costo y menos complicaciones a recién nacidos con onfalocele no roto desde el momento del nacimiento, reduciendo la morbimortalidad causadas por complicaciones de los tratamientos convencionales como los son el silo y el cierre primario; sin embargo, no existen guías ni lineamientos de cuidado de este tratamiento por tratarse de una innovación en la atención y cuidado de este padecimiento; por ello la relevancia de la selección del caso y del desarrollo del mismo.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

La enfermería como práctica, quehacer, tarea, labor, vocación, arte y profesión ha existido desde el origen de la humanidad ya que siempre han existido personas incapaces de cuidarse a sí mismas; desde entonces la Enfermería se ha ido relacionado con el arte, la religión, la medicina y más recientemente con la ciencia; se ha concebido como producto de las sociedades y en ocasiones como actividad propia y exclusiva de las mujeres, que se encarga de responder y atender a las personas que carecen de capacidades de autocuidado.

En la actualidad la Enfermería está retomando sus fundamentos históricos para definir, encaminar y justificar su actuar como profesión; estos fundamentos (modelos teóricos y conceptuales) se encargan de delimitar el campo de estudio, conocimiento y actuación de la Enfermería; así mismo le brindan una visión de los valores, principios y supuestos ontológicos (ser, saber, hacer y saber hacer) que guían su práctica. ⁽⁵⁾

Cabe mencionar que la conceptualización de Enfermería se verá determinada por la época histórica por la que se esté atravesando la sociedad y que en este contexto se establecerán los supuestos ontológicos que la limitan.

En nuestro país la Secretaría de Salud a través de la NOM-019-SSA3-2013 define a la Enfermería como una ciencia y un arte humanístico, que se dedica al mantenimiento y a la promoción del bienestar de la salud de las personas, que posee una “visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, fundamentos, habilidades y actitudes que le permiten promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes”.⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud menciona que la Enfermería engloba la atención independiente e interdependiente a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, sean personas enfermas, sanas o bajo cualquier circunstancia; así como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. ⁽⁷⁾

4.2 PARADIGMAS

El paradigma en los modelos de enfermería que aplicaban conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, ayuda a la comprensión del desarrollo del conocimiento y permite el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas los cuales son

de categorización, integración y transformación. Dichos paradigmas se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

En el paradigma de la categorización la visión lineal y la búsqueda de un factor casual son la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.

El paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma pues no ve al paciente como un ente aislado, sino que lo integra en un entorno que influye en su ser y por lo tanto en su salud. Henderson y Orem pertenecen a la escuela de las Necesidades y están situadas en este paradigma ya que tienen una orientación hacia la persona.⁽⁵⁾

El paradigma de la transformación representa un cambio en la Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica y compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica, ya que los cuidados enfermeros no deberían ser empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica y permiten mayor aproximación lógica así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

La Teoría General del Déficit del Autocuidado fue creada por Dorotea Orem a finales de los años 50, con el propósito de definir el dominio y los límites de la enfermería y para articular un campo de conocimiento de igual proporción que su campo de práctica. El autocuidado es definido como “Una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.” (Orem, D. en inde, P. et al, 1999)

Dorotea Orem definió los siguientes metaparadigmas de la enfermería:

EL CUIDADO

Orem identificó al cuidado así mismo como "autocuidado" y el cuidado al otro como "cuidado dependiente".

- El autocuidado debe ser desarrollado por las personas durante su proceso de maduración para poder discernir qué factores deben ser controlados o tratados y así regular su funcionamiento y desarrollo. A ésta compleja capacidad a desarrollar Orem la llamó agencia de autocuidado, y en su teoría sobre el autocuidado englobó los factores que interfieren en la regulación de la persona, y por tanto en la creación de la agencia de autocuidado en: requisitos de autocuidado universales (RAU), requisitos de autocuidado del desarrollo y requisitos de desviación de la salud. ⁽⁸⁾

-El cuidado dependiente es una actividad realizada por adultos responsables que asumen cubrir las necesidades vitales de individuos socialmente dependientes de forma temporal o definitiva. Orem apunta que los adultos que cuidan de otros deben desarrollar una agencia de cuidado dependiente que es la capacidad de cubrir el autocuidado de las personas que dependen de ellos.

Existen circunstancias en que las personas no pueden realizar el autocuidado y tampoco puede ser realizado por familiares o allegados, en este caso es necesario la presencia de un personal cualificado para procurarlos, que sería la Enfermería.

ENFERMERÍA

Orem la define como un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Además, postula que su objetivo es “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad” ⁽⁹⁾ Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

PERSONA

El concepto de persona va más allá de la visión puramente biológica y funcional, es decir física, del ser humano. No podemos hablar del ser humano como persona si no tenemos en cuenta sus otras dimensiones que forman parte de él y le constituyen como tal. El concepto de persona y la valoración de sus dimensiones, no ha sido fija, y ha ido variando a lo largo de la historia, influida por el contexto social, económico, religioso y filosófico de cada época. Por ejemplo, para Orem es un todo dinámico integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, con la facultad de utilizar las ideas y las palabras para pensar y reflexionar sobre su propio estado de

salud y guiar sus esfuerzos a fin de llevar a cabo las acciones de autocuidado y cuidado dependiente, en otras palabras “la persona es vista como un receptor del cuidado de enfermería”.⁽¹⁰⁾

SALUD

Para Orem la salud es el estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.⁽¹¹⁾ Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la perfección del bienestar que tiene una persona.

ENTORNO

Son todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio del autocuidado en otras palabras 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.

En resumen, en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem, las personas son vistas como agentes de autocuidado, cuando proveen cuidado a sí mismas o a las personas que dependen de ellas. El autocuidado son las acciones que realiza una persona con el objetivo de promover la vida, la salud y el bienestar. Para conseguir este objetivo, esas acciones deben satisfacer necesidades denominadas Requisitos de Autocuidado Universales. Cada persona, además, posee unas características propias o Factores Condicionantes Básicos, que le influirán a la hora de llevar a cabo ese autocuidado. Al analizarlas, en relación a la satisfacción de los Requisitos de Autocuidado, se puede determinar tanto la Agencia (capacidad del individuo de llevar a cabo el autocuidado), como la Demanda (las acciones necesarias que se deben llevar a cabo para que se produzca el autocuidado).⁽¹²⁾

Dorotea establece una teoría de suplencia o ayuda, donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones para la salud que las personas no pueden llevar a cabo por sí solas en algún momento de su vida, esta teoría es la del Autocuidado y está compuesta por tres subteorías:⁽¹³⁾

1. La Teoría del Autocuidado (TAC)
2. La Teoría del Déficit del Autocuidado (TDAC)
3. La Teoría de los Sistemas de Enfermería (TSE)

La Teoría del Autocuidado se basa en todas aquellas acciones que la persona debería de hacer por sí misma para poder mantener o mejorar su situación de bienestar, o en su defecto que las intervenciones de la agencia de enfermería puedan hacer para que las personas puedan recuperar su capacidad de autocuidado, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia la persona, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar⁽¹³⁾.

La teoría de Orem "Déficit de autocuidado" es una de la más importantes y reconocidas en la práctica de enfermería por su amplia visión en la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Existen 3 requisitos o necesidades de autocuidado definidos por Orem:

- I. Requisitos de autocuidado universal: esta presentes en todas las personas y en todo momento.
 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de líquido
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso.
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 humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

II. Requisitos de autocuidado del desarrollo: Están relacionados con la edad, estado y experiencias particulares de vida de un individuo.

1. Proveer las condiciones que apoyen y promuevan el desarrollo
2. Prevención o superación de las condiciones que afectan el desarrollo.

III. Requisitos de autocuidado en desviaciones en salud: Surge a raíz de un problema relacionado con salud donde la persona debe realizar una acción particular para manejar esta situación.

1. Buscar y asegurar atención médica apropiada
2. Estar consciente y atento a los efectos de condiciones patológicas.
3. Llevar acabo eficazmente el diagnóstico prescrito y las medidas terapéuticas o de rehabilitación.
4. Estar alerta y preocuparse de los efectos secundarios derivados del tratamiento médico.
5. Modificar el autoconcepto y autoimagen, aceptando el estado de salud y la necesidad de cuidado.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas y tratamiento médico.

Factores condicionantes básicos:

Influencia de las acciones que las personas deben realizar para cuidarse de sí mismo y la habilidad para realizarlas.

- Edad
- Sexo
- Estado del desarrollo
- Ambiente (condición de vida)
- Sistema familiar
- Factores socioculturales y personales
- Patrones de vida
- Recursos disponibles
- Sistema de atención en salud
- Estado de salud

Demandas de autocuidado: Son las condiciones que las personas deben realizar para mantener la vida, promover la salud y el desarrollo.

Requisitos de autocuidado + factores condicionantes básicos = acciones que deben realizar.

Agencias de autocuidado: Es la combinación de conocimiento, destreza, habilidad y motivación para cuidarse de sí mismo en materias relacionadas con la salud. Está influenciada por los factores condicionantes básicos.

En la Teoría de Sistemas se describe la manera en como la enfermera actuará para que la persona pueda llevar a cabo su autocuidado, y lo plasma en tres métodos de ayuda los cuales incluyen el determinar qué es lo que se requiere y después determinar quién lo realizará:

- Sistema de Enfermería totalmente compensatorio: Utilizado cuando la enfermera debe compensar la incapacidad total de un paciente, ayudándole así a satisfacer sus requerimientos básicos o vitales.
- Sistema parcialmente compensatorio: Realizan un trabajo conjunto enfermera y paciente desarrollando las acciones de autocuidado que éste requiere.

- Sistema de apoyo educativo: El paciente es capaz de ejecutar acciones de autocuidado, pero requiere de un guía. Esta ayuda puede ser de apoyo, orientación y/o educación.

El sistema de enfermería, es entonces el producto final de Enfermería, definido como las acciones y las interacciones de la enfermera y paciente dirigidas a satisfacer las demandas de autocuidado del paciente.

Desde el modelo conceptual se ha definido a la enfermería desde el metaparadigma enfermero de la interrelación de los cuatro conceptos clave, la persona, cuidado, entorno y salud. Con la interrelación de dichos conceptos se logra determinar la acción de la enfermera en el cuidado de otros, derivado de ello se construye las bases teóricas que dan el fundamento como profesión. ⁽⁸⁾

La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, y considerar el papel fundamental y activo del individuo, evidenciando los valores éticos de la profesión de enfermería, tales como: Respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería. La teoría de Orem y el concepto de autocuidado y llevarlos a la práctica permite comprender el porqué del quehacer diario de enfermería, contribuye al profesionalismo de enfermería: “Si cada uno de nosotros cuando realizamos el cuidado consideramos las teorías de enfermería y en específico del autocuidado, la atención mejoraría y sobre todo el bienestar al paciente”. ⁽¹⁴⁾

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es entendido como una herramienta sistematizada que nos permite a los enfermeros poder brindar el cuidado a los pacientes, involucrando conocimientos, habilidades, destrezas, capacidades, actitudes y valores adquiridos durante la formación profesional. Este método permite efectuar intervenciones que solucionen las necesidades identificadas y evaluar los resultados obtenidos de la implementación de las mismas.

El PAE consta de cinco etapas: la Valoración, el Diagnóstico, la Planificación o plan de cuidados, la Ejecución y la Evaluación. El uso de esta metodología ha otorgado autonomía a la profesión, al producir estándares de cuidado. De esta manera es posible predecir y evaluar resultados propios de enfermería y generar evidencia científica en su ámbito disciplinar.

4.5 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO

Al ser éste sistemático, permite medir y comparar los resultados obtenidos refutando o no las hipótesis que se planteen desde el conocimiento teórico. ⁽¹⁵⁾

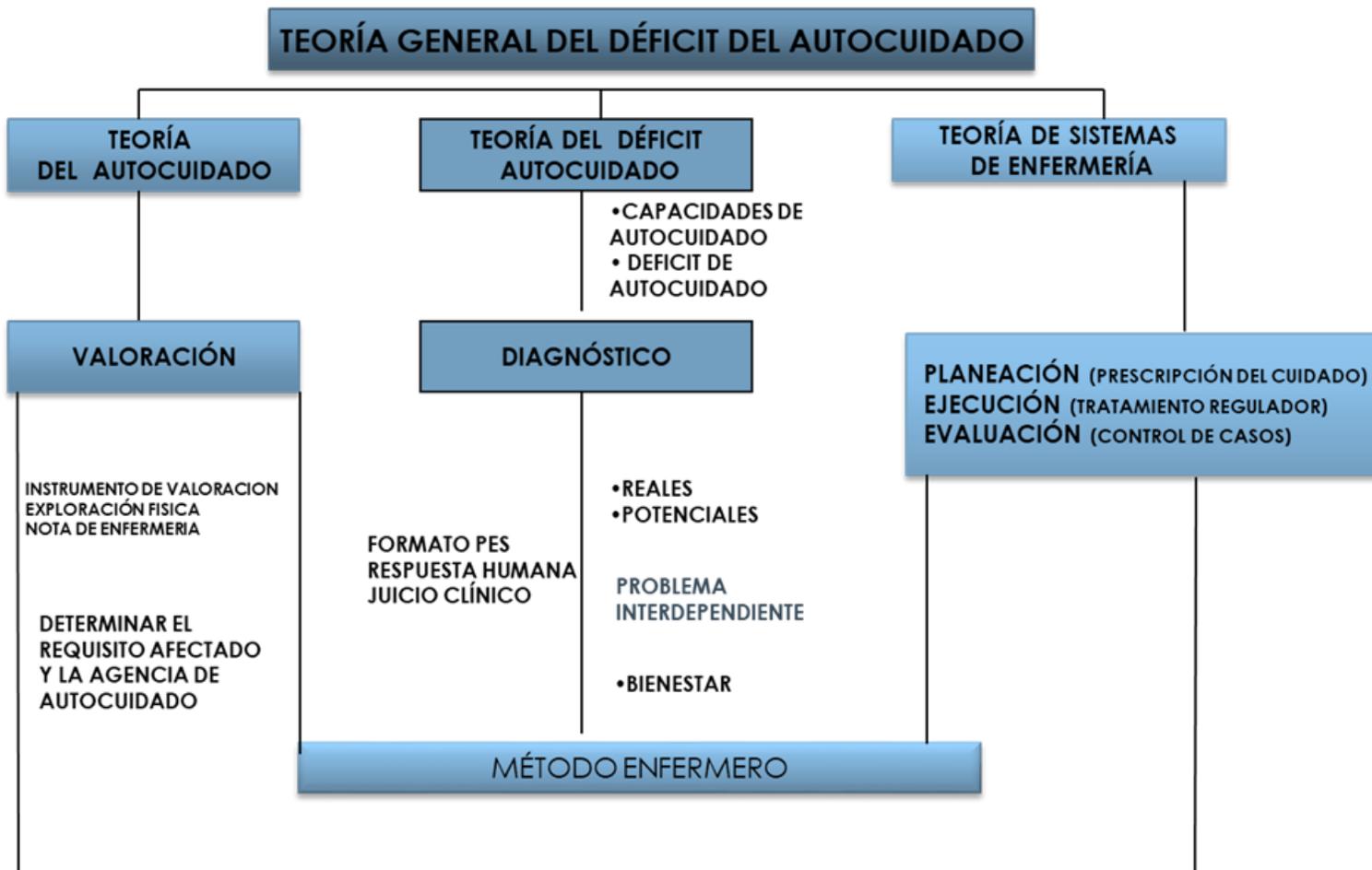
Una teoría se define como un conjunto de enunciados, conceptos, teoremas o proposiciones que son sometidos a verificación experimental y encaminados a una demostración científica con el propósito de describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para las disciplinas.

En Enfermería, las teorías están presentes desde 1859 cuando Florence Nightingale escribió sus trabajos sobre la Enfermería; estas nacieron por la necesidad de concretar la naturaleza del objeto de estudio, así como el ámbito de actuación profesional; al cuestionarse qué hacen, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir de sus profesionales. ⁽¹⁶⁾

Surgen como planteamientos de la realidad, por cuyo medio la enfermería busca comprender lo que desea lograr; su función es proporcionar los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. ⁽¹⁷⁾ Es importante recordar que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad y que no todas las teorías se aplican a todas las situaciones en las que está involucrada la Enfermería. ⁽¹⁸⁾

Para la realización de este Estudio de Caso se utilizó La teoría de la Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual de alguna manera está inmersa en las 5 etapas del Proceso de Atención de Enfermería (Cuadro 1).

En dicha teoría se describen ocho requisitos universales de autocuidado que nos ayudan a valorar las necesidades de atención del individuo para que logre el equilibrio funcional y su óptimo desarrollo (Teoría del Autocuidado), de esta manera se diagnosticará las necesidades de autocuidado (Teoría del Déficit) lo cual nos dará la base para el proceso de intervención de enfermería y de esta manera llevar a cabo la planeación del plan de cuidados y ejecutar el tratamiento regulador adecuado mediante los sistemas de enfermería (Teoría de Sistemas) para finalmente poder evaluar los resultados mediante un control de casos.



Cuadro 1. Teoría general del Déficit del Autocuidado

Elaborado por LE. Padua Mariles Llarelly

4.6 RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD

Defecto de pared tipo Onfalocele.

El onfalocele se define como un defecto de la pared abdominal, de tamaño variable, que se ubica en directa relación con el cordón umbilical, que contiene asas intestinales y a veces otros órganos abdominales (incluido el hígado o el bazo), recubiertos por amnios en la superficie externa, peritoneo en la superficie interna, y entre ambos gelatina de Wharton, junto a ellos los vasos propios del cordón. Su diagnóstico se realiza a partir de la semana 12, requiriendo un seguimiento ecográfico periódico y un estudio anatómico detallado dada su asociación, en ocasiones, a otras malformaciones.

El onfalocele tiene un origen en la falla del cierre de los pliegues laterales de la pared abdominal durante la 4ª semana del desarrollo embrionario. ⁽¹⁹⁾

La etiopatogenia del onfalocele ha sido explicada como un cierre incompleto de los pliegues laterales del embrión durante la cuarta semana de gestación, secundaria a un defecto del desarrollo del mesodermo a nivel del saco vitelino, que hace que la mayor parte de los órganos abdominales permanezcan fuera del embrión dentro de un saco transparente formado por el amnios, peritoneo parietal y gelatina de Wharton ⁽²⁰⁾ Ello ocurre a la sexta semana de gestación. Al terminar su formación, alrededor de la 10ª a la 12ª semana, el intestino regresa a la cavidad, rota y se fija a la pared posterior. Cualquier alteración de este proceso puede producir defectos de cierre de ella.

ANOMALÍAS ASOCIADAS.

La asociación del onfalocele a otras anomalías estructurales y cromosómicas es muy importante, siendo las más frecuentes las cardiopatías (50%), trisomías 18, 21 y 13. Esto ocurre con mayor prevalencia en los onfaloceles de pequeño tamaño que únicamente contienen herniación intestinal ⁽²¹⁾.

Cerca de 80% de niños con onfalocele sin anomalías cromosómicas presentan otras malformaciones. Las anomalías cromosómicas y las malformaciones múltiples son más frecuentes en niños con onfalocele pequeño (menor de 4 cm) que en niños con onfalocele gigante (55% vs 36%).⁽⁴⁾

Las anomalías cardíacas están presentes en un 18 a 24% de niños con onfalocele; 28 la hipoplasia pulmonar se asocia frecuentemente con onfalocele gigante (quizás porque el hígado extruido no permite una buena formación de la caja torácica) y puede requerir intubación y asistencia respiración urgente en sala de partos. ⁽⁴⁾

Cuadro 2. Características del onfalocele.

| ONFALOCELE | |
|---|---|
| Sitio del defecto | Central (umbilical) |
| Tamaño del defecto | Mayor de 4 cm |
| Vísceras involucradas | Hígado, estómago, intestino |
| Malformaciones intestinales | Malrotación, peritonitis leve, atresia intestinal |
| Malformaciones asociadas | Cardiacas 25 a 40% Diafragmáticas, vesicales, anorrectales de columna, trisomía 13, 18 y 21, síndrome de Beckwith Wiedermann |
| Retardo del crecimiento intrauterino | Frecuente 38-67% |
| Mortalidad | 30% secundaria a malformaciones asociadas. |

Onfalocele y gastrosquisis. Más que una diferencia clínica. 2004 Acta Médica Medigraphic

ORIGEN EMBRIOLÓGICO

Embriológicamente, el tracto gastrointestinal se desarrolla a partir del tubo digestivo primitivo derivado del saco vitelino; al principio de la gestación, una porción del intestino se abre centralmente hacia el saco vitelino. A las tres semanas y media de gestación, el intestino se distingue del saco vitelino, el disco embriológico se dobla cefálicamente, caudalmente y lateralmente y convergen en la zona umbilical. Al inicio de la sexta semana, el intestino medio se alarga bastante, más que el cuerpo embrionario, y se produce una hernia umbilical fisiológica. A la décima semana el intestino medio retorna rápidamente a la cavidad abdominal y los pliegues cefálico, caudal y laterales se unen y cierran la pared abdominal.⁽²⁰⁾

La asociación a síndromes genéticos también es importante, sobre todo pentalogía de Cantrell, síndrome de bandas amnióticas, síndrome OEIS y síndrome de Beckwith-Wiedemann.

INCIDENCIA

La herniación de los intestinos hacia el cordón umbilical se presenta en aproximadamente en 1 por cada 5000 nacimientos, mientras que la herniación del hígado e intestinos se produce en 1 de cada 10000 nacimientos. Del 50 % al 60 % presentan otro defecto congénito asociado con cariotipo anormal. Las cromosomopatías más asociadas son trisomías 13, 18, 21; síndromes de Turner, Klinefelter y tri-ploidias, y el 50 % de los casos se asocia con anomalías cardíacas.⁽²²⁾ Se ha podido comprobar, en estudios recientes, que el Onfalocele es más frecuente que la Gastrosquisis, y que las malformaciones congénitas como las cromosomopatías también son más comunes en la primera.

DIAGNÓSTICO PRENATAL

Los defectos de la pared abdominal son frecuentemente diagnosticados por ultrasonido prenatal, realizado en exploraciones de rutina o en la evaluación de la elevación de alfa feto proteína sérica materna (AFP). La AFP es la análoga fetal de la albúmina y los niveles de la AFP sérica materna reflejan el nivel de AFP en líquido amniótico. La prueba fue desarrollada para evaluar al feto con anormalidades cromosómicas y defectos del tubo neural, pero la AFP está también normalmente elevada con defectos de pared abdominal. La magnitud y la probabilidad de elevación de AFP varían entre la gastrosquisis y el onfalocele. En la gastrosquisis, usualmente la AFP materna es marcadamente anormal, con una elevación promedio de más de nueve veces sobre la media (MoM); en el onfalocele, el aumento suele ser de cuatro veces sobre la media. La AFP del segundo trimestre es un mejor biomarcador que la β -hCG libre en la detección de defectos de la pared abdominal.⁽²³⁾

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico por ultrasonido se realiza por la persistencia de la herniación umbilical después de las 12 semanas de gestación.

Es más probable que el onfalocele esté asociado con otras anomalías e incluso puede tener más relación con otros síndromes cromosómicos o genéticos, en comparación con otros defectos de la pared abdominal como la gastrosquisis. Hasta en un 45-88% se puede asociar con diferentes anomalías como cardíacas, genitourinario, gastrointestinal, musculoesqueléticos, del tubo neural y cuello cabeza defectos. Las anomalías cromosómicas están presentes en el 40-60% de los fetos con onfalocele e incluyen trisomías 18, 13 y 21, Turner, Klinefelter y síndromes con triploidía. En los defectos pequeños las alteraciones cromosómicas llegan al 60%, en los defectos grandes solo el 5%.⁽³⁾

PRONOSTICO

La sobrevida de estos casos depende de la patología asociada, en aquellos con defecto aislado la sobrevida es de alrededor de 90%.⁽²⁴⁾

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, el abordaje que comúnmente se realiza en actualidad puede ser de tipo quirúrgico o no quirúrgico. Los procedimientos quirúrgicos son el cierre primario y el cierre diferido, cuyo objetivo es corregir el defecto de pared una vez que el recién nacido se encuentre estable, idealmente en las primeras horas después del nacimiento. Los procedimientos no quirúrgicos comprenden la topicación del saco (técnica actualmente en desuso) y la compresión del saco.

La efectividad del tratamiento puede modificar el pronóstico de vida del neonato, ya que depende de esto para que se acorte o se prolongue el tiempo de estancia hospitalaria. El cierre primario consiste en escarificar la membrana que cubre a los órganos y reducir el contenido a la cavidad abdominal para posteriormente proceder al cierre en un solo paso. Este procedimiento está indicado en onfaloceles pequeños o medianos, ya que en onfaloceles grandes incrementa el riesgo de que se presente un síndrome compartimental debido a que existe una importante desproporción entre el contenido intraabdominal y el extraabdominal, comprometiendo la integridad de los órganos involucrados incluso la vida del neonato.

El cierre diferido consiste en construir un silo extraabdominal que albergue el intestino eviscerado (Técnica de Schuster), con algún material protésico (usualmente una lámina de Silastic de 17 mm de espesor), el cual es reducido diariamente con sedación en unidad de neonatología, hasta llegar a una aproximación de los bordes del defecto, que permita un cierre quirúrgico sin tensión (en general entre 3 y 10 días) en un quirófano y bajo anestesia general. La técnica Gross consiste en cerrar el defecto solo con piel que actualmente está en desuso ya que deja una eventración residual de difícil resolución.⁽⁴⁾

Existen diferentes técnicas que consisten en técnicas quirúrgicas como el cierre primario y el cierre diferido del defecto, sin embargo, todas alargan el proceso de recuperación del neonato y llevan en si el riesgo de alguna complicación; M. Dore Reyes en su estudio comparativo sobre los resultados del cierre primario y el cierre diferido concluye que los pacientes con cierre primario requirieron menos soporte ventilatorio, sedación y NP exclusiva. Sin embargo el cierre diferido es una técnica segura que presenta resultados similares al primario en cuanto a estancia hospitalaria y autonomía digestiva.⁽²⁵⁾ **Cuadro 3**

Cuadro 3. Comparación del cierre primario frente al diferido.

| Variable | Cierre primario | Cierre diferido | Valor de p |
|--|-------------------|--------------------|------------|
| Sexo (H/M) | 9 vs 8 | 4 vs 6 | NS |
| Edad gestacional (semanas) | 36 (33-39) | 35 (31-36) | NS |
| Peso al nacer (gramos) | 2,260 (1680-3060) | 2.130 (1.790-3150) | NS |
| Ventilación (días) | 4 (0-11) | 13(8-39) | P= 0,000 |
| FiO₂ máxima (%) | 28 (21-60) | 36(21-60) | NS |
| Sedoanalgesia (días) | 3 (0-27) | 12 (6-43) | P=0,000 |
| Soporte inotrópico (días) | 2 (0-9) | 2 (0-9) | NS |
| Nutrición parenteral total (días) | 12(7-43) | 20(12-75) | P=0,046 |
| Nutrición por boca (días) | 18 (9-103) | 24 (13-128) | NS |
| Autonomía digestiva (días) | 26 (14-99) | 31 (17-123) | NS |
| Infección CVC (%) | 29 | 80 | NS |
| Complicaciones | 35 | 50 | NS |
| Mortalidad | 0 | 1 | |
| Estancia hospitalaria (días) | 38 (20-110) | 43 (21-195) | NS |

Cierre primario frente a cierre diferido 2016. Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario La Paz Madrid

La complicación más grave de estas técnicas es la aparición de un síndrome compartimental abdominal (SCA) derivado del aumento de la presión intraabdominal o hipertensión intraabdominal (HTIA).

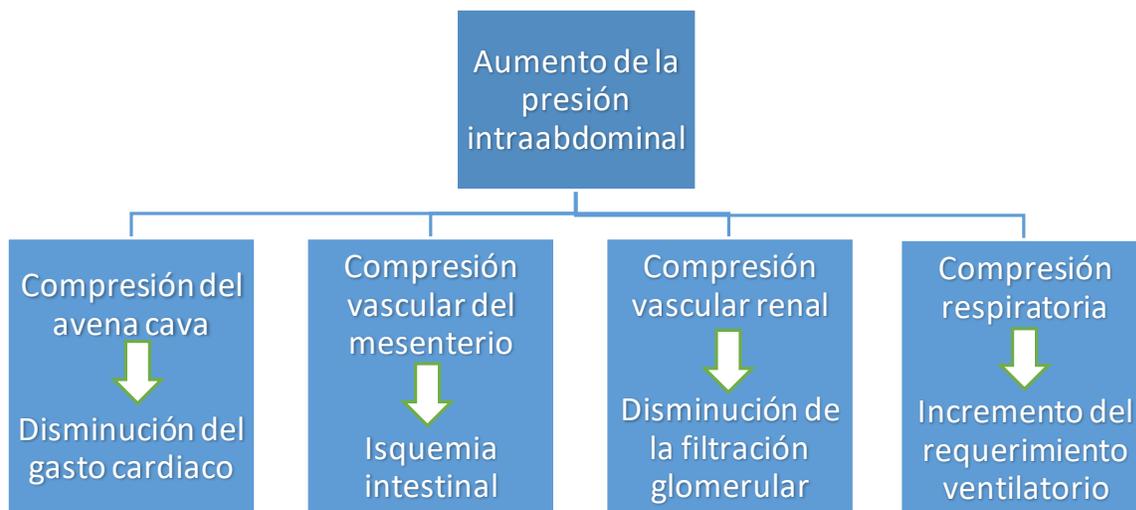
Se define HTIA como aquella presión que supera los 15 mmHg y SCA cuando se superan los 20 mmHg ⁽⁴⁾

Morris define al SCA como un estado patológico causado por un incremento gradual y consistente de la PIA sobre 20 a 25 mmHg en al menos tres mediciones estandarizadas separadas por más de una hora que afecta en forma adversa la función de los órganos blanco (disfunción no previamente presente) y en el cual la descompresión abdominal tiene efectos benéficos⁽²⁶⁾

El aumento de la PIA se asocia con una reducción del gasto cardiaco, disminución en la perfusión e incremento en el requerimiento de la ventilación. Es más frecuente en niños que han sido sometidos a un cierre primario, ya que en aquellos con grandes defectos la compresión de la vena cava inferior puede reducir el gasto cardiaco secundario a la disminución del retorno venoso, La reducción del flujo renal puede producir disminución en la filtración glomerular y de la función renal. ⁽²⁷⁾, la estasis venosa producto del aumento de la presión sobre la vena cava inferior disminuye el retorno venoso central, provocando edema y cianosis distal ⁽²⁸⁾ por lo es necesario saber que órganos pueden estar siendo comprometidos en los neonatos que se ven

sometidos a un cierre primario o diferido (**Cuadro 4**), y saber identificar signos de alarma que nos sugieran que existe un compromiso funcional de estos órganos como la alteración en la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la SO_2 , el tiempo de llenado capilar en miembros inferiores y la tensión arterial.

Cuadro 4. Efecto de la presión intraabdominal sobre los distintos órganos



Lic. Guillermina Chattás. Cuidados del recién nacido con defectos de pared abdominal.
Revista de enfermería. 2015

Actualmente uno de los retos en el campo de la medicina y del cuidado, es proporcionar terapéuticas que disminuyan los riesgos a la salud y el tiempo de estancia hospitalaria de los usuarios. En el Instituto Nacional de Perinatología se ha implementado desde el año 2002 como innovación en el tratamiento del onfalocele no roto, el uso de la Terapia VAC en las primeras horas del nacimiento.

Dada la presencia de un saco de cobertura que protege los órganos eviscerados y la alta coexistencia de anomalías asociadas, el onfalocele se es corregido una vez estabilizado el niño y luego de descartar y eventualmente tratar posibles anomalías asociadas graves⁽⁴⁾; sin embargo la colocación de la Terapia VAC se puede colocar una vez que se hallan terminado de proporcionar los cuidados inmediatos al nacimiento del recién nacido y una vez que se encuentre estable.

TERAPIA VAC (Vacuum Assisted Closure)

La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas que se puede integrar en la práctica terapéutica del médico para su adecuado manejo, la optimización del cuidado del paciente y la reducción de costes. Se trata de una terapia flexible que puede usarse en el hospital y en el domicilio.

Dicha terapia se ha definido como una modalidad física nueva, potente y no farmacológica de cicatrización de heridas que regula el proceso de cicatrización de las heridas. La familia de dispositivos V.A.C. se utiliza para ayudar a estimular la cicatrización de las heridas a través de una acción multimodal, bajo la influencia de una presión negativa continua o intermitente, junto con un control de retroalimentación en la zona de la herida.

Aplicar la Terapia V.A.C. a la herida ayuda a favorecer la cicatrización al preparar el lecho de la herida para el cierre, reducir el edema, favorecer la formación de tejido de granulación, aumentar la perfusión y eliminar el exudado y los materiales infecciosos. La terapia de Instilación está indicada para pacientes que puedan beneficiarse del drenaje asistido por vacío. En heridas abdominales Los propósitos y objetivos de la Terapia V.A.C son: Facilitar la granulación del tejido y unir los bordes de la herida, controlar el contenido abdominal y eliminar el exudado y los materiales infecciosos. (29) Hay que tomar en cuenta que La gelatina de Wharton es una sustancia gelatinosa que envuelve el cordón y presenta una función protectora con relación a los vasos umbilicales. Contiene prostaglandinas y un alto nivel de proliferación y diferenciación. Hay actividad de la telomerasa responsable de la rapidez en la síntesis de los componentes de la matriz extracelular que logra la producción y regeneración de células⁽³⁰⁾.

INSTALACIÓN

En el Instituto Nacional de Perinatología, el sistema de terapia VAC es instalado al recién nacido con defecto de pared tipo onfalocele no roto, una vez que se le ha otorgado los cuidados mediatos e inmediatos al nacimiento siempre y cuando su estado de salud sea estable, de otra forma es instalado en la unidad de cuidados intensivos o intermedios.

Material:

- » Apósito adhesivo transparente chico (4 piezas)
- » Apósito adhesivo transparente grande (2 piezas)

- » Apósito hidrocoloide fino.
- » Guantes estériles
- » Venda de 5 cm
- » Cubrebocas
- » Hojas de bisturí o tijeras
- » Solución salina al 0.9%
- » Solución de clorhexidina al 1% o jabón neutro.
- » Cinta métrica.

Sistema VAC:

- » Apósito de espuma de alcohol polivinílico (PVA, VAC White Foam) o de poliuretano con plata (PU, V.A.C. Granu Foam Silver): la elección del apósito dependerá del resultado esperado.

IMAGEN 1. VAC White Foam

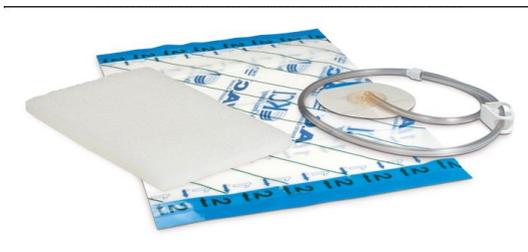


IMAGEN 2. V.A.C. Granu Foam Silver



Tomada de La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas.⁽³¹⁾

- » Contenedor para recogida de exudado (Contenedor VeraFlo).



IMAGEN 3 TOMADA DE La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas.⁽³¹⁾

- » Cubierta adhesiva transparente y semioclusiva.
- » Microprocesador.



IMAGEN 4. Microprocesador sistema VAC
Tomada por Lic. Rosa Liliana García Vargas INPer 2017

» Unidad eléctrica.

Antes de la colocación del sistema VAC, es necesario medir la dimensión, altura y base del onfalocele para tener un registro inicial y poder hacer la valoración del progreso en cada cambio del apósito que se realizará cada 7 días.

Procedimiento:



1.- Lavar la piel que rodea la zona del defecto de pared, con solución de clorhexidina al 1% o con jabón neutro y secar la piel.

IMAGEN 5. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



2.- Colocar apósito hidrocoloide en el abdomen alrededor del onfalocele para protección de la piel del recién nacido.

IMAGEN 6. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



3.- Recortar la esponja de alcohol polivinílico (VAC White Foam) a manera de que cubra el defecto y colocarla haciendo una ligera presión en el abdomen.

Se coloca este tipo de esponja ya que lo que se busca de primera intención es la escarificación del onfalocele.

IMAGEN 7. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



4.- Colocar los apósitos transparentes grandes cubriendo la esponja de alcohol polivinílico hasta donde delimita el apósito hidrocoloide, evitando adherirlo en la piel del recién nacido.

IMAGEN 8. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



5.- Colocar los apósitos transparentes chicos en las esquinas para evitar que se despeguen los apósitos grandes y garantizar el sellado hermético.

IMAGEN 9. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



6.-Se hace una abertura del apósito transparente para la colocación del sistema de succión.

IMAGEN 10. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



7.-Se coloca el sistema de succión en la abertura previamente realizada, adhiriéndolo al sellado hermético de los apósitos transparentes.

IMAGEN 11. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



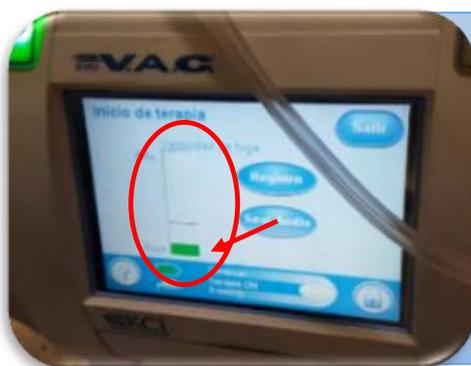
8.-Sellado hermético y sistema de succión ya instalado.

IMAGEN 12. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



9.-Conectar el sistema de succión al contenedor para recogida de exudado (Contenedor VeraFlo).

IMAGEN 13. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



10.-Verificar en el microprocesador, que la barra de nivel de fuga sea de color verde y que se encuentre por debajo de la línea roja, para garantizar de esta manera que no hay fuga del sistema.

IMAGEN 14. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



11.-Colocar un vendaje de sujeción NO compresivo en el área abdominal para proteger las fijaciones y el sellado hermético del sistema.

IMAGEN 15. Proceso de instalación del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

MANTENIMIENTO DE LA TERAPIA

El mantenimiento de la terapia VAC puede ser llevado a cabo en el área hospitalaria o en el hogar por los cuidadores del Recién Nacido con previas indicaciones sobre signos de alarma y cuidados del sistema de succión.

- » La elección de la esponja del sistema VAC dependerá del resultado esperado en el defecto de pared:
 - Esponja de alcohol polivinílico (VAC White Foam): Proporciona un efecto de escarificación del saco que cubre al onfalocele.
 - Esponja de poliuretano con plata (V.A.C. Granu Foam Silver) favorece la granulación del tejido y proporciona una barrera antibacteriana.

- » La configuración por defecto de la Terapia V.A.C. es de 125 mmHg en una indicación continua. La configuración de presión de V.A.C. puede ajustarse en disminuciones de 25 mmHg cuando:
 - El esfuerzo respiratorio del recién nacido incrementa o en pacientes con reflujo gastroesofágico.

- » El sistema VAC permite que el recién nacido pueda ser movilizado libremente, lo cual favorece a:
 - La lactancia materna, ya que puede ser lactado a libre demanda en cualquier posición ya que el sistema VAC protege el defecto de pared.
 - El alta hospitalaria, ya que el manejo del sistema VAC es sencillo.

- » Se debe de tener precaución en:
 - Verificar que el gasto sea escaso y de color ámbar, ya que no debe de ser abundante o de características hemáticas. De ser así, se debe de suspender la succión (apagar el monitor):
 - En el hospital: Se debe retirar el apósito y verificar que la ligadura umbilical este bien colocada y no haya datos de hemorragia; de ser así, se recolocará la ligadura umbilical y se volverá a colocar el sistema VAC.
 - En el hogar: una vez apagada la succión, se deberá comunicar con el cirujano responsable del tratamiento del recién nacido para contactar una cita, o deberá acudir al hospital para valoración y manejo del sistema.

- » Verificar que el monitor del sistema VAC marque en luz verde (velocidad de fuga baja) que indica que el sellado es hermético (Imagen 16), de lo contrario la luz será de color naranja indicando que hay fuga en el sellado del apósito (Imagen 17). De ser así, hay que verificar que no haya obstrucción en el tubo de succión o fuga en el sello hermético del apósito.



IMAGEN 16. Proceso de instalación del sistema VAC.
 Captura por: Rosa Liliana García V. INPER. 2017

La velocidad de fuga es baja y se muestra en la barra de color verde que está por debajo de la línea roja

IMAGEN 17. Proceso de instalación del sistema VAC.
 Captura por: Rosa Liliana García V. INPER. 2017

La velocidad de fuga es alta y se muestra con una barra de color naranja que está por arriba de la línea roja.



- » Cuando el sellado es hermético se activa un protector de pantalla para evitar ajustes accidentales en la succión, en el cual se muestra la fuerza de succión y un teclado pulsátil para activar el desbloqueo de la pantalla (Imagen 18).

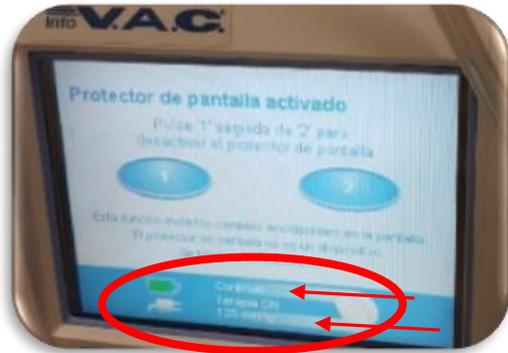


IMAGEN 18. Proceso de instalación del sistema VAC.
Captura por: Rosa Liliana García V. INPER. 2017

Se muestra el protector de pantalla, en el cual indica la fuerza de succión y la modalidad en la que se encuentra configurado (succión continua a 125 mm/Hg)

- » Una vez colocado el sistema VAC, se deberá dejar colocada la esponja por 7 días, al séptimo día se deberá de cambiar todo el sistema.
- » Mientras este colocado el sistema VAC, no se realizará baño al recién nacido, sólo aseos parciales según sea necesario.

CAMBIO DEL SISTEMA VAC.

- » Al séptimo día de haberse colocado el sistema VAC, se hará el cambio completo del sistema.
- » Con cada cambio de sistema se realizará un baño al recién nacido, por lo que hay que tener preparado el material necesario para realizarlo.
- » Se ocupará una cinta métrica para medir la dimensión, la altura y la base del omfalocelo para valorar el progreso obtenido en los siete días del tratamiento.

Procedimiento:



1.- Apagar el microprocesador para suspender la succión, y desconectar el sistema de succión del colector de residuos.

IMAGEN 19. Proceso de cambio del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



2.- Retirar de manera gentil el vendaje, los apósitos transparentes y el apósito hidrocoloide hasta dejar libre la piel del neonato.

IMAGEN 20. Proceso de cambio del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



3.- Hacer las mediciones de las medidas correspondientes del onfalocele y registrarlas.

IMAGEN 21. Proceso de cambio del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



4.- Bañar al neonato con agua tibia y jabón neutro, haciendo lavado gentil en la zona del onfalocele.

IMAGEN 22. Proceso de cambio del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



5.- Posteriormente se realizará nuevamente la técnica de colocación del sistema VAC, colocando a partir del primer cambio la esponja de poliuretano con plata (PU, V.A.C. Granu Foam Silver) en este caso, para favorecer la granulación del tejido.

IMAGEN 23. Proceso de cambio del sistema VAC.
Capturado por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

Es importante la presencia del cuidador primario a partir del primer cambio del sistema VAC, ya que de esta manera puede evidenciar los resultados obtenidos con el tratamiento y se le pueden explicar los cuidados que deberá llevar a cabo en su domicilio.

CUIDADOS EN EL HOGAR:

- » Verificar que el monitor del sistema VAC marque en luz verde (velocidad de fuga baja) que indica que el sellado es hermético (Imagen 16), de lo contrario la luz será de color naranja indicando que hay fuga en el sellado del apósito (Imagen 17). De ser así, hay que verificar que no haya obstrucción en el tubo de succión o fuga en el sello hermético del apósito.
- » Verificar que el gasto sea escaso y de color ámbar, ya que no debe de ser abundante o de características hemáticas. De ser así, se debe de suspender la succión (apagar el monitor).
- » Una vez apagada la succión, se deberá comunicar con el cirujano responsable del tratamiento del recién nacido para contactar una cita, o deberá acudir al hospital para valoración y manejo del sistema.
- » La batería del microprocesador dura aproximadamente 2 horas sin estar conectado a una corriente eléctrica.

Cuando se suspende la terapia, solo permanece el apósito hidrocoloide aproximadamente 2 semanas para terminar con la repitelización y el cierre abdominal del defecto.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La labor profesional tiene implicaciones éticas por ser una actividad humana y por lo tanto dotada de dignidad y con capacidad para mejorar a quien lo realiza y contribuir con su ejercicio al bien de la comunidad, en este sentido no se puede desligar el ejercicio de la virtud y la práctica de valores en la conducta profesional, la misma que repercute sobre otras personas para quienes nuestra labor profesional tiene su razón de ser. ⁽³²⁾

La ética de las profesiones tiene como finalidad orientar la acción de las personas para ser buenos profesionales, capaces y moralmente íntegros en el desempeño de su actividad profesional. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que su ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad.

Es sustancial que el ejercicio de nuestra labor este basado en valores que son comunes para las profesiones que se encargan de la salud, como la igualdad, responsabilidad, lealtad, veracidad, solidaridad, empatía, cautela, dignidad y respeto. La igualdad hace referencia al equilibrio entre los derechos y los deberes de las personas. La responsabilidad es el compromiso libre de la persona para responder por las acciones asumidas. La lealtad se considera como la convicción de guardar fidelidad a los compromisos asumidos con nuestros pacientes. La veracidad, como la congruencia entre la realidad observada y lo expresado a través de acciones como informes verbales o escritos. La solidaridad, como una cualidad de la persona para obrar en bien del otro con relación a sus necesidades. La empatía, que se define como la conciencia y sensibilidad acerca del estado de otra persona para que se sienta acompañada. La cautela, es el cuidado y reserva de una persona al hablar o actuar para prevenir un daño o un peligro. La dignidad, como el valor interno de la persona que le hace un ser especial para ser tratada de manera respetuosa y honorable, independientemente de sus actos. El respeto, que se define como el aprecio hacia una persona teniendo en cuenta el derecho y la igualdad que le es propio. El cuidado de enfermería es un derecho; tiene las características individuales propias de la persona que recibe el cuidado, es respetuoso de los derechos del ser humano, del valor de su vida, su dignidad y sus valores. La ética del cuidado considera que no sólo incluye las actividades que realiza la enfermera sino cómo ejecuta cada uno de los actos de cuidado, es decir, la forma, los motivos por los que los realiza y las relaciones que establece con el sujeto de cuidado. El que el cuidado de enfermería es el eje en torno al cual gira la práctica de enfermería, le da su esencia y establece la diferencia con la práctica médica. ⁽³³⁾

El Código de Ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los estándares establecidos, el deber de

desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería 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, creencia religiosa y preferencia política.
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.⁽³⁴⁾

MARCO LEGAL

Se desarrolló el presente estudio de caso está basado en los siguientes lineamientos legales:

- » Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:
 - Artículo 4: Establece que toda persona Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

⁽³⁵⁾

- » Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes:
Que dispone los derechos de niñas, niños y adolescentes de manera enunciativa. ⁽³⁶⁾

- » Carta de los Derechos Generales de los Pacientes:
La cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, garantizando un trato digno al os usuarios proporcionarles información completa y una atención oportuna. ⁽³⁷⁾

- » NOM-019-SSA3-2013, Para la Practica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud:
Que estipula los atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería conforme a las disposiciones jurídicas aplicables. ⁽⁶⁾

- » NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida:
Que establece los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.
Así como el **Consentimiento Informado** (ANEXO 1), que es un procedimiento continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, rehabilitación, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados. ⁽³⁸⁾

- » NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico:
Establece los criterios científicos éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico. ⁽³⁹⁾

- » Objetivos de Desarrollo Sostenible:
 - Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. ⁽¹⁾

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso es una herramienta que nos permitirá explorar, explicar, describir y evaluar las intervenciones de enfermería que se llevan a cabo en la atención de los pacientes, fundamentadas con diversas fuentes de evidencia científica. Su propósito fundamental es “comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo” (Muñoz y Serván, 2001).

Llamamos casos a aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación.⁽⁴⁰⁾ En un estudio de caso, se pueden considerar estudios de un solo caso o de diversos casos, en el presente estudio solo se toma un solo caso con unidad de análisis.

Se elaboró un plan de intervención de enfermería especializado e individualizado a un neonato con defecto de pared abdominal tipo onfalocele y el uso de terapia VAC. La valoración se ejecutó mediante los 8 Requisitos Universales (Teoría del autocuidado) Orem. Se realizó 1 valoración general y 9 focalizadas. La valoración general se desarrolla durante los primeros 10 minutos DVEU en la UTQ del INPer el día 08 de noviembre del 2017 y dándole un seguimiento hasta el 12 de enero del 2018. El actuar de enfermería durante el desarrollo de este caso, fue llevado a cabo mediante valores, principios éticos, responsabilidades, obligaciones y deberes de enfermería; incorporando los derechos del recién nacido en los cuales se protege su integridad como ser humano.

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se elaboró un estudio de caso como método para la descripción de la relación enfermera-cuidado-persona, en la práctica clínica especializada en la unidad tocoquirúrgica del Instituto Nacional de Perinatología, en el mes de noviembre del año 2017 correspondiente a la materia de Intervenciones de Enfermería I.

La selección de la persona se realizó en el área de quirófano del Instituto Nacional de Perinatología, solicitando a través del consentimiento informado la autorización para su participación, la obtención de datos fue a través de fuentes directas como las personas encargadas de su cuidado, e indirectas, el expediente clínico, se realizó la jerarquización de los requisitos universales de autocuidado alterados, se diseñaron cuadros de diagnósticos basados en el formato PES, y se implementaron intervenciones de enfermería, se realizó 1 valoración general inicial mediante una

cédula de valoración basada en los 8 requisitos universales de autocuidado, 9 valoraciones focalizada y un plan de alta.

En este estudio de caso se trabajará con el proceso de enfermería y la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem, para intervenir en un neonato y su autocuidado.

El uso de este proceso favorecerá la individualización de los cuidados realizados.

- » Se realizarán la recolección de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.

Se examinarán los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.

- » Analizaremos los datos para discernir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- » Se diseñará y planificarán la forma de capacitar y potencializar al agente de cuidado dependiente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de la salud de su hijo.
- » Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del agente de cuidado dependiente.

Para la realización del estudio de caso se aplicó:

1. Un Consentimiento Informado para poder realizar intervenciones e indagar información relevante para la valoración y DE LA PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA y DEL TRATAMIENTO REGULADOR. **Anexo 1**
2. Un instrumento de valoración **DE LA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO CON MARCO REFERENCIAL DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM** cuyas preguntas estuvieron dirigidas a indagar las actividades de enfermería profesional en atención al recién nacido con onfalocèle, para ejecutarlas. **Anexo 2**

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un recién nacido de 37.1 semanas de gestación por Capurro, hijo producto de la segunda gesta con el antecedente de defecto de pared abdominal tipo Onfalocele (imagen24), detectado por ultrasonido a la semana 13 de gestación, obtenido por vía abdominal con un Apgar de 8/8, Silverman de 2 por aleteo nasal y quejido espiratorio discreto el cual mejora con O₂ indirecto FiO₂ al 40%.

Es intervenido por personal médico de Cirugía para la colocación de sistema VAC en el defecto de pared, inmediatamente después de los pasos iniciales de la reanimación como tratamiento regulador del onfalocele, iniciando con la colocación de un apósito versátil de alcohol de polivinilo (V.A.C. WhiteFoam) sobre el defecto para la escarificación del mismo (imagen 25), se procedió al sellado hermético del apósito y se mantuvo en una presión de succión de 125 mmHg.

Al egreso de la sala de quirófano se le diagnóstico: Imbricación de sutura lamboidea, Onfalocele de 15 cm de circunferencia, altura de 5 cm, base de 5 cm; Criptorquidia bilateral grado IV, pie equino varo bilateral reducible, campodactilea bilateral, neumomediastino bilateral, y taquipnea transitoria del recién nacido.



Imagen 24. Neonato con defecto de pared tipo Onfalocele. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



Imagen 25. Colocación de la Terapia VAC
Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



Cuadro 5. Cronograma de actividades elaborado por L.E. Rosa Liliana García Vargas

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Agente de cuidado: G.S.S.

Género: Masculino

DVEU: 0

Registro: 311323750

Etapas de desarrollo: Neonato

Semanas de gestación: 38.1 FUM

Fecha de nacimiento: 08 de noviembre del 2017

Hora de nacimiento: 12:04

No. De cuna: 1

Servicio: quirófano sala 2 INPer

Diagnóstico médico: **08.11.2017**

- » Recién nacido de término de 38 sdg por FUM
- » Peso adecuado para la edad gestacional
- » Taquipnea transitoria del recién nacido & síndrome de adaptación pulmonar
- » Onfalocele
- » Criptorquidea bilateral
- » Pie equino varo bilateral
- » Neumomediastino

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN

Factores Básicos Condicionantes

G.S.S. masculino que nace por vía abdominal a las 38 SDG, se encuentra en cuna de calor radiante en el Quirófano del Instituto Nacional de Perinatología. Es el primer hijo de una familia nuclear con buenas relaciones. Su padre de 28 años que se dedica a almacenista. Su madre con 28 años con bachillerato completa y dedicada al hogar; aparentemente sin toxicomanías. Ambos de religión católica de un nivel socioeconómico bajo. La madre cuenta con seguro popular; asiste al Instituto por producto con defecto de pared tipo Onfalocele y resolución del mismo.

Se obtiene información por medio del expediente, la valoración física y fuente directa (madre).

ANTECEDENTES MATERNOS

J.S.S. de 28 años, Gesta 2, abortos 1, grupo sanguíneo O positivo. Embarazo de 38 semanas por FUM (15.02.2017), feto con onfalocele, antecedente de infección por Ureaplasma.

Antecedentes Heredofamiliares Maternos: Cáncer de mama (Abuela materna)

Antecedentes Personales Maternos No Patológicos:

Ama de casa, unión libre, cuenta con seguro popular, religión católica. Habita en casa propia la cual cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Convive con esposo, madre y animales de compañía. Esquema de vacunación completo.

Edad materna: 28 años

Ocupación: Hogar

Escolaridad: Bachillerato

Estado civil: Casada

Religión: católica

Talla: 1.62m

Peso: 62kg (pregestacional)

IMC: 23.62

Estado nutricional: Adecuado

Tabaquismo: No

Alcoholismo: No

Farmacodependencia: No

Grupo sanguíneo: O

RH: positivo

Antecedentes Ginecobstétricos:

Fecha Última de Menstruación: 15 febrero 2017

Gestas: 2

Abortos: 1 Embarazo anembrionario 8 SDG

Embarazo Actual:

Número de gesta: 2

Número de consultas recibidas fuera del INPer: 4

Número de gestas prenatales en el INPer: 7

Suplementos nutricionales: Multivitamínicos

Peso gestacional: 75.3 kg

Ultrasonidos: **20. Mayo. 2017**

Edad gestacional: 13.3 FUM

Fecha probable de parto: 22 de noviembre del 2017

Somatometría fetal:

| <i>Medidas</i> | <i>Valor medio (cm)</i> | <i>Edad gestacional (semanas)</i> |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| <i>Longitud cráneo – cauda</i> | 7.25 | 13.3 |
| <i>Diámetro biparietal</i> | 2.03 | 13.2 |
| <i>Circunferencia cefálica</i> | 7.90 | 13.3 |
| <i>Circunferencia abdominal</i> | 7.35 | 13.6 |
| <i>Longitud femoral</i> | 1.06 | 13.1 |
| <i>Edad gestacional promedio</i> | 13.3 | Sdg |
| <i>Peso fetal estimado</i> | 77 | Gramos |

Cuadro 6. Elaborado por LE. Rosa Liliana García Vargas

Exploración estructural fetal:

Cráneo: Forma normal, se observa línea media y plexos coroides normales. Sin pérdida de la continuidad de los huesos del cráneo.

Cara: en corte sagital se observó perfil normal, orbitas presentes normales

Columna: unión cráneo vertebral normal, curvatura normal, integridad de piel así como movilidad normales.

Tórax: frecuencia cardiaca presente de 150 lpm. Área pulmonar integra, curvatura costales normales

Abdomen: cara gástrica presente, se observa a nivel de la entrada de cordón lo que parece corresponder a asas intestinales recubiertas por membrana, imagen compatible con onfalocele, con presencia de dos arterias y una vena. Longitud vesical: 3.0 mm

Extremidades: simétricas móviles en todos sus segmentos

Placenta: anterior sin zonas de desprendimiento, no involucra el orificio cervical interno, de apariencia homogénea. Grado de madurez en la escala de Grannum.

Líquido amniótico: cualitativamente normal

Cérvix: de apariencia normal, largo, de orificio cervical interno cerrado.

Marcadores ultrasonográficos para cromosomopatías:

| <i>Medidas</i> | <i>Valor medio</i> | |
|----------------------------------|--------------------|----------|
| <i>Frecuencia cardíaca fetal</i> | 154 lpm | Normal |
| <i>Translucencia nucal</i> | 1.69 mm | <p95 |
| <i>Flujo tricúspideo</i> | 33cm/seg | Normal |
| <i>Hueso nasal</i> | 2.5mm | Presente |
| <i>IP ducto venoso</i> | 0.96 | cm/seg |

Cuadro 7. Elaborado por LE. Rosa Liliana García Vargas

Cromosomopatías

El cálculo integrado sitúa al feto en el grupo de **riesgo bajo** para las principales cromosomopatías, con una tasa de detección diagnóstica para Síndrome de Down de 90% y tasas de falsos positivos del 5%. Sin embargo ante la presencia de probable onfalocele, deberá descartarse trisomía 1.

Comentario:

Fetometría es acorde con la edad gestacional por amenorrea.

Se observa probable onfalocele (Imagen 26). Dicha malformación se encuentra en asociación a trisomía 18 por lo que se sugiere diagnóstico fetal definitivo por amniocentesis (tasa de detección del 100%) o DNA fetal en sangre materna (tasa de detección del 99%). El pronóstico dependerá de la presencia o no de cromosomopatía y evolución del embarazo.



Imagen 26. Ultrasonido que muestra feto de 13.3 sdg, con defecto de pared tipo Onfalocele. INPer 20.05.2017

Ultrasonido: 07.Nov.2017

Reporta 36.6 sdg, feto único con peso fetal estimado de 301 + 44gr placenta corporal anterior, líquido amniótico cualitativamente normal, a la exploración estructural se

encuentra defecto de pared anterior por dentro del cordón umbilical de 2.4 * 2.7 mm recubierto de una membrana que mide en su base 2.1 mm con asas intestinales y lóbulo hepático. Resto de la exploración estructural sin alteraciones, líquido amniótico y placenta normales

Ecocardiografía fetal: 18.jul.2017

En el cual se observa corazón en situs, levocardia con levoápex, índice cardiorácico y eje cardiaco normal, vista de cuatro cámaras normal, concordancia atrio ventricular y ventrículo arterial, integridad del septo ventricular, corte de tres vasos tráquea en 2d y doppler en color normal, intervalo AV 110 en promedio de tres mediciones. Corazón estructuralmente sano.

Valoración de genética: 04.ago.2017

En el cual se informa que el riesgo de onfalocele asociado a cromosopatía es del 30% pero las principales son aneuploidías como t18, que presentan además otras alteraciones estructurales. La integración diagnóstica definitiva para tomarlo como defecto aislado o sindromático será al nacimiento con la exploración física y auxiliares de diagnóstico.

Antecedente de infección por Ureaplasma: Paciente cuenta con cultivo del 13.07.2017 positivo para Ureaplasma con tratamiento a base de azitromicina dosis única para ella y su pareja, con cultivo de control para Ureaplasma del 27.09.2017 positivo, paciente refiere tratamiento con claritromicina el 31.10.2017 sin cultivo de control.

Laboratorios:

23.10.2017

glucosa 84, urea 20, BUN 9.3, cr 0.5, ácido úrico 4.6, colesterol 295, HB 41.3, Leucocitos 7.9, plaquetas 217, TP8., INR 0.85, TTP27.8

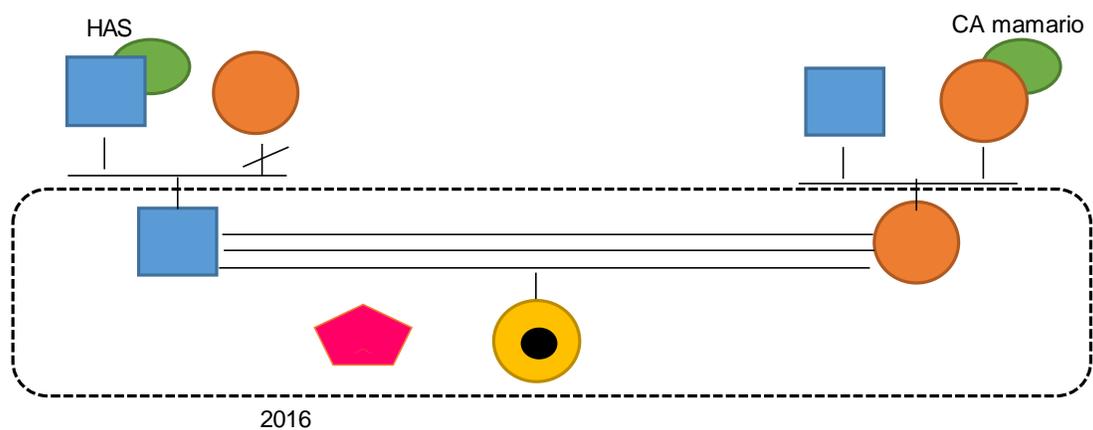
17.07.2017

CCV con desarrollo de biota habitual

14.07.2017

Urocultivo negativo, urea 19, BUN 8.9, cr 0.4, ácido úrico 2.6, (EGO) pH 7.5, leucocitos 70, bacterias 167, número de leucocitos 82, HB 14.3, HtCO 43.1, Leucocitos 9.7, plaquetas 363.

MAPA FAMILIAR



■ hombre

● Recién nacido

— / — Sin relación

● mujer

■ Aborto

=== Relaciones fuertes

● enfermedad

VALORACIÓN GENERAL
QUIRÓFANO Y CUNERO DE
TRANSICIÓN

VALORACIÓN INICIAL (UTQ INPer)

DATOS DE NACIMIENTO: 08.nov.2017, Quirófano sala 2.

Nace producto único vivo por vía abdominal a las 12:04 hrs. del 08 de noviembre del 2017, el cual es un recién nacido con peso adecuado a la edad gestacional (cuadro 8).

anexo 2

Se recibe en presentación cefálica, vivo, placenta normal, líquido amniótico claro. Se coloca en cuna de calor radiante para dar maniobras de reanimación básica, a los 2min se inicia con O2 indirecto con FiO2 al 70% por presentar cianosis generalizada de la cual se recupera al minuto siguiente. Acude personal del servicio de cirugía para colocación de terapia VAC en el defecto de pared.

Peso: 3450 gr

PIE: 6 cm

Talla: 51 cm

SS: 29 cm

PC: 36.5 cm

Apgar: 8-8

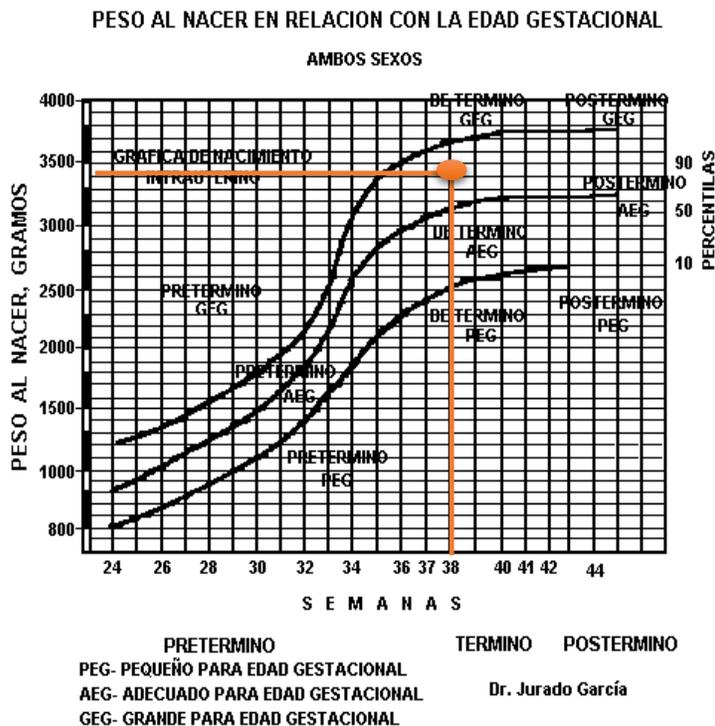
PT: 32 cm

FUM: 38.1 SDG

PA: 31 cm

Capurro/Ballard: 37.1 por Capurro

Medicamentos y soluciones: Cloranfenicol 2 gotas cada ojo y Vitamina K 1 mg IM.



Cuadro 8. Tabla de Jurado García y Betaglia y Lubchenco.

Maniobras De Oxigenación, Ventilación o Reanimación.

| <i>Minuto inicio</i> | <i>Minuto fin</i> | <i>Frecuencia cardiaca (lpm)</i> | <i>FiO₂</i> | <i>Sat%</i> | <i>Procedimiento</i> |
|----------------------|-------------------|----------------------------------|------------------------|-------------|----------------------------------|
| 00:02:47 | 00:04:00 | 150 | 30 | 82 | O ₂ indirecto |
| 00:04:00 | 00:06:30 | 160 | 40 | 88 | O ₂ indirecto |
| 00:06:30 | 00:07:57 | 168 | 50 | 68 | O ₂ indirecto |
| 00:07:57 | 00:14:38 | 176 | 60 | 96 | O ₂ indirecto |
| 00:14:38 | 00:14:52 | 173 | 50 | 95 | O ₂ indirecto |
| 00:14:52 | 00:15:25 | 182 | 40 | 91 | O ₂ indirecto |
| 00:15:25 | 00:20:48 | 176 | 30 | 90 | O ₂ indirecto |
| 00:20:48 | 00:22:30 | 168 | 25 | 90 | O ₂ indirecto |
| 00:30:00 | 00:31:20 | 195 | 30 | 71 | O ₂ en casco cefálico |
| 00:31:20 | 00:40:00 | 177 | 40 | 81 | O ₂ en casco cefálico |

Cuadro 9. Elaborado por LE. Rosa Liliana García Vargas

GASOMETRÍA 08.Nov.2017

| <i>Tipo</i> | <i>Ph</i> | <i>pCO₂</i> | <i>pO₂</i> | <i>HCO₃</i> | <i>EB</i> |
|----------------|-----------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------|
| <i>Capilar</i> | 7.25 | 52.4 | 47.8 | 234.94 | -3.7 |

Cuadro 10. Elaborado por LE. Rosa Liliana García Vargas

Radiografía de tórax con 8 espacios intercostales, neumomediastino bilateral, espacios intercostales horizontalizados.

Gael S.S. es llevado al cunero de transición posterior a su reanimación y estabilización en la sala del quirófano, para su seguimiento.

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Neonato que se encuentra en cuna de calor radiante. Coloración rosada, puente nasal levemente plano, narinas simétricas, coanas permeables, tórax simétrico, murmullo vesicular bilateral, con precordio normodinámico con buena intensidad y ritmo. Pulsos sincrónicos y homóclotos en las 4 extremidades con buena amplitud e intensidad.

En fase I con oxígeno por casco cefálico, flujo 8 ml, FiO₂ 30%. Manteniendo SaO₂ de 81 a 96%. Llenado capilar de 2" con un Hto de 66.9%. FC 177 lpm . T: 36.7% **FR: 78 rpm**

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Presenta piel y mucosas hidratadas, turgentes. Fontanela anterior normotensa de 3X2cm, lambda puntiforme. Defecto de pared abdominal tipo Onfalocele de 15 cm de circunferencia, altura de 5cm, base 5cm, sin datos de sangrado activo, cubierto por sistema VAC. Se le proporciona alimentación por sonda orogástrica en infusión de 31 ml/h presentando reflujo gastroesofágico.

LVO: Fórmula maternizada al 13% 31ml cada 3 horas con esquema de polipnea:

- » FR de 40 a 60 rpm, dar por succión
- » **FR de 60 a 80 rpm, dar por sonda orogástrica**
- » FR > 81 rpm ayuno.

CONTROL DE LÍQUIDOS 08:11:2017

| INGRESOS | POR TURNO | EGRESOS | POR TURNO |
|--------------|-----------|---------|-----------|
| VÍA ORAL | 124ml | MICCIÓN | 34ml |
| MEDICAMENTOS | 0ml | PI | 11.21 |
| TOTAL | 124ml | TOTAL | 50.9 |

Cuadro 11. Elaborado por LE. Rosa Liliana García Vargas

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Neonato con peso actual de 3450gr, talla 51 cm.

Se corrobora permeabilidad esofágica al nacimiento con una sonda orogástrica 8F (al nacimiento). Boca simétrica con mucosa oral hidratada, paladar blando y óseo íntegro, sin dientes natales ni perlas de Epstein, abdomen con presencia de **Sistema VAC** en

defecto de pared tipo Onfalocele con 125 mm/Hg de presión, y vendaje abdominal por lo cual no es valorable los ruidos intestinales.

Aporte de LVO 69.5 ml/kg/día, lo cual corresponde a 30ml cada 3 horas, con alimentación por sonda orogástrica a razón de la polipnea presente sin desaturar O₂ (Imagen 27 y 28). Presenta discreto reflujo gastroesofágico.



Imagen 27. Bomba Medex con infusión de Fórmula láctea. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017



Imagen 28. Neonato con sonda orogástrica para alimentación. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

Genitales fenotípicamente masculinos, Criptorquidia bilateral, meato central, ano permeable, sin lesiones. Micción con orina clara 2 veces por turno y evacuación meconial.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Se encuentra en una cuna radiante en nido contenedor, con luz adecuada, ruido alto debido a las alarmas de los monitores, ambiente térmico neutro.

Se localiza oxímetro de pulso en miembro inferior derecho y saco de algodón cubierto con una cobija en nido contenedor; los cuales no interfiere en su movilidad.

Permanece en posición Semifowler, tranquilo y alerta, normoreactivo. Reflejos primarios presentes (búsqueda, arrastre, marcha, succión, deglución, moro, tónico del

cuello, enderezamiento del cuello, presión plantar, palmar y Babinsky). Ortolani y Barlow negativo.

En extremidades superiores presenta campodactilea del 2-4 dedo y clinodactilia del 5 dedo de manera bilateral, extremidades inferiores con pie equinovaro bilateral.

No se establece manejo mínimo. Cursa con sueño fisiológico de 2 a 3 horas durante el turno.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA.

Está identificado con un brazalete en miembro pélvico derecho y con su ficha de identificación. El equipo de salud la llama por su nombre.

Sus ojos son simétricos con esclerótica blanca, pupilas normorefléxicas e isocóricas con reacción a la luz. Adecuada implantación de cabello. Pabellón auricular simétrico y bien implantado. Conductos auditivos externos y permeables. Coanas permeables, puente nasal levemente plano y normal. Piel turgente, reacciona al estímulo con llanto y sobresalto. El personal médico y de enfermería son los responsables del cuidado ya que su estado de salud por el momento le impide estar con su madre.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y DESARROLLO HUMANO.

El brazalete con el cual está identificada, cuenta con folio, registro, apellido, fecha de nacimiento, peso, sexo y hora de nacimiento.

Se encuentra en cuna de calor radiante con colchón de esponja, termorregulación eficaz. La ropa le proporciona facilidad al movimiento, se brindan cambios posturales posterior a la alimentación y se realizan cambios oportunos de pañal. A la exploración física se encuentra con polipnea.

Antecedentes:

- » Taquipnea transitoria del recién nacido VS síndrome de adaptación pulmonar
- » Onfalocele
- » Criptorquidia bilateral
- » Pie equino varo bilateral
- » Neumomediastino

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE
LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL
CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE
SER NORMAL.

Presenta un defecto de pared abdominal de tipo Onfalocele, criptorquidia bilateral, pie equino varo bilateral, normocéfalo, cabello normal abundante; cara simétrica. Mamas simétricas sin masas.

Se proporciona información a la madre sobre el estado de salud de su recién nacido, y la importancia de la lactancia materna para evitar riesgos y daños a la salud de su hijo, y la importancia de la extracción de leche para poder ofrecerla a Gael en su estancia hospitalaria.

VALORACIÓN FOCALIZADA

UCIREN III INPer.

VALORACIÓN FOCALIZADA (UCIREN III INPer)

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, LA FUNCIÓN Y EL BIENESTAR HUMANO.

Antecedentes:

- » RNDT 38 SDG por FUM, peso adecuado para la edad gestacional.
- » Taquipnea transitoria del recién nacido (remitido 10 nov 2017)
- » Onfalocele en tratamiento VAC
- » Criptorquidia bilateral
- » Pie equino varo bilateral
- » Neumomediastino (remitido 10 nov 2017)
- » Persistencia del conducto arterioso pequeño en vías de cierre
- » Comunicación interventricular perimembranosa de 2x2 mm
- » Hipocalcemia asintomática (remitida 13 nov 2017)
- » Hiperbilirrubinemia multifactorial (remitida 10 nov 2017)
- » **Doble sistema colector renal**
- » Campodactilia del 2-4 dedo y clinodactilia del 5 dedo de manera bilateral

Debido al diagnóstico de doble sistema colector renal le es indicada una cistografía miccional para descartar reflujo vesicouretral, para lo cual es necesario la colocación de una sonda uretral para ministración de medio de contraste.

Neonato de 5 días de vida extrauterina que se encuentra en una cuna de calor radiante en la terapia intensiva de mínima invasión, termorregulación eficaz. La ropa le proporciona facilidad al movimiento, se realizan cambios oportunos de pañal.

Se valora el nivel de dolor mediante la escala NIPS durante la colocación de la sonda uretral, presenta gesticulaciones de dolor, con llanto presente pero consolable, patrón respiratorio normal, con movimientos de brazos y piernas de manera constante y en estado de alerta despierto, por lo que nos da una puntuación de 5, por lo que se llevan a cabo medidas farmacológicas y no farmacológicas para control del dolor; revalorándolo a los 5 minutos posteriores al procedimiento invasivo teniendo un puntaje de 1.

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

Normocéfalo, fontanela anterior normotensa de 3.5 x 2 cm, posterior puntiforme. Adecuada implantación de cabello. Cara simétrica, movimientos faciales simétricos. Ojos simétricos. Pabellón auricular simétrico con implantación baja. Conductos auditivos externos y permeables. Coanas permeables, puente nasal levemente plano y normal. Boca simétrica con lengua rosada e hidratada. Cuello normal con tráquea central sin adenomegalias. Clavículas íntegras, tórax. Abdomen blando depresible con defecto de pared tipo onfalocele con terapia VAC en succión continua 125 mm/HH cubierto con vendaje. Columna vertebral alineada. Extremidades superiores con campodactilia del 2° y 4° dedo y clinodactilia del 5° dedo de manera bilateral, extremidades inferiores presentan pie equino varo bilateral, con pulsos homóclotos y sincrónicos con buena intensidad y ritmo, Ortolani y Barlow negativo. Llenado capilar de 2". Genitales fenotípicamente masculinos, presenta criptorquidia bilateral, ano permeable.

Se proporciona información a los cuidadores primarios sobre el estado de salud de su recién nacido y se brinda información sobre la terapia VAC, manejo, cuidados, signos de alarma y el manejo en el hogar. Además, se les brinda información sobre temas como la importancia de la lactancia materna y signos de alarma en el recién nacido para su cuidado en el hogar (Imagen 29).



Cuidadores primarios recibiendo información sobre temas de cuidado para el recién nacido.

Imagen 29. Capturada por LE. Rosa Liliana García Vargas INPer 2017

VALORACIÓN FOCALIZADA
CONSULTA EXTERNA INPer.

VALORACIÓN FOCALIZADA (CONSULTA EXTERNA INPer)

Neonato de 14 días de vida extrauterina que acude a la consulta externa de cirugía para cambio de apósito de la terapia VAC.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, LA FUNCIÓN Y EL BIENESTAR HUMANO.

Se encuentra en la mesa de exploración en la cual es descubierto para el retiro del apósito del sistema VAC, presentando ligera hiperemia en el área donde se encontraba adherido los apósitos transparentes. La bolsa del defecto abdominal se encuentra escarificada con repitelización dérmica que la cubre, sin datos de sangrado o salida de líquido, no hay datos de infección.

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO DE SER NORMAL.

El cuidador primario muestra interés en conocer más sobre los cuidados especiales que debe de llevar a cabo con su hijo y expresa las inquietudes que tiene con respecto al panorama de salud que tendrá por las diversas patologías que presenta, específicamente por sus extremidades con pie equino varo bilateral y por la campodactilea de sus ambas manos.

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA VAC

En el Instituto Nacional de Perinatología a partir del 2002 se ha instalado la terapia VAC al momento del nacimiento en aproximadamente 88 recién nacidos con onfalocele no roto; de los cuales el éxito en la recuperación, pronóstico y complicaciones quirúrgicas en comparación con los tratamientos convencionales como el silo o el cierre primario se ha reflejado en el inicio temprano de la alimentación, la reducción de la estancia hospitalaria en un promedio de 7 días estancia, disminución de los costos hospitalarios y de infecciones relacionadas a la atención médica; lo cual hace de esta terapia un procedimiento seguro y altamente efectivo para el tratamiento del onfalocele y que el profesional de enfermería debe conocer para establecer los cuidados específicos y el seguimiento del mismo.

El agente de cuidado inicio con la terapia VAC desde su nacimiento, teniendo cambios de los apósitos cada 7 días durante 4 semanas con una presión de succión de 125 mm/Hg de manera continua; posteriormente 4 semanas más con apósito hidrocoloide sin la terapia VAC, teniendo una evolución favorable en la reducción del defecto de pared.



Imagen 30. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

EDAD: 38 SDG
DIAS DE VIDA: 0
TAMAÑO DEL DEFECTO:
Circunferencia 15 cm
Altura 5cm
Base 5cm
ESPONJA: Alcohol polivinílico

08
Nov
2017



Imagen 31. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 7
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14.7 cm
Altura 4cm
Base 4.5cm
ESPONJA: apósito de plata

15
Nov
2017



Imagen 31. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 14
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14.7 cm
Altura 3.7cm
Base 4cm
ESPONJA: apósito de plata

22
Nov
2017



Imagen 32. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 21
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14.5 cm
Altura 3.5cm
Base 3.5cm
ESPONJA: apósito de plata

29
Nov
2017



Imagen 33. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 28
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14.5 cm
Altura 3.3cm
Base 3cm
SE SUSPENDE VAC

**TRATAMIENTO SOLO
CON APÓSITO
HIDROCOLOIDE**

06
Dic
2017



Imagen 34. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 34
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14.2cm
Altura 3cm
Base 2.5cm

**TRATAMIENTO SOLO
CON APÓSITO
HIDROCOLOIDE**

12
Dic
2017



Imagen 35. Captura por: Rosa Liliana García V. INPer 2017

DIAS DE VIDA: 59
TAMAÑO DEL DEFECTO
Circunferencia 14 cm
Altura 2.7cm
**TRATAMIENTO SOLO
CON APÓSITO
HIDROCOLOIDE**

06
Ene
2018

7.1.2 Jerarquización de problemas mediante los Requisitos Universales

Cuadro 9. Jerarquización de diagnósticos de enfermería valorados en la UTQ del INPer. Elaborado por L.E. Rosa Liliana García Vargas.

| Valoración (UTQ) INPer 08.11.17 | | |
|---|---|----------------------------|
| Requisito alterado | Diagnóstico de Enfermería | Fecha de resolución |
| 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | › Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire R/C incremento en la presión intraabdominal por sistema VAC M/P frecuencia respiratoria de 76 rpm, saturación de O ₂ < 86% | 13 de noviembre del 2017 |
| 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos | › Interrupción de la lactancia materna R/C la separación del binomio por el estado de salud de la persona de cuidado. | 13 de noviembre del 2017 |
| 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | › Riesgo de aspiración R/C aumento de frecuencia respiratoria y regurgitación durante la alimentación | 12 de noviembre del 2017 |
| 5.- provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos | › Riesgo de alteración en la motilidad gastrointestinal R/C herniación de los intestinos fuera de la cavidad abdominal. | 06 de diciembre del 2017 |
| 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua | › Riesgo de desequilibrio hídrico R/C pérdidas insensibles mayores por el defecto de pared (Onfalocele) | 08 de noviembre del 2017 |

Cuadro 10. Jerarquización de diagnósticos de enfermería valorados en la UCIREN III del INPer. Elaborado por L.E. Rosa Liliana García Vargas.

| Valoración (UCIREN III) INPer 13.11.17 al 17.11.17 | | |
|--|---|----------------------------|
| Requisito alterado | Diagnóstico de Enfermería | Fecha de resolución |
| 7.- Prevención de peligros para la vida, la función y el bienestar humano. | › Dolor R/C procedimientos invasivos (colocación de sonda transuretral) M/P llanto incontrolable, taquicardia, facies dolorosas NIPS ⁽⁵⁾ | 13 de noviembre del 2017 |
| 8.- Promoción para el funcionamiento y el desarrollo humano | › Déficit de conocimientos del agente de cuidado dependiente R/C desconocimiento del proceso patológico y los cuidados de su hijo | 17 de noviembre del 2017 |

Cuadro 11. Jerarquización de diagnósticos de enfermería valorados en la Consulta Externa del INPer. Elaborado por LE Rosa Liliana García Vargas.

| Valoración (CONSULTA EXTERNA) INPer 22.11.17 al 06.01.18 | | |
|--|---|----------------------------|
| Requisito alterado | Diagnóstico de Enfermería | Fecha de resolución |
| 7.- Prevención de peligros para la vida, la función y el bienestar humano. | › Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/C colocación de apósitos adhesivos en la piel circundante al defecto de pared. | 06 de enero del 2018 |
| 8.- Promoción para el funcionamiento y el desarrollo humano | › Riesgo de retraso en el desarrollo R/C anomalía estructural y genético | Aún no resuelto |
| 8.- Promoción para el funcionamiento y el desarrollo humano | › Disposición del agente de cuidado dependiente para mejorar el cuidado en su recién nacido M/P verbalización del deseo de conocer más sobre los cuidados específicos de la patología de su hijo. | 06 de enero del 2018 |

7.2 ESQUEMA METODOLÓGICO

Etapa de desarrollo:
Neonatal

Requisitos de Autocuidado Universales.

1. Aporte suficiente de aire
2. Aporte suficiente de agua
3. Aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

Agencia de autocuidado

Agente de cuidado dependiente:
Desarrollada pero no estabilizada

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

- I. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- II. (Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo)
- III. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- IV. Tiene conciencia y presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico.
- V. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
- VI. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnóstico y tratamiento médico.

LOS PADRES ACUDEN A CONTROL PRENATAL PARA ASEGURAR EL BIENESTAR DE SU HIJO.SON CONCIENTES DEL ESTADO DE SALUD DEL NEONATO Y BUSCAN ASEGURAR SU PROTECCIÓN Y EL BIENESTAR DE LA FAMILIA. MANIFIESTAN DUDAS Y COMENTARIOS SOBRE EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO Y ESTÁN DISPUESTOS A ADQUIRIR Y MEJORAR los HÁBITOS SALUDABLES PARA UN BUEN DESARROLLO DE SU BEBE.. LA AGENCIA DE ENFERMERÍA CONTRIBUYE A ORIENTARLOS A LLEVAR A CABO MEDIDAS DE CONDUCTA SALUDABLE EN BENEFICIO DEL NEONATO

Unidad de Observación

RNT DE 38 SDG. Con Onfalocele

Factores Básicos Condicionantes

| | |
|---------------------------------|---|
| Edad | 38 SDG |
| Escolaridad | Su padre de 28 años, almacenista. Su madre con 26 años con bachillerato completo y dedicada al hogar. |
| Residencia | Viven en casa de concreto, con todos los servicios. |
| Sistema Familiar | Es el primer hijo de una familia nuclear con buenas relaciones. Su madre de 26 años con bachillerato completo y dedicada al hogar; aparentemente sin toxicomanías, Su padre de 28 años dedicado a almacenista sin antecedentes patológicos. |
| Factores socioculturales | Ambos de religión católica |
| Factores socioeconómicos | Nivel socioeconómico medio. |
| Patrón de vida | Con un peso al nacimiento de 3450 gramos, talla de 51 cm, con hemotipo O+. Registro 311323750. Se encuentra en sala 2 de quirófano. Patrón de vida de la madre (APARECE EN LA CEDULA DE VALORACIÓN) |
| Estado de Salud | El estado de salud del neonato es reservado a mediano plazo |
| Sistema de Salud | La madre cuenta con seguro popular y asiste al INPer por embarazo de alto riesgo y resolución del mismo. |

Exposición a Riesgos

- . Dificultad respiratoria
- . No tolerancia a la vía enteral
- . Deshidratación
- . Desnutrición
- . Broncoaspiración
- . Infección
- . Mal rotación intestinal
- . Cardiopatías
- . Insuficiencia renal
- . Falla orgánica
- . Muerte

PLAN DE INTERVENCIONES DE LA VALORACIÓN INICIAL (UTQ / CUNERO DE TRANSICIÓN)

| Requisito de Autocuidado | | 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire | |
|---|--|---|--|
| Operaciones de Diagnostico | Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire R/C incremento en la presión intraabdominal por sistema VAC M/P frecuencia respiratoria de 76 rpm, saturación de O ₂ < 86% | | |
| Objetivo | Garantizar en el RN el aporte necesario de Oxígeno para evitar la hipoxia y las complicaciones derivadas de esta. | | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro | |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica | |
| Evaluar en forma permanente los signos de distrés respiratorio | <ol style="list-style-type: none"> 1. Oximetría 2. Incrementar la FiO₂ inicialmente al 30% para mantener la saturación de SpO₂ en rangos normales 3. Valorar el patrón respiratorio con escala de Silverman. 4. Valoración de gasometría 5. Auscultación de ruidos respiratorios 6. Mantener la vía aérea permeable 7. Valorar el uso de fase ventilatoria según la dificultad respiratoria (Silverman) 8. Manejar la FiO₂ según los niveles de SPO₂ 9. Valoración gasométrica 10. Mantener en posición Semifowler | <ol style="list-style-type: none"> 1. Los oxímetros proporcionan el seguimiento continuo, no invasivo, de la saturación de oxígeno de la hemoglobina en la sangre arterial. Sus resultados se actualizan con cada onda de pulso y nos permiten tener un panorama real de la oxigenación del RN⁽⁴¹⁾ 2. Comience la administración de un suplemento de oxígeno de flujo libre con el mezclador fijado a 30% de O₂ Ajuste la concentración de O₂ según sea necesario para alcanzar el objetivo de saturación. 3. La escala de Silverman valora el esfuerzo respiratorio del recién nacido. El llanto vigoroso es un claro indicador de esfuerzo respiratorio fuerte, si el bebé no está llorando observe el esfuerzo respiratorio en el pecho del bebé ⁽⁴²⁾ 4. La gasometría es un aprueba que nos permite saber los niveles de Oxígeno, CO₂, PH entre otros elementos que nos pueden ayudar a diagnosticar datos de insuficiencia respiratoria. <p>10. Nos ayuda a mantener al neonato en reposo gástrico a fin de evitar la aspiración de alimento y la fatiga por la presión que ejerce el sistema VAC. en la pared abdominal.</p> | |
| Control de casos: | La saturación de O ₂ mejoro lográndose mantener entre 86% y 94% SatO ₂ , continua con casco cefálico para su valoración | | |

| Requisito de Autocuidado | 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos | |
|--|---|---|
| Operaciones de Diagnostico | Interrupción de la lactancia materna R/C la separación del binomio por el estado de salud de la persona de cuidado. | |
| Objetivo | Que el neonato reciba el aporte nutricional adecuado, y fomentar la lactancia materna en la madre por medio de apoyo educativo. | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador/ Apoyo educativo | Método de ayuda: Actuar por otro |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| <p>Proporcionar la alimentación adecuada según la circunstancia de salud del neonato.</p> <p>Asesorar al cuidador primario sobre la lactancia materna.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar alimentación con sucedáneo de acuerdo a los requerimientos del RN. (Leche maternizada 30 ml c/3 horas). 2. Proporcionar alimentación por infusión continua. 3. Asesoramiento a la madre sobre la lactancia materna (beneficios, técnicas de extracción y almacenamiento). | <ol style="list-style-type: none"> 1.- La leche maternizada es modificada en cantidad, calidad y tipo de nutrientes con el fin de asemejarla tanto como sea posible a la leche humana, y adaptarla a la condiciones de inmadurez digestiva y renal del recién nacido, mejorar su digestibilidad y tolerancia, disminuyendo la carga renal de solutos.⁽⁴³⁾ 2.- Por infusión continua se refiere a que la administración no se interrumpe durante un determinado tiempo y se mantiene con un ritmo de perfusión constante. Existe mejor tolerancia con la administración de nutrición enteral en infusión continua que en bolo, esto corroborado con la medición de la presión intraabdominal y la producción de dióxido de carbono medido al final de la espiración VCO₂.⁽⁴⁴⁾ 3.- El informar a la madre sobre los beneficios que brinda la leche materna a su recién nacido y a ella, disminuye el porcentaje de abandono de la lactancia. Que la madre pueda extraer la leche materna de forma manual evita complicaciones en las mamas como la congestión mamaria, fiebres y abscesos por la acumulación de la leche, además de que estimula a que continúe la producción láctea. |
| Control de casos: | El neonato presento una regurgitación cuando fue alimentado por sonda orogástrica con técnica de gravedad, por lo que se decide dar la toma por infusión continua, de esta manera fue bien tolerada. | |

| Requisito de Autocuidado | 1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire. | |
|---|---|---|
| Operaciones de Diagnostico | Riesgo de aspiración R/C aumento de frecuencia respiratoria y regurgitación durante la alimentación. | |
| Objetivo | Evitar que el neonato presente una aspiración alimenticia y con ello complicaciones respiratorias o la muerte. | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| Valoración del estado respiratorio | <p>1.- Valorar el estado respiratorio del neonato para determinar la forma de alimentación que se le proporcionará.</p> <p>2.- Favorecer la posición Semifowler (30°) lateralizado de lado izquierdo</p> <p>3.- Alimentación por infusión intermitente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalación de sonda orogástrica • Verificar su correcta ubicación con RX • Membretar sonda para vigilar su correcta colocación. <p>4.- Proporciona la leche en el horario establecido.</p> <p>5.- No movilizar al paciente en estado postprandial.</p> <p>6.- Medición del residuo gástrico</p> | <p>1.- La frecuencia respiratoria debe ser menor de 60/min para la alimentación por succión y menor de 80/min. para la alimentación por sonda.⁽⁴⁵⁾</p> <p>2. La posición Semifowler favorece el alivio de la disnea por lo que está indicada en pacientes con problemas respiratorios ya que relaja los músculos abdominales.</p> <p>3. Existe mejor tolerancia con la administración de nutrición enteral en infusión continua que en bolo, esto corroborado con la medición de la presión intraabdominal y la producción de dióxido de carbono medido al final de la espiración VCO₂.⁽⁴⁴⁾</p> <p>6. De acuerdo con el porcentaje de residuo gástrico se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - < del 50% del volumen administra en la última toma: regresar el aspirado y dar el volumen completo de la toma indicada. - > del 50% < del 99% del volumen administrado de la última toma: regresar el aspirado y completar el volumen indicado de la toma. - 100% del volumen administrado de la última toma indicar ayuno. ⁽⁴⁶⁾ |
| Control de casos | Tolero adecuadamente la alimentación por infusión continua que por bolo, ya que de esta manera no presento regurgitación posterior a la toma. | |

| Requisito de Autocuidado | | 4.- Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos | |
|--|---|---|---|
| Operaciones de Diagnóstico | Riesgo de alteración en la motilidad gastrointestinal R/C herniación de los intestinos fuera de la cavidad abdominal. | | |
| Objetivo | Identificar los posibles signos y síntomas que nos sugieran una disfunción gastrointestinal en el neonato y evitar complicaciones derivadas de estas. | | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro | |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica | |
| Vigilancia de la digestión del recién nacido. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar las características, cantidad y frecuencia de las evacuaciones del neonato. 2. Promover y favorecer la alimentación con leche materna | | <p>1.- La primera defecación de meconio se presenta dentro de las 12 horas en 69% de los RN sanos; durante las 24 horas en 94% y dentro de las 48 horas 99% de los RN han evacuado. La ausencia de deposiciones durante las primeras 24 horas siempre debe considerar un signo de alarma.⁽⁴⁷⁾</p> <p>2.- Por su alto contenido de nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles (proteínas del suero, lípidos y lactosa) así como una proporción equilibrada de aminoácidos. Además de enzimas como la lipasa que activada por sales biliares aseguran una digestión eficiente de lípidos.⁽⁴⁵⁾</p> |
| Control de casos | El neonato no presentó complicaciones gastrointestinales, ya que sus evacuaciones fueron en cantidad y consistencia adecuadas además de que la alimentación fue bien tolerada. | | |

| Requisito de Autocuidado | | 2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua. | |
|--|--|--|---|
| Operaciones de Diagnostico | Riesgo de desequilibrio hídrico R/C perdidas insensibles mayores por el defecto de pared (Onfalocele) | | |
| Objetivo | Mantener el balance hídrico del RN mediante el control de líquidos administrados y las perdidas líquidas que presente, para evitar complicaciones derivadas. | | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro | |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica | |
| Manejo de líquidos Mantener el volumen intravascular para garantizar la perfusión de los tejidos especialmente la gastrointestinal. | 1.- Realizar un registro preciso de entradas y salidas de líquidos tomando en cuenta las perdidas insensibles aumentadas por la patología y las pérdidas de calor a los que se vea sometido el RN 2.- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado, presión arterial) 3.- Administrar humedad al O ₂ 4.- Mantener la eutermia. 5.- Garantizar el aporte requerido de la vía oral. ≥ 150 ml/kg/día o 9ml/kg/cada 3 h ⁽⁴⁸⁾ | | 1.- Pérdidas insensibles de agua. En el RNPT puede exceder los 150 ml/Kg/día por lámpara de calor radiante , fototerapia, pérdida de integridad de la piel , prematuridad extrema y fiebre ⁽⁴⁹⁾ 2.- Por las pérdidas de líquidos y proteínas altas debido a la exposición de las vísceras abdominales principalmente en los casos de gastrosquisis y/o onfalocele especialmente en caso de ser roto. ⁽⁴⁵⁾ 3.- Se debe administrar O ₂ húmedo al 30 - 40% porque los gases irritan las vías aéreas y aumentan las pérdidas insensibles por agua. ⁽⁴²⁾ 4.- La hipertermia promueve el aumento de las perdidas insensibles. |
| Control de casos: | El balance de líquidos fue positivo por lo que no fue requerido dar un aporte extra de líquidos. | | |

PLAN DE INTERVENCIONES DE LAS
VALORACIONES FOCALIZADAS EN LA
UCIREN III DEL INPer (13.11.17 al 17.11.17)

| Requisito de Autocuidado | | 7.- Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. | |
|---|---|--|--|
| Operaciones de Diagnóstico | Dolor R/C procedimientos invasivos M/P llanto incontrolable, taquicardia, facies dolorosas NIPS (5) | | |
| Objetivo | Controlar el dolor en el recién nacido, por medio de analgesia farmacológica y medidas de contención para la disminución y prevención de complicaciones clínicas. | | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro | |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica | |
| <ul style="list-style-type: none"> Valoración y control del dolor | <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el nivel del dolor en el recién nacido por medio de la escala neonatal e infantil del dolor (NIPS) 2. Mantener contención 3. Sacarosa al 24% 2 min antes del procedimiento doloroso 4. Succión no nutritiva | <p>1.- Para poder prevenir y tratar el dolor es necesario poder medirlo de una forma efectiva. El dolor agudo resulta de una estimulación fisiológica produciendo alteraciones en los signos vitales como aumento en la frecuencia cardíaca, respiratoria, disminución en la saturación de oxígeno, aumento de la presión arterial.⁽⁴⁵⁾</p> <p>2.- “La terapia no farmacológica como la postura adecuada, las caricias, el arrullo, las imágenes agradables, la música, la estimulación táctil y el movimiento”⁽⁵⁰⁾ son altamente eficaces para el control del dolor en el recién nacido.</p> <p>3, 4.- Se recomienda el uso de la solución glucosada al 25% para disminuir la intensidad del dolor por ser no invasiva, de fácil adquisición y por su seguridad.⁽⁵¹⁾</p> <p>Ambos enfoques no farmacológicos, el uso de glucosa 30% por boca y la succión no nutritiva del chupete, son útiles para prevenir el dolor cuando se usan dos minutos antes de la realización de procedimientos de enfermería en bebés recién nacidos.⁽⁵²⁾</p> | |
| Control de casos: | El neonato pudo controlar el dolor favorablemente al aplicar las medias farmacológicas (sacarosa 24%) y la succión no nutritiva posterior al estímulo doloroso, yendo de un puntaje de 5 a 1 en la escala de NIPS. | | |

| | | |
|--|--|--|
| Requisito de Autocuidado | 8.- Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano | |
| Operaciones de Diagnostico | Déficit de conocimientos del agente de cuidado dependiente R/C desconocimiento del proceso patológico y los cuidados de su hijo | |
| Objetivo | Que los cuidadores primarios del neonato conozcan la situación de salud de su hijo y sean capaces de llevar a cabo los cuidados necesarios para mejorar su salud y | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Orientar |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| Apoyo educativo al cuidador primario para optimizar los cuidados que le brinden al recién nacido. | <p>1.- Informar sobre los cuidados del recién nacido y como identificar signos de alarma en caso de una complicación derivada de su patología o del sistema VAC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de respiración del recién nacido • Intolerancia a la alimentación • Presencia de sangrado en el drenado del sistema VAC <p>2.- Informar a los padres sobre los cuidados necesarios del sistema VAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación del recién nacido • Función del sistema • Cambios del apósito • Beneficios del sistema VAC <p>3.- Informar sobre los signos de alarma del sistema VAC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alarmas del equipo • Posibles causas de fallo • Que hacer en caso de fuga • Características normales del drenado | <p>La intervención educativa con enfoque constructivista basada en la teoría y la práctica del autocuidado apoyada por el sistema de enfermería, logra conjuntar potencialidades del equipo multidisciplinario con un impacto positivo en la prevención de complicaciones y mejora el autocuidado. ⁽⁵³⁾</p> <p>1.- En caso de presencia de sangrado en el sistema de drenaje del VAC, se debe de suspender la succión y posteriormente acudir de forma inmediata con el personal especializado.</p> <p>2.- El recién nacido puede ser manipulado libremente ya que el apósito y el sistema de succión del VAC ofrecen la protección necesaria al saco del defecto de pared.</p> <p>2.1 El baño o aseo del recién nacido puede ser parcial ya que es necesario no mojar los adhesivos que protegen al apósito del VAC. El baño completo del recién nacido se podrá hacer con cada cambio de apósito, es decir, cada 7° día.</p> <p>3.- En caso de fallo del sistema, la pantalla del monitor marca si existe una obstrucción en la succión o si existe una fuga en la misma. La luz verde cambia a color anaranjado.</p> <p>3.1 En caso de obstrucción, será necesario cambiar la manguera de succión.</p> <p>3.2 En caso de fuga, hay que revisar que el sistema de succión esté bien conectado y que el sellado de los apósitos sea hermético, de lo contrario se tendría que cambiar la fijación.</p> |
| Control de casos: | El agente de cuidado dependiente pudo llevar a cabo el cuidado de su recién nacido de manera satisfactoria, ya que comprendían la función y los cuidados del sistema VAC así como sus beneficios y que hacer en caso de fallo del sistema | |

PLAN DE INTERVENCIONES DE LAS
VALORACIONES FOCALIZADAS EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL INPer (22.11.17 al 06.01.18)

| | | |
|---|---|---|
| Requisito de Autocuidado | 7.- Prevención de peligros para la vida, la función y el bienestar humano. | |
| Operaciones de Diagnóstico | Riesgo de alteración de la integridad cutánea R/C colocación de apósitos adhesivos en la piel circundante al defecto de pared. | |
| Objetivo | Prevenir lesiones en la piel que pueden ser causadas por la continua colocación de apósitos adherentes en la piel abdominal | |
| Sistema de Enfermería | Totalmente compensador | Método de ayuda: Actuar por otro Orientar |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| <ul style="list-style-type: none"> › Valoración de la integridad de la piel › Asepsia del área › Orientación sobre los cuidados al agente de cuidado dependiente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración de la integridad de la piel en el cambio de apósito de la terapia VAC 2. Utilizar apósitos hidrocoloides para proteger la piel. 3. Aseo de la región abdominal para la recolocación del sistema VAC con jabón neutro 4. Medir el defecto de pared (Circunferencia, altura y base) para valorar avances. 5. Orientación educativa a los padres sobre el cuidado de la piel y manejo del VAC en el hogar. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Los bebés prematuros tienen una piel delgada y transparente. La piel de un bebé a término es más gruesa. Al segundo o tercer día del bebé, la piel se aclara un poco y puede researse y escamarse. 2. Las características generales de los apósitos hidrocoloides incluyen impermeabilidad a las bacterias y otros contaminantes, permeabilidad al vapor pero no al agua, adhesión propia y moderada absorción de la luz, minimizando el trauma en la piel 3.- En el momento del nacimiento el pH es neutro acidificándose posteriormente. La utilización de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el pH cutáneo y favorece la irritación y las infecciones.⁽⁵⁴⁾ |
| Control de casos: | Al retirar los apósitos en cada cambio de la terapia VAC se podía observar enrojecimiento de la zona que se encontraba en contacto con el apósito adherente, sin embargo después de realizar la asepsia de la zona no se observó cambios en la coloración de la piel; por lo que, se pudo mantener la integridad de la misma. | |

| | | |
|---|--|--|
| Requisito de Autocuidado | 8.- Promoción para el funcionamiento y el desarrollo humano | |
| Operaciones de Diagnostico | Riesgo de retraso en el desarrollo R/C anomalía estructural y genética | |
| Objetivo | Favorecer el desarrollo psicomotriz del recién nacido por medio de ejercicios de estimulación temprana. | |
| Sistema de Enfermería | Apoyo educativo | Método de ayuda: Guiar y Orientar |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| <ul style="list-style-type: none"> › Fomentar el apego entre los padres y el recién nacido › Detectar riesgos para la salud del recién nacido y fomentar el seguimiento de los mismos | <ul style="list-style-type: none"> 1.- Fomentar y facilitar el vínculo y apego de los familiares con el recién nacido 2.- Identificar riesgos genéticos 3.- Alentar a los padres a que continúen con el seguimiento pediátrico de su recién nacido para dar atención oportuna a sus necesidades de salud. | <p>3- La intervención educativa con enfoque constructivista basada en la teoría y la práctica del autocuidado apoyada por el sistema de enfermería, logra conjuntar potencialidades del equipo multidisciplinario con un impacto positivo en la prevención de complicaciones y mejora el autocuidado.⁽⁵³⁾</p> |
| Control de casos: | Los cuidadores primarios del recién nacido obtuvieron las valoraciones necesarias por los diferentes especialistas que requiere, se sintieron más seguros de que los cuidados que le proporcionan a su hijo son los adecuados y se sienten motivados a seguir con las indicaciones recibidas. | |

| | | |
|--|--|--|
| Requisito de Autocuidado | 8.- Promoción para el funcionamiento y el desarrollo humano | |
| Operaciones de Diagnostico | Disposición del agente de cuidado dependiente para mejorar el autocuidado en su recién nacido M/P verbalización del deseo de conocer más sobre los cuidados específicos de la patología de su hijo | |
| Objetivo | Informar al agente de cuidado dependiente sobre los cuidados específicos para su recién nacido. | |
| Sistema de Enfermería | Apoyo educativo | Método de ayuda: Orientar |
| Prescripción de cuidado | Tratamiento Regulador | Fundamentación Científica |
| Enseñanza al agente de cuidado dependiente. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar al cuidador a identificar signos de alarma en su recién nacido. 2. Explicar el manejo y cuidados del sistema VAC. 3. Enfatizar sobre la importancia que tiene el seguimiento médico en cada una de las especialidades asignadas. | <p>La intervención educativa con enfoque constructivista basada en la teoría y la práctica del autocuidado apoyada por el sistema de enfermería, logra conjuntar potencialidades del equipo multidisciplinario con un impacto positivo en la prevención de complicaciones y mejora el autocuidado.⁽⁵³⁾</p> <p>1.- Los signos de alarma en el recién nacido son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que su bebé no esté comiendo bien (por lo menos cada 4 horas) ▪ Que no esté orinando por lo menos dos veces al día. ▪ Que tenga dificultad para evacuar o que no evacue por lo menos cada 2 días. ▪ Que respire muy rápido o agitado o que detecte que hace pausas muy prolongadas sin respirar. ▪ Que detecte que se ponen morados sus labios o bien que se pone muy pálido. ▪ Que detecte aumento de color amarillo en su piel. ▪ Que vomite varias veces. ▪ Que presente fiebre (temperatura de 38°C o más). ▪ Que presente llanto continuo difícil de consolar. ▪ Que se queje de manera continua. |
| Mejora de la autoconfianza | <ol style="list-style-type: none"> 1. Explorar sobre la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar los cuidados a su recién nacido 2. Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo los cuidados a su recién nacido. | |
| Control de casos: | Los cuidadores primarios del recién nacido obtuvieron las valoraciones necesarias por los diferentes especialistas que requiere, se sintieron más seguros de que los cuidados que le proporcionan a su hijo son los adecuados y se sienten motivados a seguir con las indicaciones recibidas. | |

Indicaciones generales:

- › Utilizar ropa de algodón previamente lavada preferentemente con jabón de pasta sin suavizantes ni blanqueadores.
- › Baños de sol 10 minutos 2 veces al día antes de las 11 de la mañana o después de las 4 de tarde para prevenir quemaduras por el sol.
- › Acudir a la cita de emisiones acústicas para medir la audición de su recién nacido.
- › Acudir a su centro de salud para la aplicación de sus vacunas.
- › Llevar al recién nacido a revisión con su pediatra 2 días después de su alta y a las citas de seguimiento pediátrico otorgadas en el INPer.
- › Indicaciones de alimentación:
 - › Si toma seno materno exclusivo recuerde que es a libre demanda con un mínimo de 10 a 12 tetadas en 24 horas.
 - › No proporcionar té de ningún tipo, agua o sustancias.
 - › Recuerde los beneficios de la lactancia materna para su bebé y usted, por lo que si le indican alguna fórmula insista en su interés de dar pecho exclusivamente.
 - › En caso de dificultad o duda con la lactancia, acudir al grupo de lactancia materna al número 52 20 99 00 ext. 680 y 511 o visite el sitio <https://www.perinato.org.mx>
 - › Se recomienda no dar ningún otro alimento o líquido hasta los 6 meses de edad y continuar la lactancia por 2 años o más, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Indicaciones de signos de alarma:

- › Es recomendable ubicar los hospitales que cuenten con servicio de urgencias más cercanos a su domicilio en caso de una urgencia médica.
- › Si observa cualquiera de los siguientes signos de alarma, le sugerimos acudir al servicio de urgencias más cercano a su domicilio lo más pronto posible:
 - Que su bebé no esté comiendo bien (por lo menos cada 4 horas)
 - Que no esté orinando por lo menos dos veces al día.
 - Que tenga dificultad para evacuar o que no evacue por lo menos cada 2 días.
 - Que respire muy rápido o agitado o que detecte que hace pausas muy prolongadas sin respirar.
 - Que detecte que se ponen morados sus labios o bien que se pone muy pálido.
 - Que detecte aumento de color amarillo en su piel.

- Que vomite varias veces.
 - Que presente fiebre (temperatura de 38°C o más).
 - Que presente llanto continuo difícil de consolar.
 - Que se queje de manera continua.
- › Para reducir la posibilidad de muerte de cuna recomendamos:
- Acostar al bebé para dormir siempre boca arriba.
 - Evitar dormirlo con gorros, guantes, almohadas o cobijas que se puedan llevar a la cara y obstruir su respiración. Se sugieren los mamelucos para dormir.
 - No exponer al bebé al humo del tabaco.
 - Alimentación exclusiva al seno materno también reduce el riesgo de muerte de cuna.

IX. CONCLUSIONES

La elaboración de este estudio de caso aporta al campo de conocimientos de Enfermería Neonatal la innovación del cuidado para el RN con Onfalocele el cual ofrece múltiples beneficios en comparación con el tratamiento convencional con silo, cierres primarios o escarificaciones.

La evidencia científica y las líneas de manejo de la terapia VAC desde el momento del nacimiento es deficiente, únicamente con inicio tardío o post colocación de silo; por lo que es primordial que el profesional de enfermería en el área hospitalaria desde el segundo nivel de atención promueva la terapia VAC como un tratamiento de primera elección.

Actualmente la terapia VAC como tratamiento inicial del onfalocele es colocado por médicos especializados en cirugía como protocolo de investigación en el INPer, por lo que es importante que el personal de enfermería lo conozca y pueda llevar a cabo desde la colocación como el manejo en el área hospitalaria ya que el éxito en la recuperación, pronóstico y complicaciones quirúrgicas en comparación con los tratamientos convencionales como el silo o el cierre primario se ha reflejado en el inicio temprano de la alimentación, la reducción de la estancia hospitalaria en un promedio de 7 días estancia, disminución de los costos hospitalarios y de infecciones relacionadas a la atención médica; lo cual hace de esta terapia un procedimiento seguro y altamente efectivo para el tratamiento del onfalocele.

X. SUGERENCIAS

Derivado de que hemos concluido que el uso de la terapia VAC como tratamiento para el onfalocele no roto, trae muchos beneficios para los neonatos en comparación con las terapias convencionales como lo son el cierre primario y el cierre diferido, beneficios como el inicio temprano de la alimentación por vía oral, la disminución de riesgos como la aparición de un síndrome compartimental, la disminución en la incidencia de infecciones derivadas del uso de silos y la prolongación de la estancia hospitalaria, la reducción de costos hospitalarios, entre muchos otros beneficios, sugerimos que la enfermería encargada del manejo de estos recién nacidos con defectos de pared conozcan el manejo de esta terapia y hagan el seguimiento y la difusión de sus resultados, pues en la actualidad aun no existen fuentes bibliográficas con respecto a este tema que enriquezcan y den sustento a esta innovación del cuidado enfermero.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. 2017. p. 1. Available from: <https://bit.ly/1MO6UD8>
2. Villasís-keever MÁ. Actualización de las causas de mortalidad perinatal: la OMS publicó en 2016 el ICE-PM. 2016;83(4):105–7.
3. Díaz C, Copado DY, Muñoz DG, Muñoz H. MALFORMACIONES DE LA PARED ABDOMINAL ABDOMINAL WALL DEFECTS. Rev Clínica Las Condes [Internet]. 2016;27(4):499–508. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.07.009>
4. Cuervo L. Defectos de la pared abdominal. Rev Hosp Niños (B Aires) [Internet]. 2015;57(258):170–90. Available from: <https://bit.ly/2u4GB9y>
5. Martínez S, Olivia E, Díaz C, Figuero S. Teorías de Enfermería: un fundamento disciplinar Resumen. Enfermería Univ [Internet]. 2007; Available from: <https://bit.ly/2NIKOut>
6. Federación DO de la. NORMA Oficial Mexicana, NOM-019-SSA3-2013 [Internet]. Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. 2013. Available from: <https://bit.ly/19XehWV>
7. OMS. TEMAS DE SALUD [Internet]. ENFERMERIA. 2018. Available from: <https://bit.ly/1DGaUf3>
8. María ELA. Correlación entre el modelo conceptual y el modelo profesional del cuidado. :10(2). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200009&lng=es.
9. Herrera Cuenca Cristian Daniel CDA. Las Tecnologías en el aprendizaje de prestación de cuidados. Propues un marco Ref desde el Model Patricia Benner [Internet]. :10 (3). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000300006&lng=es
10. Mtro. Víctor Manuel García Torres MMMC. La Antropología y su Relación con las Prácticas de Cuidado. Act Integr I. 2017;31.
11. Olga Marina Vega Angarita DSGE. TeoriaDelDeficitDeAutocuidado. Interpret desde los Elem conceptuales [Internet]. 2016;4:28–35. Available from: <https://bit.ly/2E1J0Vk>
12. Cristina Balan Gleaves MFO. Modelos de Enfermería. Bases Teóricas para el Cuid Espec. :104.
13. Alicia L, Solar P, Maricela IL, Reguera G, Gómez NP, Lic II, et al. La teoría Déficit de autocuidado : Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención The theory Deficit of selfcare : Dorothea Orem , starting-point for quality in health care. 2014;835–45. Available from:

<https://bit.ly/2lDeZzP>

14. Elena Garcés Castellote MLJR. TRANSHUMANISMO: CÓMO EL MEJORAMIENTO HUMANO CAMBIARÁ EL CUIDADO. UN ANÁLISIS DESDE LA TEORÍA Gen DEL DÉFICIT AUTOCUIDADO [Internet]. 2016;10(3). Available from: <https://bit.ly/2lRERJO>
15. Esperanza D, Gonz S, Jord L. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Práctica Clínica [Internet]. 2011;19:67–9. Available from: <https://bit.ly/2igorsp>
16. Del A, De R, Seg S, De U, De S, Seg T, et al. METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA: FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Man CTO Oposiciones Enfermería [Internet]. 2016;1–49. Available from: <https://bit.ly/2D7BTse>
17. Lic. Eva Olivia Salas Martínez, Lic. Janelore Cuecuecha Díaz LYSF y MRMOM. Teorías de Enfermería: un fundamento disciplinar. Rev Enfermería Univ ENEO-UNAM [Internet]. 2007;4(3). Available from: <https://bit.ly/2DxQYEr>
18. G. Fanny Cisneros. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA. Univ DEL CUACA [Internet]. 2015;1–15. Available from: <https://bit.ly/2cq8qvD>
19. Vanessa Campos-Lozada GSM. Onfalocele y gastrosquisis. Más que una diferencia clínica. Medigraphic [Internet]. 2004;2. Available from: <https://bit.ly/1dOTjcn>
20. Moore KL PT. Cavidades corporales mesentéricas y diafragma. In: McGraw-Hill Interamericana, editor. Embriología clínica. 9th ed. 2013. p. 211–25.
21. H JN, O LC, R AA. Defectos de la pared abdominal . Estudio comparativo entre onfalocele y gastrosquisis. 2013;84(4):403–8.
22. Originales C. Caracterización de los pacientes, tratamiento y complicaciones más frecuentes de los recién nacidos con gastrosquisis y onfalocele. 2016;57(3):323–31.
23. Chen Y, Zhang W, Lu S, Mei J, Wang H, Wang S, Gu L, Zhang L CX. Alfa fetoproteína sérica materna y β -hCG libre del segundo trimestre para el cribado de gastrosquisis fetal y onfalocele. 46(3):268–73. Available from: <https://bit.ly/2WTGoAk>
24. Risby K, Jakobsen MS, Qvist N. Congenital Abdominal Wall Defects : Staged closure by Dual Mesh. J Neonatal Surg. 2016;5(1).
25. Reyes MD, Junco PT, Delfa SB, Encinas JL, Muñoz MR, Sánchez AV, et al. Cierre primario frente a cierre diferido: diferencias ventilatorias y nutricionales en los pacientes con gastrosquisis. 2016;29:49–53.
26. Morris JA, Eddy VA, Blinman TA, Rutherford EJ SK. The staged laparotomy for trauma: issues in unpacking and reconstruction. 1993;217:576–86.
27. Chattás LG. Cuidados del recién nacido con defectos de la pared abdominal. Rev Enfermería [Internet]. 2015;(Cuadro 3):9–17. Available

- from: [http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados del recién nacido con defectos de la pared.pdf](http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados_del_recien_nacido_con_defectos_de_la_pared.pdf)
28. Salud SDE, Reloncavi DEL. Protocolo Defectos de la Pared Abdominal . 2011;12. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367949382003>
 29. KCI / KCI Clinic Spain SL. FICHA TECNICA OFICIAL DEL PRODUCTO. VAC ULTRA [Internet]. 2012; Available from: <https://bit.ly/2KHgEno>
 30. Rivero H. PARCHE DE CORDÓN UMBILICAL VERSUS CIERRE PRIMARIO CONVENCIONAL EN GASTROSQUISIS Y ONFALOCELE. Arch Venez Pueric y Pediatría Soc Venez Pueric y Pediatría [Internet]. 2016;79(1):8–14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367949382003>
 31. KCI. Terapia V.A.C. [Internet]. La terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es un tratamiento avanzado de cicatrización de heridas. 2015. Available from: <https://bit.ly/2DqWQPG>
 32. Ruben L, Ramos A, Marlene L, Tipismana F, Alberto L, Huamami F. Valores éticos compartidos entre profesionales de ciencias de la salud. 2014;66(2):15–22. Available from: <https://bit.ly/2DqYXmA>
 33. Daniela Ramirez Ramos. El Ser y el Deber Ser de la Enfermera Supervisora en el Ámbito Hospitalario. 2014;76. Available from: <https://bit.ly/2z5ccdC>
 34. CONAMED S. Código de ética para enfermeras. 2002;1–17. Available from: <https://bit.ly/2uf2LAW>
 35. Diario Oficial de la Federación. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [Internet]. Available from: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
 36. Diario Oficial de la Federación. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes [Internet]. 2014. Available from: <https://bit.ly/1yigEOh>
 37. SSA. Carta de los derechos generales de los pacientes. 1998; Available from: <https://bit.ly/2kPzhsN>
 38. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la Pers recién nacida [Internet]. 2016; Available from: <https://bit.ly/1SCy9ht>
 39. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 [Internet]. DEL EXPEDIENTE CLINICO. 2012. Available from: <https://bit.ly/1KXJ8Sg>
 40. E LED, Moreno LP, López ET. Métodos de investigación educativa. 3° Magisterio Educ Espec UAMadrid [Internet]. 2015;16. Available from: https://www.academia.edu/23373978/Métodos_de_investigación_educativa_EL_ESTUDIO_DE_CASOS
 41. Rivera M. Pulso Oximetría en Neonatos. Staten Isl Univ Hosp Hofstra-North Shore [Internet]. 2016;37(9):402–5. Available from:

<https://relaped.com/?p=1678>

42. American Heart Association AAP. Manual de Reanimación Neonatal. 7°. 2016. 46 p.
43. Marietti G. Fórmulas lácteas infantiles para la alimentación del lactante sano durante el primer año de vida. Cátedra Clínica Pediátrica FCM UNC [Internet]. 2011;1–13. Available from: <https://bit.ly/2BDxXjN>
44. Francisco M, Arzápalo A, Aglae D, Cabrera A, José J, Mukul G, et al. Tolerancia de la nutrición enteral en infusión continua vs bolo, medida por variación de la presión intraabdominal y producción de dióxido de carbono al final de la espiración (VCO₂) en pacientes en estado crítico. Medigraphic [Internet]. 2016;30(3):171–7. Available from: <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>
45. INPer. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE NEONATOLOGÍA. 2015. 204–211 p.
46. SSA. Guía de Práctica Clínica. Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional Guía de Referencia Rápida Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional. :1–10. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/418_GPC_AlimentacionRN/IMSS-418-10-GRR_Alimentacion_Enteral_RNP_32_Semanas.pdf
47. Bonito RR. Clínica del Recién Nacido Normal. In: Manual de Neonatología. 2°. México: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2012. p. 14–26.
48. Solimano A. Manejo de líquidos y glucosa. In: Alfonso Solimano, Emily Ling DO, editor. ACoRN. 1st ed. 2012. p. 246–77.
49. Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús; Villamizar Carvajal B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN Bibl Lascasas [Internet]. 2005;1:42. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
50. ÁLVAREZ T. El dolor en los neonatos. 2000;13(4):246–55. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3784>
51. Guzmán-arteaga AN, Fajardo-ochoa F, Ramírez-rodríguez CA, Álvarez-hernández G. Efecto Analgésico de la Solución Glucosada al 25 % vs Crema EMLA . Evaluación por la Escala de PIPP . 2013;30(2). Available from: <https://bit.ly/2SwHYsr>
52. Eugenia BC, Oscar EJ, Silvia A, Guadalupe GM, Cristina M, Dolores PM. Estrategias no farmacológicas en el alivio del dolor del recién nacido en procedimientos de enfermería. Medigraphic [Internet]. 2008;16(909):83–8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082e.pdf>
53. Guti LA, Nava MG, Mendoza AZ. Apoyo Educativo de Enfermería en el

Autocuidado del Paciente Diabético. 2012;20:164–8.

54. Abizanda SS, Bautista CR, Llop FAM. Recién nacido : cuidado de la piel. Asoc Española Pediatría [Internet]. 2015;305–8. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf

XII. ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL NEONATO



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo _____

doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería _____

_____ estudiante del Posgrado en **Enfermería del Neonato** de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento o condición actual en la que me encuentro, como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de solicitar mi retiro de este estudio de caso en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me niegue la atención médica para el tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías, videos o registros médicos y de enfermería durante mi hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DEL POSGRADO: _____

FIRMA: _____



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO



ELABORADO POR

ALUMNOS DE LA GENERACIÓN 2017- 2018

Instrumento de valoración



Agente: _____ Etapa de desarrollo: _____ Género: _____

DVEU: _____ Registro: _____ Semanas de gestación: _____ Edad Cronológica: _____ Fecha de nacimiento: _____ Hora de nacimiento: _____ No. De cuna _____ Servicio: _____ Diagnostico medico: _____

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Agente de cuidado dependiente: _____

- **Patrón de vida:** Edad: _____ Estado civil: _____ Escolaridad _____ Ocupación: _____ Grupo y Rh: _____ Diagnóstico Materno: _____

Tratamiento: _____

- **Antecedentes Prenatales**

Gestas: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Ectópicos: _____ Óbito: _____

Número de hijos vivos: _____ ¿Qué número de gesta es el neonato? _____

Periodo Intergenésico: _____

- Actividades que realizó en el embarazo: Consulta Prenatal: Si No Número: _____
- Ultrasonido Si No Observaciones: _____

Cultivos: Si No Observaciones: _____

Multivitamínicos: Si No Maduradores Pulmonares: Si No Semanas de Gestación: _____

Su embarazo fue planeado y deseado: Si No Toxicomanías: Si No ¿Cuál? _____

Frecuencia: _____

i. *Infección de Vías Urinarias (IVU):* Si No Semanas de Gestación: _____ Tratada: Si No Tratamiento: _____

ii. *Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)* Si No ¿Cuál? _____ Tratada: Si No

iii. Tratamiento: _____

iv. *Ruptura Prematura de Membranas* Si No Semanas de Gestación: _____ Tiempo de RPM y Nacimiento: _____

v. *Elevación de Tensión Arterial:* Si No Tratada: Si No

vi. Tratamiento: _____

vii. *Elevación de niveles de Glucosa:* Si No Tratada: Si No

viii. Tratamiento: _____

ix. *Amenaza de Parto Prematuro:* Si No SDG: _____ Tratada: Si No Tratamiento: _____

- **Estado de Salud del agente de cuidado dependiente:** sano agudo crónico
- **Sistema de salud:** IMSS ISSSTE SSA otros _____
- **Sistema familiar:** Tipo de familia

Nuclear Extensa Integrada Desintegrada

Número de integrantes: _____ Lugar que ocupa en la familia: _____

Quien es el sustento familiar _____

- **Factores Socioculturales:** Religión _____ Etnia Área Geográfica: urbana suburbana rural

Vivienda: Casa Departamento Propio Rentado Características de la habitación: Construcción: _____ Iluminación: _____ Agua Potable: _____ Drenaje: _____

Flora y Fauna: _____

Número de habitaciones y uso: _____

- **Factores Socioeconómicos:** nivel socioeconómico: _____
- **Datos del Nacimiento**

Tabla de Jurado García y Betaglia y Lubchenco

interpretación: _____

Vía de nacimiento: _____ Líquido amniótico: _____ Apgar:

1min _____ 5 min _____ Silverman: _____ Semanas de Gestación por FUM

Capurro: _____ Ballard: _____ Vermix caseoso Lanugo profilaxis antihemorrágica SI

NO Profilaxis ocular SI NO

Pasos _____ iniciales _____ otorgados: _____

Maniobras de reanimación avanzada:

Fc: _____ Fr: _____ Temp: _____ Llenado Capilar: _____ T/A : _____ SAT: _____

Manejo posterior a la reanimación: Alojamiento TIMN Cunero de Transición Cuidados Intermedios UCIN Contacto precoz

| Gasometría de nacimiento | | | | | | |
|--------------------------|----|-------|------|----|------|----|
| | pH | PaCO2 | HCO3 | BE | PaO2 | SO |
| Cordón | | | | | | |
| Capilar | | | | | | |
| Arterial | | | | | | |
| Venosa | | | | | | |

| SOMATOMETRI | |
|-------------|--|
| A | |
| PESO | |
| TALLA | |
| PC | |
| PT | |
| PA | |
| PB | |
| S.S | |
| PIE | |

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Signos vitales tomados en:

- Sueño profundo
- Sueño ligero
- Semidormido
- Alerta tranquila
- Alerta activa
- Llanto

Signos vitales

FC: _____ lpm
FR: _____ lpm
T/A: _____ mmHg
Tamaño del cuff: _____ cm
T/A media: _____ mmHg
Temperatura: _____ °C
Saturación preductal : _____ %
Saturación posductal : _____ %

Coloración

- Rosado
- Pálido
- Cianótico
- Ictérico
- Marmóreo
- Robicundo
- Acrocianosis
- Coloración de arlequín

Localización



Nariz

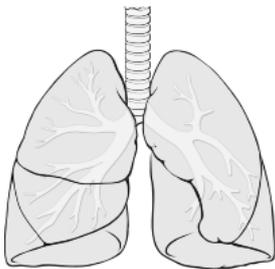
- Permeabilidad nasal
- Puente nasal plano
- Secreción nasal
- Estornudos
- Columnela integra

Cuello

- Corto
- Pliegues cutáneo
- Masas anexiales

Tráquea

- Central
- Lateralizada

| <p style="text-align: center;">Tórax</p> <p>Perímetro torácico ____ cm</p> <p><input type="checkbox"/> Tórax en tonel</p> <p><input type="checkbox"/> Tórax e quilla</p> <p><input type="checkbox"/> Hernia diafragmática</p> <p><input type="checkbox"/> Atresia esofágica tipo</p> <p><input type="checkbox"/> Fístula de tipo</p> | <p>Tipo de respiración</p> <p><input type="checkbox"/> Abdominal</p> <p><input type="checkbox"/> Respiración periódica</p> <p><input type="checkbox"/> Apnea</p> <p><input type="checkbox"/> Polipea</p> <p><input type="checkbox"/> Taquipnea</p> <p><input type="checkbox"/> Bradipnea</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|----------|--------------|---|--|---|---------------------|---|---|---|--------------------|--|---|--|---------------------|--|---|---|-----------------------------|--|--|--|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="font-size: small;">Signos clásicos</th> <th style="font-size: small;">0 puntos</th> <th style="font-size: small;">1 punto</th> <th style="font-size: small;">2 puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;">Aleteo nasal</td> <td> <small>Ausente</small></td> <td> <small>Mínimo</small></td> <td> <small>Markado</small></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Quijido espiratorio</td> <td> <small>Ausente</small></td> <td> <small>Audible con el estetoscopio</small></td> <td> <small>Audible</small></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Tiraje intercostal</td> <td> <small>Ausente</small></td> <td> <small>Apenas visible</small></td> <td> <small>Markado</small></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Retracción esternal</td> <td> <small>Sin retracción</small></td> <td> <small>Apenas visibles</small></td> <td> <small>Markado</small></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Disociación toracoabdominal</td> <td> <small>Sincronizado</small></td> <td> <small>Retraso en inspiración</small></td> <td> <small>Bamboleo</small></td> </tr> </tbody> </table> | Signos clásicos | 0 puntos | 1 punto | 2 puntos | Aleteo nasal |  <small>Ausente</small> |  <small>Mínimo</small> |  <small>Markado</small> | Quijido espiratorio |  <small>Ausente</small> |  <small>Audible con el estetoscopio</small> |  <small>Audible</small> | Tiraje intercostal |  <small>Ausente</small> |  <small>Apenas visible</small> |  <small>Markado</small> | Retracción esternal |  <small>Sin retracción</small> |  <small>Apenas visibles</small> |  <small>Markado</small> | Disociación toracoabdominal |  <small>Sincronizado</small> |  <small>Retraso en inspiración</small> |  <small>Bamboleo</small> | <p>Movimientos</p> <p><input type="checkbox"/> Sincrónicos</p> <p><input type="checkbox"/> Asincrónicos</p> <p>Silverman-Anderson grado de dificultad</p> <p><input type="checkbox"/> Leve</p> <p><input type="checkbox"/> Moderada</p> <p><input type="checkbox"/> Severa</p> |
| Signos clásicos | 0 puntos | 1 punto | 2 puntos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aleteo nasal |  <small>Ausente</small> |  <small>Mínimo</small> |  <small>Markado</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quijido espiratorio |  <small>Ausente</small> |  <small>Audible con el estetoscopio</small> |  <small>Audible</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tiraje intercostal |  <small>Ausente</small> |  <small>Apenas visible</small> |  <small>Markado</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retracción esternal |  <small>Sin retracción</small> |  <small>Apenas visibles</small> |  <small>Markado</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disociación toracoabdominal |  <small>Sincronizado</small> |  <small>Retraso en inspiración</small> |  <small>Bamboleo</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Campos pulmonares</p> <p><input type="checkbox"/> Murmullo vesicular bilateral y simétrico</p> <p><input type="checkbox"/> Estridor</p> <p><input type="checkbox"/> Sibilancias</p> <p><input type="checkbox"/> Estertores</p> <p><input type="checkbox"/> Crepitaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Atelectasias</p> | <p style="text-align: center;">Localización</p> <div style="text-align: center;">  </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Secreciones

- Nasaes
- Orales
- Orofaringeas

Color

- Hialina
- Blanca
- Amarilla
- Verdoso
- Hemático

Consistencia

- Fluidas
- Espesas

Cantidad

- Abundantes
- Moderadas
- Escasas

Corazón

- Cianosis durante el llanto
- Cardiomegalia
- Soplos
- Cianosis persistente
- Precordio hiperdinámico
- Pulsos periféricos simétricos
- Pulsos periféricos no simétricos
- Ingurgitación yugular

Tamiz cardiológico

- Saturación preductal :__%
- Saturación posductal :__%

Dibujo trazo electrocardiograma**Focos cardiacos auscultados**

Intensidad: Amplitud o altura de la onda o vibración. Es la fuerza con que lo percibimos:

- Fuerte (intenso)
- Suave (ligero)

Tono: Frecuencia = número de ciclos /segundo

- Alta frecuencia (Agudo)
- Baja frecuencia (Graves)

Timbre: Calidad del sonido. Diferencia entre dos tonos de igual frecuencia

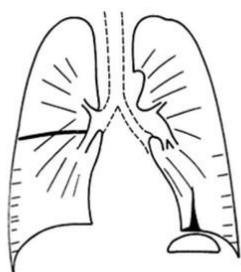
- Rudo
- Rasposo
- Soplante
- Píante
- Musical
- Aspirativo

Hallazgos electrocardiograma

- Ritmo_____
- Frecuencia_____
- Eje_____
- Ondas_____
- Segmentos_____
- Intervalos_____



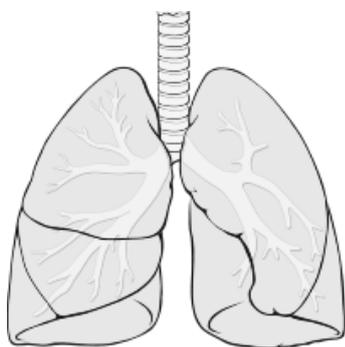
Dibuja la Silueta cardíaca



Menciona alteraciones

Oxigenoterapia

Hallazgo radiográfico



Fase 1

- Fecha de inicio_____
- Flujo_____ Fio2_____
- Humedad_____
- Puntas nasales
- Casco cefálico

Temperatura_____

Tamaño de PN:_____

Fase II SIPAP

Fecha de inicio_____

Flujo_____ Fio2_____

PEEP_____ PIP_____

RPM_____

Ti_____ Rel I/E:_____

Humedad_____

Temperatura_____

CPAPn

Bifásico

Bifasico + Apnea

BIBASICO+TR

Fase II CPAP

Fecha de inicio_____

Flujo_____ Fio2_____

PEEP_____ PIP_____

Humedad_____

Temperatura_____

Fase III

Fecha de inicio_____

Días de intubación_____

N. de cánula_____ Fijación:_____

Flujo_____ Fio2_____

PIP_____ PEEP_____

PMVA_____ CICLADO_____

Ti_____ REL I:E_____

Humedad_____

Temperatura_____

CMV

A/C

SIMV

IMV

PSV

VG

| | |
|---|---|
| Fase IV <input type="checkbox"/> VAFO <input type="checkbox"/> Amplitud _____ <input type="checkbox"/> Hz _____ <input type="checkbox"/> PaW _____ <input type="checkbox"/> FiO2 <input type="checkbox"/> Ti | <input type="checkbox"/> ONI <input type="checkbox"/> PPM <input type="checkbox"/> NO2 <input type="checkbox"/> O2 |
|---|---|

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTO

Peso Actual: _____

Boca: simétrica alineada Labios íntegros Comisura labial desviada

Mucosa oral: Hidratada Seca Secreción salival **Edema:** Generalizado Leve Moderado Severo Focalizado: _____

Lengua: Micrognatia Macroglosia Observaciones: _____

Dientes Natales Perlas De Epstein Paladar íntegro Sialorrea Permeabilidad Esofágica

Abdomen: Cilíndrico Excavado Masas Distendido Globoso Blando Depresible Resistente Dibujo De Asas Intestinales Red venosa **Peristalsis:** Audible Disminuida Aumentada

Residuo gástrico: Cantidad _____ Características _____

Reflejos: Succión Deglución Presente Ausente Tira leche

Tipo alimentación actual: Enteral Parenteral aporte: _____ Ayuno

No. de Días ____ **Tipo De Leche:** Humana Formula de inicio LEPP Otra _____

Fortificada Concentración: _____ **Técnica:** SMLD Vaso Alimentador SOGO Otros _____ Cantidad: ____ ml Frecuencia: ____

Perímetro Abdominal: Preprandial: ____ cm Postprandial: ____ cm

Tolerancia a la Alimentación Náuseas Vómito Reflujo Regurgitación Residuo gástrico Aerofagia Observaciones: _____

Piel: Hidratada Seca Escamosa Otros: _____

Fontanelas: Bregma ____ cm Lambda ____ cm Pulsátil Normotensas Deprimidas Observaciones: _____

Nutrición Parenteral Total **Soluciones Preparenterales**

Solución para Prematuro Otra: _____

Placa abdomen o USG

observaciones: _____

Glicemia capilar: hora _____ mg/dl

ESTADIOS EVOLUTIVOS DE LA SUCCIÓN

| | |
|----------------------|--|
| I.- Patrón inicial | Movimientos de la boca sin succión eficaz |
| II.- Patrón inmaduro | Series de 4 a 7 succiones sin deglución |
| III.- Patrón maduro | Series de 30 a 40 succiones a razón de 2 segundos, asociada con ondas propulsoras en esófago |

| NUTRICION PARENTERAL | | | |
|----------------------|--|-------------------------|--|
| VOLUMEN TOTAL | | VELOCIDAD DE INF | |
| OSMOLARIDAD: | | GKM: | |

| SOLUCION PREPARENTERAL | | | |
|------------------------|----------|-------------------------|----------|
| Componente | Cantidad | Componente | Cantidad |
| Dextrosa 50% | | Con. de Sodio 17.7% | |
| Sol glucosada 5% | | Cloruro Potasio | |
| Sol glucosada 10% | | MVI pediátrico | |
| Gluc. de calcio 10% | | Oligoelementos | |
| Sulf. de Magnesio 20% | | ABD | |
| VOLUMEN TOTAL | | VELOCIDAD DE INF | |
| OSMOLARIDAD: | | GKM: | |

| SOLUCION DE PREMATURO | |
|-----------------------|----------------|
| Componente | Cantidad |
| Dextrosa 50% | |
| Aminoácidos | |
| ABD | |
| Gluc. de calcio 10% | |
| VOL TOTAL | VEL INF |
| OSMOLARIDAD: | GKM: |

| TRANFUSIÓN DE HEMODERIVADOS | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|----|----|------------------------------|-------------------|--|
| TIPO DE HEMODERIVADO | | | | | | |
| VOLUMEN TOTAL | TIEMPO DE INFUSION | | | VELOCIDAD DE INFUSION | | |
| TIPO DE CATERTER | | | | | | |
| HORA DE INICIO | | | | | | |
| SIGNOS VITALES | T/A | FC | FR | TEMP | SatO ₂ | |
| HORA DE TERMINO | | | | TIEMPO TOTAL: | | |
| SIGNOS VITALES | T/A | FC | FR | TEMP | SatO ₂ | |
| OBSERVACIONES Y/O REACCIONES | | | | | | |

Gasometría Arterial Venosa Capilar pH_____ PCO₂_____ PO₂_____ HCO₃_____ SO E.B.

| Medicamentos | Dosis | Vía | Frecuencia | Hora administración |
|---------------------|--------------|------------|-------------------|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS A LA ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

| | | | |
|------------------|-----------|----------|----------|
| Genitales | Masculino | Femenino | Ambiguos |
|------------------|-----------|----------|----------|

MASCULINOS

| PREPUCIO | MEATO | TESTÍCULOS | ESCROTO | SECRECIÓN |
|----------------------------|----------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| Retráctil | Central | Retráctil | Liso | Blanquecina |
| Fimosis Fisiológica | Hipospadi a | Criptorquidi a | Poco rugoso | Amarilla |
| | Epistadias | Descendido s | Arrugas presentes | Sanguinolent a |
| | | Hidrocele | Pigmentad o y rugoso | Verdosa |

FEMENINO

| CLÍTORIS | LABIOS | MEATO | SECRECIÓN |
|-------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Prominente | Menores pequeños | Central | Blanquecina |
| Cubierto | Menores aumentados | Fistula | Amarilla |
| | Mayores cubriendo a los menores | Cloaca persistente | Pseudomenstruación |
| | | | Verdosa |

ORINA

Veces/ micciones por turno _____

| COLOR | Amarilla | Café | Rojizo | Coliuria | Vejiga neurógena |
|----------------|----------|--------|-------------|----------|---------------------------|
| ASPECTO | Clara | Turbia | Concentrada | Espumosa | Incontinencia urinaria |

EVACUACIONES

Hora: _____

| Ano permeable | | Si | | | No | |
|--------------------------|-----------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|---------------------------------|
| Atresia rectal | | Si | | | No | |
| Fistula anal | | Si | | | No | |
| Coloración | Amarillent a | Verdos a | Estrías de sangre | Acoli a | Meconi o | Incontinenci a intestinal |
| Consistenci a | Liquida | Pastosa | Grumos a | Solida | | |

OTRAS PÉRDIDAS

| | | | | | | |
|--|----|--------|-----|----------|------------------------|------------------------|
| Fototerapia (Lampara halógeno, lampara fluorescente) | de | Fiebre | VVP | Drenajes | Cuna de calor radiante | Incubadora sin humedad |
|--|----|--------|-----|----------|------------------------|------------------------|

Peso x .7 x Hrs del turno

LABORATORIOS

Labstix (orina/evacuación)

| | | | | | | |
|----|---------|-----------|-----------|---------|--------------|--------|
| Ph | Glucosa | Proteínas | Proteínas | Cetonas | Bilirrubinas | Sangre |
| | | | | | | |

EGO

| | | |
|-------------------|----------------|--|
| Ph | 5-6.5 | |
| Densidad | 1.005-1.010g/l | |
| Glucosa | 0 | |
| Cuerpos cetónicos | Negativo | |
| Sangre | Negativo | |
| Bilirrubina | Negativo | |
| Urobilinogeno | 1mg/dl | |
| Proteínas | Negativo | |
| Nitritos | Negativos | |

BALANCE

| INGRESOS | | | EGRESOS | | |
|-----------------|----------|-----------|------------------|----------|-----------|
| | POR HORA | POR TURNO | | POR HORA | POR TURNO |
| Vía oral | | | Diuresis | | |
| NPT | | | Evacuaciones | | |
| Solución | | | Emesis | | |
| Hemo componente | | | Sondas | | |
| | | | Sistema VAC | | |
| | | | Mielomeningocele | | |
| | | | | | |
| Medicamentos | | | Drenajes | | |
| Cargas | | | Muestras Lab. | | |
| Reposiciones | | | Otros | | |
| Total por turno | | | Total por turno | | |
| Balance 24hr | | | Balance 24hr | | |

| MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE EL DESCANSO Y SUEÑO | |
|--|---------------------------------------|
| CONDUCTA (BRAZELTON) | ESTADO DE SUEÑO |
| Sueño profundo () | Profundo/Tranquilo () |
| Sueño ligero () | Sueño con mov oculares () |
| Somnoliento () | Inducido/sedación () |
| Vigilia tranquila () | Somnolencia () |
| Vigilia activa () | Observaciones_____ |
| Llanto () | |
| Observaciones_____ | |
| | AMBIENTE |
| | Incubadora () |
| | Cuna radiante () |
| | Cuna Bacinete () |
| | Observaciones _____ |
| ILUMINACIÓN | CONSIDERACIONES ESPECIALES |
| Natural () | VAFO () |
| Artificial () | Hipotermia terapéutica () |
| Hora Penumbra () | Dolor () |
| Observaciones_____ | Escala-puntuación_____ |
| | _____ |
| | Observaciones_____ |
| TEMPERATURA | ESTÍMULOS TÁCTILES |
| Ambiente térmico neutro () | Sobreestimulación () |
| Aire acondicionado () | Programación de hrs contacto () |
| Temp °C ()_____ | Respuesta al estímulo () |
| Húmedad ()_____ | Manejo mínimo () |
| Potencia ()_____ | Observaciones_____ |
| Plataforma ()_____ | |
| Observaciones_____ | |
| POSICIÓN | ESTÍMULOS AUDITIVOS |
| Unión a la línea media () | Aislamiento otoacústico () |
| Supina () | Decibeles_____ |
| Prona () | Disminución de ruido en la unidad () |
| Fetal () | Observaciones _____ |
| Libre () | |
| Decúbito lateral izq () | |
| Decúbito lateral der () | |
| Contención () | |
| Cambios posturales () | |
| Observaciones_____ | |
| ESTÍMULOS VISUALES | TONO MUSCULAR |
| Cubrecunas () | Normal () |
| Protección ocular () | Hipotónico () |
| Hora penumbra ()_____ | Aumentado () |
| Observaciones_____ | Rígido () |
| | Espástico () |
| | Observaciones_____ |

| LESIONES | FRACTURAS |
|---|--|
| Nervios craneales () Nervio facial () Nervio recurrente () Nervios periféricos () Nervio frénico () Plexo braquial () Erb-Duchenne () Klumpke () Médula espinal () Observaciones_____ | Cráneo () Clavícula () Huesos largos () Húmero () Fémur () Desplazamientos epifisarios: Fémur () Húmero () Observaciones_____ |
| COLUMNA | EXTREMIDADES |
| Integra () Alineada () DTN () Mielomeningocele () Espina bífida () Meningocele () Raquisquisis () Observaciones_____ | Simétricas () Coloración () Movilidad articular () Braquidactilia () Aracnodactilia () Camptodactilia () Clinodactilia () Sindactilia () Polidactilia () Pie equino varo () Pie valgo () Pie Genu varo () Deformidades () Observaciones_____ |
| CADERA | |
| Simétrica () Ortolani () Barlow () Observaciones_____ | |

| VALORACIÓN DE LOS REFLEJOS PRIMARIOS. | | | | |
|--|--|--|---------------------|----|
| REFLEJO | VALORACION | RESPUESTA | RESPUESTA OBSERVADA | |
| | | | SI | NO |
| Succión | Se introdujo el dedo índice con guante estéril dentro de la boca del neonato. | Presento succión mantenida y coordinada. | | |
| Deglución | Se observó al neonato durante la alimentación. | Deglute la leche materna sin molestias. | | |
| Perioral, rotación, búsqueda o de los puntos cardinales. | Se realizaron pequeños estímulos ligeros alrededor de la boca. | El neonato mueve la cabeza y la boca hacia el estímulo. | | |
| Tónico del Cuello | En decúbito supino se giró la cabeza del neonato. | Al girar la cabeza del neonato hacia el lado izquierdo, el brazo y la pierna izquierda se extiende el brazo y la pierna derecha se flexionan. | | |
| Moro | Se colocó al neonato en una superficie plana (bacinete), se sujetó por ambas manos y se llevó hacia arriba desplazando el occipital sin separarlo de la superficie y se soltó gentilmente. | Se presenta abducción y extensión de los brazos, codos y dedos. Se produce el abrazo y el llanto y continuó con aducción y flexión de las extremidades superiores. | | |
| Preensión Palmar | Se colocó en el borde cubital de la palma de la mano el dedo índice. | Su produjo la flexión de los dedos del neonato, agarró el dedo y el agarre permitió levantar al neonato de la superficie. | | |
| Preensión Plantar | Se realizó presión con el dedo índice sobre la planta del pie del neonato, por debajo de los dedos. | Los dedos del pie se flexionan alrededor del dedo. | | |
| Marcha | Se mantuvo al neonato derecho y se colocó uno de sus pies en contacto con una superficie firme. | La pierna en contacto con la superficie se extiende mientras que la otra se flexiona, pareciendo dar pasos. | | |
| Babinski | Se rozó el borde lateral de la planta del pie desde el talón hasta el dedo pulgar. | Se presenta flexión dorsal del dedo pulgar con extensión de los otros dedos. | | |
| Incurvación del tronco (reflejo de Galant) | En posición horizontal en decúbito ventral y sostenido por una mano se estimuló cada lado a lo largo de la línea paraventral desde los hombros hasta las regiones glúteas. | Se produce inclinación del tronco hacia el lado estimulado. | | |

| VALORACION DE LOS PARES CRANEALES | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|---|---|---------------------|----|
| PAR | NERVIO | FUNCIÓN | VALORACIÓN | RESPUESTA | RESPUESTA OBSERVADA | |
| | | | | | SI | NO |
| I | Olfatorio | Olfato | Exposición al olor de la leche materna | Movimientos de chupeteo, succión o excitación | | |
| II | Óptico | Agudeza visual | Estimulación a través de un objeto luminoso, rojo. Valoración del fondo de ojo | Dirige la mirada hacia el estímulo luminoso, existen procesos de fijación y seguimiento. Hay parpadeo frente al estímulo. Retina de color rojizo. | | |
| III, IV, VI | Motor ocular común, patético y motor ocular externo | Motilidad ocular | Estimulación a través de un objeto luminoso. Girar la cabeza. | Presencia de movimientos de músculos extra oculares. Seguimiento de la trayectoria del movimiento de la cabeza. | | |
| V | Trigémino | Sensibilidad facial por sus 3 ramas | Tocar con la punta de un objeto ambos lados de la cara. Observar la succión. | Presenta muecas del lado estimulado. Patrón maduro de succión. | | |
| VII | Facial | Movilidad facial | Observar la posición de la cara en reposo, el inicio del movimiento, la amplitud y la simetría de los movimientos espontáneos y provocados. | Simetría en los movimientos palpebrales, del pliegue nasolabial y las comisuras labiales. | | |
| VIII | Auditivo | Auditiva | Realizar estímulos auditivos (aplauso) | Cambio en la actividad motora, en el patrón respiratorio, apertura de la boca y ocular. | | |
| V, VII, IX, X, XII | Trigémino, facial, Glossofaríngeo, neumogástrico, hipogloso | Succión y deglución | Colocar un dedo con guante estéril en la boca para valorar la succión | Patrón maduro de succión. | | |
| XI | Espinal | Flexión y rotación de la cabeza | Extender la cabeza en posición supina y observar la rotación pasiva de la cabeza | Presencia de rotación de la cabeza. | | |

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA.

| OJOS | SI | NO |
|---------------------|----|----|
| Simetría | | |
| Hipertelorismo | | |
| Estrabismo | | |
| Hemorragia C | | |
| Apertura ocular | | |
| Párpados simétricos | | |
| Párpados con edema. | | |

| OREJAS | SI | NO |
|--------------------------|----|----|
| Simetría | | |
| Pabellón formado | | |
| Pabellón bien implantado | | |
| Flexibilidad | | |
| Apéndices auriculares | | |
| Piel integra | | |

Alojamiento conjunto: SI NO Separación del binomio: SI NO

Motivo: _____

Responde a estímulos: Visuales: SI NO **Táctiles:** SI NO **Auditivos:** SI NO

Recibe vista?: SI NO Quién visita? _____ Duración: _____

Es llamado por su nombre?: SI NO Motivo: _____

Su madre reconoce la importancia de registrarlo: SI NO

Irritabilidad durante la exploración: SI NO **Periodos de llanto:** SI NO

Se tranquiliza fácilmente: SI NO **Se tranquiliza al cargarlo su madre:** SI NO

Plan canguro: SI NO Horas contacto: SI NO **Es cargado por:** Mamá SI NO

Papá SI NO **Es hijo deseado:** SI NO Es hijo planeado SI NO

ESQUEMA FAMILIAR



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

❖ IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| Miembro | Datos visibles | Datos | Datos Correctos |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> M. Superior derecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> M. Superior izquierdo | | | |
| <input type="checkbox"/> M. inferior derecho | | | |
| <input type="checkbox"/> M. inferior izquierdo | | | |
| Observaciones: _____ | | | |

❖ AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO

| Incubadora | Cuna de Calor Radiante | Cuna bacinete |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Modo | <input checked="" type="checkbox"/> Modo | <input type="checkbox"/> Contención: _____ |
| <input type="checkbox"/> Servocontrolada | <input type="checkbox"/> Servocontrolada | <input type="checkbox"/> Tipo de ropa: _____ |
| <input type="checkbox"/> Manual | <input type="checkbox"/> Manual | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura: _____ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Humedad: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Potencias: _____ | |

❖ PREVENCIÓN DE LESIONES

| Temperatura | Riesgo de pérdida de calor por: | Hipotermia por estres |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Recién Nacido: _____ | <input type="checkbox"/> Convección | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ambiental: _____ | <input type="checkbox"/> Conducción | <input type="checkbox"/> Hipoactividad |
| | <input type="checkbox"/> Evaporación | <input type="checkbox"/> Palidez |
| | <input type="checkbox"/> Raciación | <input type="checkbox"/> Cianosis |
| | | <input type="checkbox"/> Acrocianosis |
| | | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| | | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria |
| | | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| | | <input type="checkbox"/> Taquicardia |

Presencia de lesiones

Zona: _____

Tipo de lesión: _____

Características

Rotación de oxímetro

Rotación de brazalete de T/A

Electrodo

Dermatitis por pañal

Si

No

Tratamiento

Oxido de zinc

Bepanthen

Mupirocina

Muñón umbilical

Hidratado

En proceso de momificación

Secresiones

Características periumbilicales

Mal olor

OSTOMÍAS

Eliminación

Colostomía

Ileostomía

Urostomía

Planas

Protuidas

Dos bocas (segmento distal y proximal)

Respiratorias

Traqueostomía

Nutrición

Gastrostomía

Sitio

Características

Abdomen: _____

Eritema periestomal

Traquea

Piel sana

Otros: _____

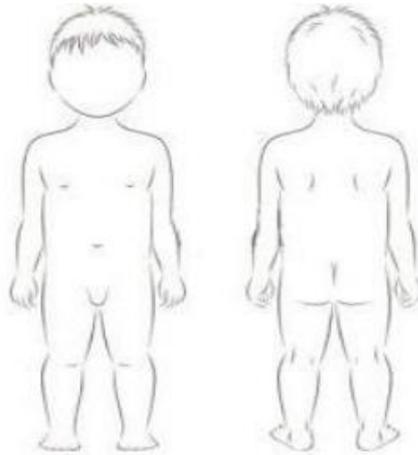
Edema

Color del estoma: _____

Características del efluente: _____

Cantidad del efluente: _____

Marcar zona de lesión



❖ PREVENCIÓN DEL DOLOR

Signos sugestivos de presencia de dolor

Si

No

Escala: _____

Resultado: _____

Medidas No farmacologicas

Sacarosa

Succión no nutritiva

Lactancia materna

Contención

Otros: _____

| MEDICAMENTO | DOSIS | VÍA | FRECUENCIA | PRESENTACIÓN | REACCIONES ADVERSAS |
|-------------|-------|-----|------------|--------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Escala CRIES | | | |
|---|-----------------------------------|--|------------------------------|
| PARAMETRO | 0 | 1 | 2 |
| Llanto* | No llora, tranquilo | Lloriqueo inconsolable | Llanto intenso no consolable |
| FiO2 para Sat O2 >95% | 0, 21 | </= 0,3 | >0,3 |
| FC y TA sistólica | </= basal | Aumento </= 20% basal | Aumento >20% basal |
| Expresión | Cara descansada, expresión neutra | Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor) | Mueca de dolor y gemido |
| Periodos de sueño | Normales | Se despierta muy frecuentemente | Constantemente despierto |
| *El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales. | | | |
| La escala CRIES valora 5 parámetros fisiológicos y de comportamiento siendo igualmente válida para medir el dolor postoperatorio en el recién nacido. | | | |

| ESCALA PIPP | | | | |
|--|---|---|---|---|
| INDICADOR | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Gestación | >/= 36 semanas | 32 a <36 | 28 a <32 | </=28 semanas |
| Comportamiento *(15seg) | Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales | Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales | Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales | Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales |
| Aumento de FC ** (30seg) | 0-4 lpm | 5-14 lpm | 15-24 lpm | >/= 25lpm |
| Disminución Sat O2 ** (30seg) | 0-2,4% | 2,5 – 4,9% | 5 – 74 % | >/= 7.5% |
| Entrecejo fruncido** (30seg) | 0-3 seg | 3-12 seg | >12-21seg | >21seg |
| Ojos apretados** (30seg) | 0-3seg | 3 – 12 seg | >12-21seg | >21seg |
| Surco nasolabial ** (30seg) | 0-3seg | 3 – 12 seg | >12-21seg | >21seg |
| *Comparar comportamiento basal y 15 seg después del procedimiento doloroso | | | | |
| **Comparar situación basal y 30seg después del procedimiento doloroso | | | | |
| INTERPRETACION: dolor leve o no dolor 6, dolor moderado 12, dolor intenso >12. | | | | |
| ESCALA NIPS | | | | |
| Parámetros | 0 | 1 | 2 | |
| Expresión facial | Normal | Gesticulación | | |
| Llanto | Sin llanto | Presente-consolable | Presente continuo y no consolable | |
| Patrón respiratorio | Normal | Incrementado o irregular | | |
| Movimiento de brazos | Reposo | Movimientos | | |
| Movimiento de piernas | Reposo | Movimientos | | |
| Estado de alerta | Normal | Despierto continuamente | | |

❖ PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Lavado de manos

- Personal
- Técnica adecuada
- Padres
- Técnica adecuada

Aplicación de 5 momentos

- Si
- No
- Observaciones: _____

Uso de dispositivos de barrera en caso necesario, durante procedimientos asépticos

- Guantes
- Gorro
- Cubreboca
- Bata
- Observaciones: _____

DATOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA

Tempranos

- Inestabilidad térmica
- Taquipnea
- Hipoactivo
- Irritabilidad
- Hipotonico
- Hipertonico
- Dificultad para la alimentación
- Intolerancia a la via oral
- Hepatomegalia
- Datos de dificultad respiratoria
- Apneas
- Taquipnea
- Fontanela tensa

Tardíos

- Se acentúan signos tempranos
- Palidez
- Cianosis
- Piel marmorea
- Hipotermia
- Pulsos débiles
- Hipotensión
-

Reactantes Fase aguda

- PCR >10 a 15 mg/l
- PCT >3ng/ml

Sepsis

Temprana <72 hrs

Tardía >72 hrs

Otros laboratorios

Hemocultivo

Resultado: _____

Microorganismo: _____

Leucocitosis

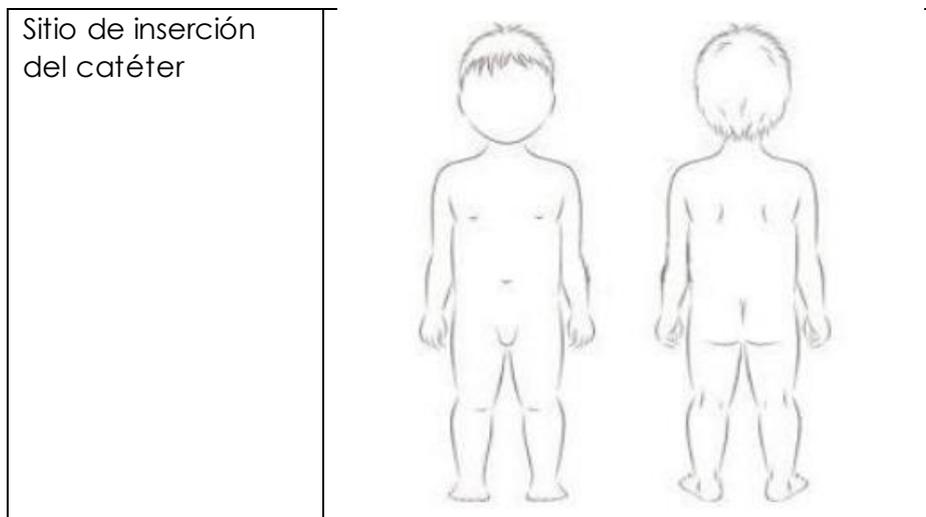
Neutropenia

Otros: _____

| MEDICAMENTO | DOSIS | VÍA | FRECUENCIA | PRESENTACIÓN | REACCIONES ADVERSAS |
|-------------|-------|-----|------------|--------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CATETES VASCULARES

| Tipo de Cateter | Calibre | Datos completos | Complicaciones |
|--|--|--|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periferico <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> Umbilical <input type="checkbox"/> Venoso <input type="checkbox"/> Arterial | <input type="checkbox"/> 3.5 F <input type="checkbox"/> 5 Fr <input type="checkbox"/> 2fr <input type="checkbox"/> 24 G <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de instalación: <input type="checkbox"/> Fecha de curación: <input type="checkbox"/> Días de instalación: | <input type="checkbox"/> Signos de infección <input type="checkbox"/> Secresión <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Eritema <input type="checkbox"/> Mal olor <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Extravasación <input type="checkbox"/> Infiltración <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Obstruido <input type="checkbox"/> Retiro no programado <input type="checkbox"/> Fractura de cateter <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/> Induración <input type="checkbox"/> Cordón venoso |



SONDA URINARIA

| Calibre | Datos completos | Material |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ _____ | <input type="checkbox"/> Fecha de instalación: _____ _____ | <input type="checkbox"/> _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nombre de quien lo instaló: _____ _____ | |

SONDA OROGÁSTRICA

| Calibre | Datos completos | Características del gasto |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 8 Fr | <input type="checkbox"/> Fecha de instalación: _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 Fr | <input type="checkbox"/> Fecha de cambio: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Fijación en la distancia adecuada: _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Posición adecuada (centímetros a partir del labio al extremo proximal de la sonda) | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> _____ |

VÁLVULA VENTRÍCULO PERITONEAL

| Técnicas asépticas | Monitorización |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Durante el manejo de la válvula | <input type="checkbox"/> Cantidad de LCR: _____ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Características |
| | <input type="checkbox"/> Agua de roca |
| | <input type="checkbox"/> Xantocromico |
| | <input type="checkbox"/> Hemático |

Signos y síntomas de infección

Eritema

Calor al tacto

Mal olor

Dolor en la zona

Inestabilidad térmica

Rigidez de nuca

Signo de kerning (Dolor al extender la rodilla)

Signo de Brudzinski (Flexión de las rodillas tras la flexión del cuello)

Complicaciones abdominales: Dolor, intolerancia a la vía oral

Disfunción de la válvula

Fontanelas abombadas

Aumento anormal del perímetro cefálico

Aumento de PIC

Palpación del trayecto para valorar continuidad de la válvula

Red venosa

Hiperemia en trayecto

Eritema

Otro tipo de drenaje: _____

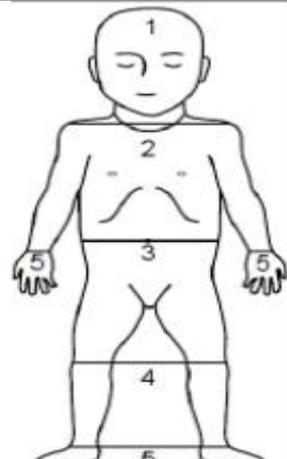
Características del gasto: _____

Observaciones: _____

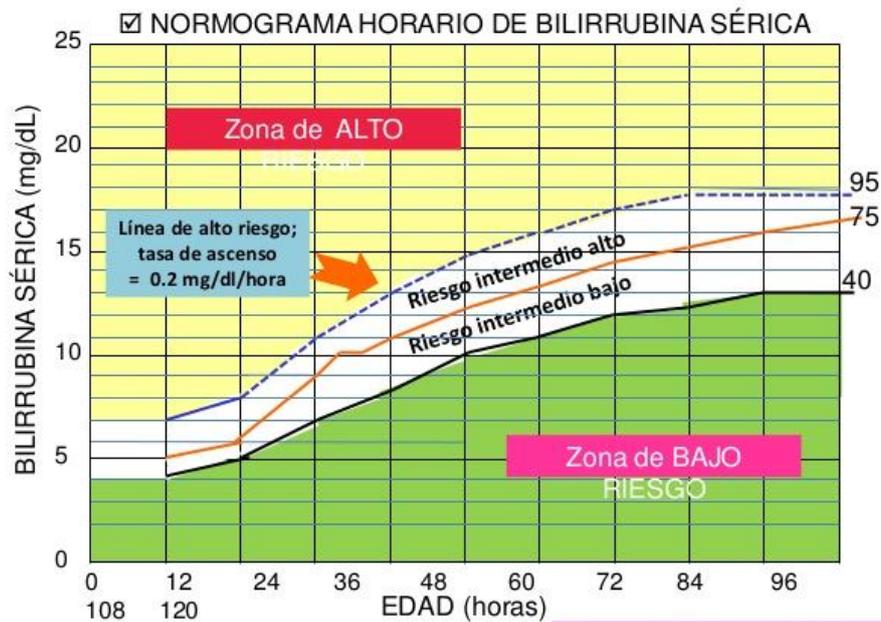
❖ LABORATORIOS

| Elemento | Valores Normales | Resultado |
|-----------------|-------------------------------|-----------|
| Plaquetas | 150000-300000/mm ³ | |
| Hemoglobina | 12-14 g/dl | |
| Hematocrito | 35-45% | |
| Reticulocitos | <7 % | |
| Eritrocitos: | 4.4 10U/mm ³ | |
| Leucocitos: | 10000- | |
| Calcio | 7 A 11 MG/DL | |
| Calcio ionizado | 1.1-1.35 MMOL/L | |
| Magnesio | 8 A 11 MG/ DL | |
| Sodio | 135-145 MEQ/L | |
| Potasio | 3.5 A 5.5 MEQ/L | |
| PCR | 10 a 15 MG/L | |

ICTERICIA NEONATAL

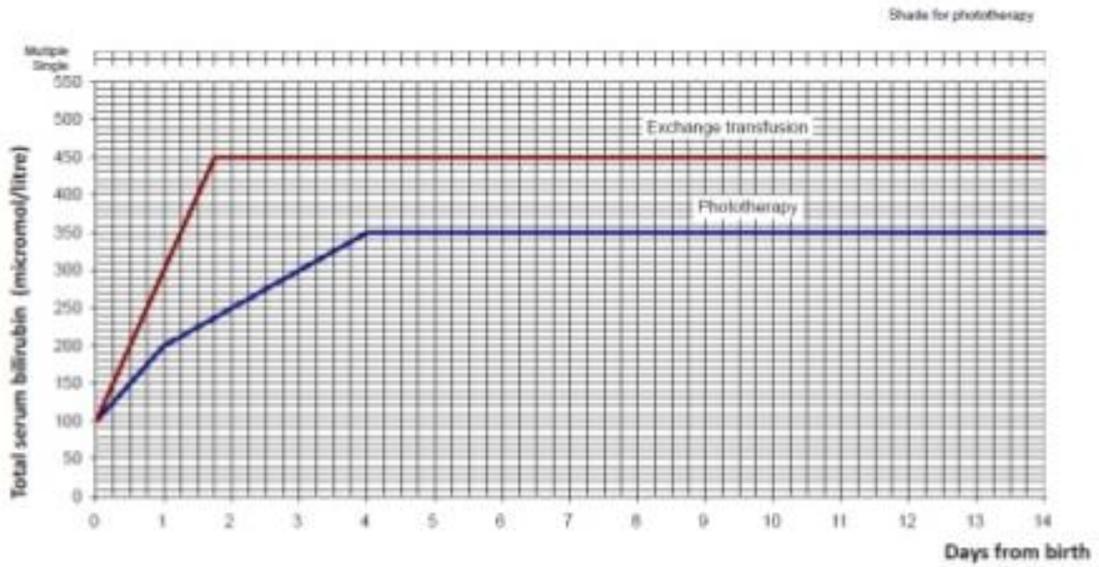
| ESCALA DE KRAMER | | |
|---|-----------------------------|---|
|  | Zonas de fijación de kramer | Concentración promedio de billirubinas séricas (mg/dl o mmol/L) |
| | Zona 1 | 5.8 (100) |
| | Zona 2 | 8.7 (150) |
| | Zona 3 | 11.6 (200) |
| | Zona 4 | 14.6(250) |
| Zona 5 | >14.5 (>250) | |

NOMOGRAMA DE BHUTANI



ESCALA NICE

Baby's name _____ Date of birth _____
 Hospital number _____ Time of birth _____ Direct Antiglobulin Test _____ **>=38 weeks gestation**



Kramer

- Zona 1
- Zona 2
- Zona 3
- Zona 4
- Zona 5

Grupo y RH

- Recién nacido: _____
- Materno: _____

Laboratorios

- Coombs: _____
- Bilirubinas: _____

Alto riesgo

- 4-8 horas

Mediano riesgo

- 48 horas de vida

Bajo riesgo

- 3-5 días

Tipos de fototerapia

Registro

Registro

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

fibra óptica

Protección ocular

Fecha de inicio

Halógeno

Protección genital

LED

Valoración de cambios de temperatura

Doble fototerapia

Pérdidas insensibles

Datos de conjuntivitis

❖ HIPOTERMIA TERAPÉUTICA

| Hipotermia Terapéutica | | | | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------|----------------|-----------|
| Equipo | Tecotherm TS med 200 | Tecotherm-servo | Criticool | Artic Sun | Stephan | Cool-cap |
| Tipo de enfriamiento | Corporal Total | Corporal total | Corporal Total | Corporal total | Corporal total | Selectivo |
| Diseño | Colchón | Colchón | Envoltura corporal-chaleco (Curewrap) | Parches de hidrogel (Artic-Gel) | Colchón | Gorro |
| Servo-controlado | No | Si | Si | Si | Si | Si |

❖ SEGUIMIENTO DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO

| | | | |
|--------------------|--|--|---|
| Prematuro <27SDG | 1º revisión 30-31 semanas de edad corregida | Sin ROP o ROP II: Control anual hasta los 4 años | Con ROP tipo 2: Cada 3 meses hasta el año, luego cada 6 meses hasta los 4 años y anualmente hasta los 18 años |
| Prematuro > 27 SDG | 1º revisión a la 3-4 semana de vida extrauterina | | |

**Clasificación internacional por zonas afectadas y extensiones horarias
International Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity
(ICROP)**

Zona I: En el centro de la papila, su radio es del doble de la distancia entre papila y mácula.

Zona II: Desde zona 1 Hasta la ora serrata en el lado nasal y entre ecuador y ora serrata en lado temporal.

Zona III: espacio semilunar restante por fuera de zona II

| USG TRANSFONTANELAR | | | | | | Interpretación |
|---------------------|-----|--|--------|---------|---------|----------------|
| | | Días de vida extrauterina en que se tomo | | | | |
| Fecha | SDG | 72hrs (3 días) | 7 días | 14 días | 21 días | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

❖ ESCALAS

| ESCALA DE PAPILE-HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR | |
|--|--|
| GRAVEDAD | DESCRIPCION |
| Grado I | Hemorragia de matriz germinal limitada al área caudotalamica |
| Grado II | Extensión intraventricular sin dilatación ventricular |
| Grado III | Dilatación del sistema ventricular Subyacente, lleno de sangre |
| Grado IV | Existencia de infarto hemorrágico venoso parenquimatoso asociado |

| ESCALA TURQUIA-PREVENCIÓN DE CAIDAS | | |
|--|--|-------|
| FACTORES DE RIESGO | | VALOR |
| 1 | Saca al Recién Nacido del bacinete | 1 |
| 2 | Alimentación (lactancia materna y/o formula) | 1 |
| 3 | Baño y cuidado del recién nacido | 1 |
| 4 | Toma de exámenes (intervenciones invasivas) | 1 |
| 5 | Historia de caídas /dejar caer al Recién Nacido | 1 |
| 6 | Historia de convulsiones de la madre o Recién Nacido | 1 |
| 7 | Equipos invasivos y no invasivos conectados al Recién Nacido | 1 |
| 8 | Transporte del Recién Nacido | 3 |
| 9 | Dolor de la madre | 1 |
| 10 | Deterioro del estado clínico de la madre (agitación, fiebre, trastornos del sueño, distensión, trastorno del mecanismo de succión, vomito) | 1 |
| 11 | Cambio en el estado clínico (hipoglicemia, hipotensión) | 1 |
| 12 | Discapacidad (física o sensorial) madre muy joven o de edad avanzada | 1 |
| 13 | Uso específico de medicamentos (sedantes, hipnóticos) | 1 |
| 14 | Desconocimiento de la madre y/o de riesgo de caídas | 1 |
| 15 | Madre hospitalizada | 1 |
| 16 | Madre con analgesia epidural | 4 |
| TOTAL | | |

| ESCALA BELL-ECN | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|
| Estadio | Clasificación | Signos sistémicos | Signos intestinales | Signos radiológicos |
| 1a | Sospecha de ECN | Temperatura inestable, apnea, bradicardia, letargia | Retención gástrica, distensión abdominal, emesis, heces positivas a guayacol. | Normal o dilatación intestinal, íleo leve |
| 1b | Sospecha de ECN | Igual que arriba | Heces francamente sanguinolentas | Igual que arriba |
| 2ª | Definido, levemente enfermo | Igual que arriba | Igual que arriba, más ausencia de ruidos intestinales con o sin dolor abdominal | Dilatación intestinal, íleo, neumatosis intestinal |
| 2b | Definido, moderadamente enfermo | Igual que arriba, más acidosis metabólica leve y trombocitopenia | Igual que arriba, más ausencia de sonidos intestinales, dolor definido, con o sin inflamación abdominal o masa en el cuadrante inferior derecho | Igual que IIA, más ascitis |
| 3a | Avanzado, severamente enfermo, intestino intacto | Igual que IIB, más hipotensión, bradicardia, apnea severa, acidosis respiratoria y metabólica combinada, <u>CID</u> , y neutropenia | Igual que arriba, más signos de peritonitis, dolor marcado, y distensión abdominal | Igual que IIA, más ascitis |

| | | | | |
|-----------|--|----------------|----------------|--------------------------------------|
| 3b | Avanzado, severamente enfermo, intestino perforado | Igual que IIIA | Igual que IIIA | Igual que arriba, más neumoperitoneo |
|-----------|--|----------------|----------------|--------------------------------------|

| ESCALA DE SARNAT-EHI | | | |
|---------------------------------|--------------------|--|--------------------------|
| | Estadio 1 | Estadio 2 | Estadio 3 |
| Nivel de conciencia | Alerta | Letargia | Coma |
| Tono muscular | Normal/Hipertonía | Hipotonía | Flacidez |
| Reflejos osteotendinosos | Aumentados | Aumentados | Deprimidos o ausentes |
| Mioclónías | Presentes | Presentes | Ausentes |
| Convulsiones | Ausentes | Frecuentes | Frecuentes |
| Reflejos Complejos: | | | |
| ➤ Succión | Activo | Débil | Ausente |
| ➤ Moro | Exagerado | Incompleto | Ausente |
| ➤ Presión | Normal/exagerado | Exagerado | Ausente |
| ➤ Oculocefálico | Normal | Hiperactivo | Ausente |
| Función autonómica: | | | |
| ➤ Pupilas | Midriasis reactiva | Miosis reactiva | Fijas o variables |
| ➤ Respiración | Regular | Frecuencia/amplitud Variable/periódica | Atáxica, Apnea |
| ➤ Frecuencia cardíaca | Normal/taquicardia | Bradicardia | Bradicardia |
| Electroencefalograma | Normal | Bajo voltaje, periódico, paroxístico | Periódico o isoeléctrico |

PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LÍMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

| SOMATOMETRÍA | |
|---------------------|--|
| PESO | |
| TALLA | |
| PC | |
| PT | |
| PA | |
| PB | |
| SS | |
| PIE | |

| CABEZA | SI | NO |
|-------------------|----|----|
| Defecto congénito | | |
| Normocéfalia | | |
| Macrocéfalia | | |
| Microcéfalia | | |
| Caput S. | | |
| Cefalohematoma | | |
| H. Subgaleal | | |
| Amoldamiento | | |
| Craneosinostosis | | |

| CABELLO | SI | NO |
|-------------------|----|----|
| Normal | | |
| Escaso | | |
| Abundante | | |
| Hipersensibilidad | | |

| PERCENTIL | SI | NO |
|-----------|----|----|
| 3 | | |
| 10 | | |
| 50 | | |
| 90 | | |

| CARA | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Simétrica | | |
| Asimétrica | | |
| Barba cuadrada | | |
| Tumoraciones | | |
| Mov. faciales | | |

| CRANEO | SI | NO |
|----------------|----|----|
| Escafocefalia | | |
| Plagiocefalia | | |
| Trigonocefalia | | |
| Braquicefalia | | |

| INDICE PONDERAL (peso (g) / talla ³ (cm) x 100) | |
|--|--|
| Simétrico >2.3 <input type="checkbox"/> | Asimétrico <2.3 <input type="checkbox"/> |

RCIU: _____ Tipo: _____

Mamas y axilas: simétricas SI NO Coloración: _____ Masas: SI NO

Pezones: _____ Secreción: SI NO

Observaciones:

| BAÑO | SI | NO |
|-------------------|----|----|
| Artesa | | |
| Inmersión | | |
| Esponja | | |
| Aseo de cavidades | | |

Índice de ganancia ponderal:

| Día | Peso | Ganancia gr/día | Ganancia gr/kg/día |
|-----------|------|-----------------|--------------------|
| Lunes | | | |
| Martes | | | |
| Miércoles | | | |
| Jueves | | | |
| Viernes | | | |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

| Durante la exploración | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| Vigilia tranquila | | |
| Agitación constante | | |
| Imposible despertar | | |
| Malas condiciones | | |

| Actividad motora | SI | NO |
|------------------|----|----|
| Normal | | |
| Pobre | | |
| Excesiva | | |
| Asimétrica | | |
| Estereotipias | | |

| REFLEJOS | SI | NO |
|-------------------|----|----|
| Moro | | |
| Babinsky | | |
| Marcha | | |
| Tónico del cuello | | |
| Preensión | | |

| | | |
|---------------------|----|----|
| Maniobra de bufanda | SI | NO |
| Limitada | | |
| Exagerada | | |
| Asimétrica | | |

| | | |
|----------------------------|-----------|------------|
| Tono muscular | Hipotonía | Hipertonía |
| Flexión ventral del tronco | | |
| Extensión del tronco | | |
| Angulo de aductores | | |
| Angulo poplíteo | | |

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Sensorial | SI | NO |
| Seguimiento visual | | |
| Reflejo cocleopalpebral | | |

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DOMICILIO

| | | |
|-------------------|----|----|
| | SI | NO |
| O2 domiciliario | | |
| Lactancia materna | | |
| Baño e higiene | | |
| Baños de sol | | |
| Estimulación | | |
| Ropa/vestimenta | | |

| | | |
|-----------------|----|----|
| Datos de alarma | SI | NO |
| Edo. de alerta | | |
| Llanto excesivo | | |
| Control térmico | | |
| Micciones | | |
| Evacuaciones | | |
| Vómito | | |
| Ictericia | | |
| Mov. anormales | | |

Vacunación: _____ Cita: _____

Tamiz neonatal: _____ Cita: _____

Tamiz auditivo: _____ Cita: _____

Cita a neurociencias: _____

Seguimiento pediátrico: _____

| Medicamento | Dosis | Vía |
|-------------|-------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |