



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**NEONATA CON ALTERACIÓN EN LOS PATRONES NUTRICIONAL
METABOLICO Y SUEÑO DESCANSO SECUNDARIO A ATRESIA DE ESOFAGO**

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

**PRESENTA
LE. POOT KANTUN ANA VERÓNICA**

**ASESORA
MTRA. LAURA ALVARÉZ GALLARDO**



CIUDAD DE MEXICO, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**NEONATA CON ALTERACIÓN EN LOS PATRONES NUTRICIONAL
METABOLICO Y SUEÑO DESCANSO SECUNDARIO A ATRESIA DE ESOFAGO**

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

**PRESENTA
LE. POOT KANTUN ANA VERÓNICA**

**ASESORA
MTRA. LAURA ALVARÉZ GALLARDO**



CIUDAD DE MEXICO, 2024

Resumen

Introducción: Estudio de caso con la implementación de la teoría de Marjory Gordon y sus patrones funcionales como instrumento para la valoración en el recién nacido, así como el modelo integrativo de atención basada en el desarrollo y el proceso de atención de una neonata de 39 SDG más esofagoplastía

Objetivo: Otorgar cuidados específicos al neonato hospitalizado con esofagoplastía para establecer su estado de salud y prevenir complicaciones durante su estancia en el hogar mediante la educación a la madre.

Método: La búsqueda de información se realizó de distintas bases de datos, nacionales e internacionales, así como de distintos idiomas. La elección de la recién nacida del presente trabajo se hizo a conveniencia.

Descripción del caso: Recién nacida de término con bajo peso para edad gestacional con diagnóstico de atresia esofágica tipo III y con 14 días de vida extrauterina, con estudios pendientes a descartar VACTER.

Consideraciones éticas: Se consideraron artículos para la investigación descritos en la ley general de salud, así como los principios éticos, los derechos del recién nacido, se le otorgó a la madre un consentimiento informado donde se explica en qué consiste su participación y autorización para documentar los datos clínicos del recién nacido.

Conclusiones: Egresó a domicilio por mejoría, se le explica a la madre sobre los cuidados que debe realizar a la recién nacida, así como signos y síntomas de alarma, se pudieron realizar intervenciones llevando a cabo la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, el método Integrativo de Atención Basada en el Desarrollo y el proceso de atención de enfermería.

Palabras claves: “neonato” “atresia de esófago”, “enfermería” “cuidados de enfermería” “esophageal atresia”, “nursing care” y “newborn”.

Abstract

Introduction: Case study with the implementation of Marjory Gordon's theory and her functional patterns as a tool for assessment in the newborn, as well as the integrative model of care based on development and the process of care of a 39 WOG neonate plus esophagoplasty.

Objective: To provide specific care to the hospitalized neonate with esophagoplasty in order to establish his health status and prevent complications during his stay at home by educating the mother.

Method: The search for information was carried out in different national and international databases, as well as in different languages. The choice of the newborn for the present study was made at convenience.

Case description: Term newborn with low weight for gestational age with a diagnosis of esophageal atresia type III and 14 days of extrauterine life, with studies pending to rule out VACTER.

Ethical considerations: Articles for the research described in the general health law were considered, as well as the ethical principles, the rights of the newborn, the mother was given an informed consent where it was explained what her participation consisted of and authorization to document the clinical data of the newborn.

Conclusions: She was discharged home due to improvement, the mother was explained about the care she should provide to the newborn, as well as signs and symptoms of alarm, and interventions were carried out using Marjory Gordon's functional pattern assessment, the Integrative Method of Developmental Care and the nursing care process.

Key words: "neonate" "esophageal atresia", "nursing" "nursing care" "esophageal atresia", "nursing care" and "newborn".

Agradecimiento

A Dios

Por darme la oportunidad de estar en la ciudad y poder realizar esta especialidad, por darme sabiduría cuando las cosas de vuelven difíciles.

A mis padres

Silvería Kantun Couoh y Eduardo Poot Maas por todo el amor que me han dado, que son el motivo para esforzarme, por siempre acompañarme, aconsejarme y sobre todo apoyarme más que nunca en este año.

A mis amigos

Que desde Mérida me apoyan siempre con su mensajes y llamadas, dándome ánimos, a mis nuevos amigos que Dios y la vida me dio la oportunidad de conocer y convivir, por todo el apoyo y amor.

A mi familia

Mis hermanitos, Eduardo y Alberto que están presentes a la distancia, los extraño muchísimo

A mis asesoras

Este trabajo se logró gracias a su asesoría y consejos, agradezco cada minuto que se tomó maestra y su dedicación hasta este momento a todo el grupo.

A mi niña de estudio de caso

Agradezco su disponibilidad y la oportunidad a su mami Karen por permitirme valorar a su hija durante y después de la hospitalización. Gracias por apoyarme en mi formación

Dedicatoria

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi casa de estudios durante el posgrado, por la oportunidad de tener una educación de calidez y calidad.

A las autoridades del Programa Único de Posgrado, por todas las facilidades dadas durante el proceso.

A mi tutora clínica, Mtra. Laura Álvarez Gallardo. por todo el acompañamiento que me dieron en este trabajo, la paciencia y todo lo que me han enseñado, por su empatía en todo momento por siempre exigirme en cada revisión otorgada, por su dedicación y tiempo.

Al Instituto Nacional de Pediatría. Por contribuir con nuestra formación y otorgarnos el tiempo de sus docentes en clases y práctica. Al personal de archivo que nos abrió las puertas para poder hacer la revisión del expediente y al personal del servicio de neonatología por el aprendizaje que nos otorgó durante la estancia de practicas

A mis profesores, que estuvieron presentes en mi formación académica durante este año, enseñarme y siempre transmitir el amor a enfermería y la importancia de siempre realizar cuidados de calidad y calidez en los neonatos.

“Siempre hay algo que te motiva a cumplir tus metas, a pesar de todo, recuérdalo.”

Índice o tabla de contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Agradecimiento	4
Dedicatoria	5
Índice o tabla de contenido.....	6
Lista de cuadros o figuras	8
Lista de ilustraciones.....	9
Introducción.....	1
Objetivos	2
Capítulo 1. Fundamentación	3
Capítulo 2. Marco teórico	5
Capítulo 3. Metodología	37
3.1 Búsqueda de información.....	37
3.2 Sujetos	37
3.3 Material	37
3.4 Procedimiento	37
3.5 Marco ético.....	38
Capítulo 4. Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	39
4.1 Valoración	39
Establecimiento de diagnósticos y jerarquización	49
4.2 Diagnostico	49
4.3 Planeación- Ejecución.....	52
4.4 Evaluación.....	66
4.5 Seguimiento	67
Establecimiento de diagnósticos y jerarquización	69
4.6 Evaluación.....	74
4.7 Seguimiento N°2	76
Establecimiento de diagnósticos y jerarquización	78

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.....	85
Seguimiento N°3	86
Referencias	90
Plan de alta	97
Apéndices.....	99
Consentimiento Informado.....	99
Cédula de valoración	100
Formato de exploración física	107
Capurro	110
Fotografías.....	111

Lista de cuadros o figuras

Tabla 1: Teoría Sinactiva, Signos Y Síntomas De Estrés Y Autorregulación	20
Tabla 2 Ficha De Identificación Del Recién Nacido.....	40
Tabla 3 Peso Durante Hospitalización	43
Tabla 4 Exploración Física	45
Tabla 5 Jerarquización de Diagnósticos.....	51
Tabla 6 Percentil De Estatura Por Edad Y Peso Por Edad	68

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Modelo de atención integral del desarrollo neonatal	10
Ilustración 2 Teoría de organización sinoactiva del desarrollo del comportamiento	18
Ilustración 3 Interacción de marco teórico	25
Ilustración 4 Clasificación de atresia de esófago.....	28
Ilustración 5 Clasificación de Waterston de factor de riesgo y pronóstico de sobrevida.	36
Ilustración 6 Crecimiento intrauterino	41
Ilustración 7 Peso al nacer con relación a edad gestacional.....	42
Ilustración 8 Estatura y peso por edad	77
Ilustración 9 Ganancia de peso.....	77
Ilustración 10 Estatura de peso y edad	86
Ilustración 11 Ganancia de peso	87
Ilustración 12 Tomada el 27 de abril	111
Ilustración 13 Tomada 05 de mayo	111
Ilustración 14 Tomada el 12 de junio.....	112
Ilustración 15 tomado el 12 de mayo.....	112
Ilustración 16 Tomada 20 de junio	113

Introducción

El presente trabajo es un estudio de caso que integra varios métodos de recolección de datos primarios y secundarios. En el primer capítulo, se describe la fundamentación del problema y trabajo, justificando la relevancia e importancia. El segundo capítulo se presenta el marco teórico, que se divide en conceptual, abordando las principales definiciones utilizadas, los estudios relacionados, tanto médica como de intervenciones de enfermería, y el marco referencial, que aborda la patología de la atresia esofágica como la definición, signos, síntomas, diagnóstico, tratamiento e intervenciones de enfermería.

La metodología empleada, así como la descripción de los instrumentos, se encuentran descritos en el capítulo tercero. En el cuarto, se presenta los datos de la neonata elegida en el caso, los planes de cuidados e intervenciones ejecutadas, así como los seguimientos hechos posteriores al alta a domicilio.

En el último se describen las conclusiones y recomendaciones acordes a las intervenciones realizadas.

Mediante el uso del proceso de atención de enfermería, se desarrollaron sus 5 etapas, utilizando el instrumento de "Valoración por patrones funcionales de la familia" de Marjory Gordon realizado por alumnos del Instituto Nacional de Pediatría y el modelo integral de atención para el desarrollo neonatal, mismo que fue creado por alumnos de la misma especialidad con sede en Mexicali.

Los cuidados otorgados por un especialista en el neonato deben ser valorados desde un juicio crítico, incluyendo en ellos la participación de los padres, el medio en el que se encuentran para otorgar una mejoría y minimizar las secuelas evitables en el recién nacido.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Otorgar cuidados específicos a la neonata hospitalizada y diagnosticada con atresia esofágica y operada de esofagoplastía para reestablecer su estado de salud y prevenir complicaciones durante su estancia en el hogar mediante la educación a la madre.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Realizar una búsqueda exhaustiva de información sobre la atresia esofágica para conocer la patogenia de neonato
- ✓ Utilizar el método enfermero de acuerdo con sus 5 etapas para identificar los patrones funcionales afectados durante la estancia hospitalaria
- ✓ Establecer diagnósticos de enfermería con base a los patrones afectados y priorizarlos para una correcta intervención.
- ✓ Realizar una planeación y ejecución mediante intervenciones basadas en evidencia para garantizar una mejoría y prevención en complicaciones que pongan en riesgo al recién nacido
- ✓ Evaluar las intervenciones realizadas y otorgar educación a la salud a los padres y reevaluar los patrones afectados durante la ejecución.

Capítulo 1. Fundamentación

La atresia esofágica es un “defecto congénito del aparato digestivo caracterizado por la interrupción de la luz esofágica con o sin comunicación a la vía aérea”(1). El cuidado en el neonato constituye un pilar importante en su proceso de recuperación, el neonato atraviesa diferentes etapas desde su nacimiento: como la identificación de signos para la detección precoz del diagnóstico, la aparición de complicaciones clínicas derivadas de la mala función esofágica, dificultad respiratoria, cianosis, regurgitación alimentaria, distensión abdominal, episodios de dificultad respiratoria y neumonía, siendo causante de complicaciones y secuelas para su vida en el futuro; en últimos años con el avance de los cuidados y tecnología la sobrevivencia de esta patología es cada vez mayor.

En México, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) durante el 2021 se obtuvieron 1'912,178 nacimientos registrados, esto se traduce en una tasa de nacimientos de 55.8 por cada mil mujeres de edad reproductiva y 7.7 unidades más que en el 2020.(2)

En el mundo se presenta en 1 de cada 2500 a 4500 nacidos vivos.(1) Según datos de Orphanet en su informe periódico: prevalencia de enfermedades raras, estimaron la prevalencia de la atresia esofágica en un 24.3 /100000(3).

En México la incidencia es de 1 por cada 3500 nacidos vivos, por lo que aproximadamente cada año se registran entre 500 a 600 casos nuevos de algún tipo de atresia esofágica.(4)

En el Instituto Nacional de Pediatría (INP) del 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022 se reportaron en consulta externa un total de 21 pacientes y en hospitalización 6 pacientes con dicha patología.

Es considerada como una enfermedad multifactorial generalmente se presenta en varones primogénitos e hija de madres caucásicas, otro factor asociado es la edad de la madre, ya que se duplica el riesgo si la edad oscila entre los 35 y 40 años

La tasa de supervivencia en recién nacidos con esta patología a nivel mundial supera el 90%, sin embargo, las complicaciones relacionadas a las anomalías congénitas asociadas, siendo predominante en países en vías de desarrollo.(5)

Si bien es una patología que actualmente tiene una mortalidad muy baja, sin embargo, sigue siendo una de las patologías frecuentes que necesitan un seguimiento por las múltiples asociaciones que incluye.

Capítulo 2. Marco teórico

Marco conceptual

En este apartado de investigación se colocan las bases conceptuales de la investigación, es decir, definiciones clave y específicas de la patología que se describirán más adelante

Enfermería: el Colegio Internacional de Enfermería (CIE) lo define como los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Entre las funciones de la enfermería están la defensa , la seguridad del entorno , la investigación y su participación en las políticas de salud, los sistemas de salud, y la formación.(6)

Enfermera del neonato: personal de salud capaz de brindar atención integral del neonato desde el nacimiento hasta el primer mes de edad, aplicando las diversas tecnologías que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico. Profundiza en los cuidados neonatales desde los fundamentales hasta los más especializados para el mantenimiento de la vida en condiciones óptimas, promueve el desarrollo de las capacidades de análisis, juicio y criterio clínico, además la habilidad práctica de calidad en la realización de procedimientos y alto sentido de responsabilidad social, ética y profesional en un ambiente interdisciplinario y con la participación familiar.(7)

Neonatología: es la rama de la medicina que comprende el estudio y la asistencia de las primeras horas de vida de los recién nacidos.

SDG: Semanas De Gestación

Atresia de esófago: La atresia de esófago es una malformación congénita que consiste en la falta de continuidad de la luz de este órgano, finalizando en un saco ciego, con frecuencia presenta una comunicación con la vía aérea, específicamente con la tráquea denominada fístula traqueoesofágica (8)

Fistula traqueoesofágica (FTE): - La fístula traqueoesofágica es un defecto congénito. una conexión anómala en uno o más lugares entre el esófago (tubo que se extiende desde la garganta al estómago) y la tráquea (tubo que se extiende desde la garganta hasta el conducto del aire y los pulmones)(9)

Drenaje torácico: Sistema mecánico de eliminación de aire, sangre u otros líquidos del tórax hacia el exterior

Diagnóstico real: se describe como los problemas reales de salud del paciente, y está siempre validado por signos y síntomas.(10)

Diagnóstico de bienestar: Es un juicio crítico que hace la enfermera ante situaciones o problemas de salud que están controlados, pero que el paciente expresa que desea mejorar.(10)

Diagnóstico de riesgo: Se da cuando existen factores de riesgo que necesitan de una intervención antes de que se desarrolle un problema real.(10)

Proceso de atención de enfermería: es el método científico de trabajo, interdisciplinar y universal, basado en la utilización sistemática de una secuencia ordenada y razonada(valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación) que incluyen en sí mismas, valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de cada disciplina.(11)

Marco empírico

El principal tipo de atresia en recién nacidos es el tipo III, con una incidencia entre el 80 -85% según un estudio realizado según estudio realizado en Chihuahua por Chaparro-Escudero(4)

En un estudio realizado en un hospital de Guadalajara por Sánchez- Morales C. estableció las principales patologías asociadas a la mortalidad en recién nacidos por enfermedad quirúrgica abdominal, siendo la atresia esofágica la más frecuente por arriba de la estenosis hipertrófica del píloro.(12) Mientras que en un estudio realizado en un hospital de Honduras su mortalidad era de 82% (n=23)y como causa de muerte principal fue la sepsis(16 neonatos) y neumonía (7 neonatos)(5)

El abordaje quirúrgico suele ser una toracotomía posterolateral derecha con abordaje extrapleurales uniendo ambos acabos esofágicos, sin embargo, esto dependerá del tipo de atresia que tenga el neonato. (9) (13–16)

Muhammad menciona en su estudio que el reflujo gastroesofágico es una de las complicaciones más comunes; es de suma importancia manejar la posición en la cabeza o lateralizar, el tipo de leche y la medicación presenta buenos resultados en los pacientes operados para reducir las complicaciones(17)

Enfermería interviene desde la sala de partos y tiene como principal objetivo mantener la integridad pulmonar, el neonato debe estar en una cuna radiante o incubadora para mantener la termorregulación, dependiendo la edad gestacional, se deberá colocar la posición de semisentada sentada, sobre todo si no se conoce el tipo de atresia de esófago. El ambiente térmico neutro adecuado, con la humedad necesaria para humidificar las secreciones del cabo esofágico superior. Se debe colocar una sonda Replogue o de doble vía, con el fin de mantener una adecuada aspiración de la bolsa esofágica superior y la prevención de broncoaspiración, en caso de no contar con una se puede realizar una con 15 cm de guía de suero y colocando una sonda K30 evitando que sobresalga, la luz externa protege la mucosa y previene colapso por vacío, permitiendo fluidificar la saliva y facilitar su aspiración. (18)

Las intervenciones de enfermería continúan en el preoperatorio; en la revisión sistemática publicada por Cardo Naranjo nos menciona que desde el diagnóstico las intervenciones más importantes son la posición de la cabeza a 30° o 45°.(15) La alimentación por vía oral se restringe, mencionando que en algunos casos la gastrostomía es una de las opciones más frecuentes. El plan de intervenciones dependerá del tipo de atresia que tenga el recién nacido(15) En caso de existir dificultad respiratoria se administrará oxigenoterapia y si es más grave se intubará con bajas presiones, pero frecuencias altas, el acceso venoso es de suma importancia para evitar la deshidratación y administración de medicamentos.(15)

Se debe asegurar un acceso vascular seguro para la administración de fluidos y electrolitos o de ser necesario nutrición parenteral, se debe contar con el equipo de emergencia y disminuir los episodios que puedan comprometer la adecuada oxigenación.

En los cuidados postoperatorios se recibirá a un recién nacido intubado, dependiendo la intervención y técnica, con un drenaje extrapleural bajo agua y con una sonda transanastomótica; esta tendrá la función de actuar como tutor de la sutura esofágica y drenará las secreciones gástricas para evitar distensión abdominal en los primeros días, así como para alimentación si el neonato no puede coordinar la succión-deglución – respiración.

Las complicaciones tempranas como dehiscencia anastomótica esofágica y la dehiscencia de la sutura traqueal; para la prevención de estos se debe evitar la extensión del cuello y el estiramiento del esófago recién suturado, se debe realizar en bloque la movilización manteniendo la línea media y cuidar la sonda transanastomótica no se salga accidentalmente, se debe cuidar en la aspiración de secreciones no atravesar y profundizar mucho la aspiración.

Se debe mantener la conexión del drenaje y evaluar la permeabilidad, manteniendo a 2 cm el nivel del sello de agua. Pinzar el drenaje sólo en situaciones como el cambio de frasco o movilización del paciente, se deben documentar las características y cantidad del material drenado, prestando especial cuidado la presencia de saliva lo que podría señalar una eventual dehiscencia. (8)(19)

Si bien las intervenciones en enfermería para la mejoría de estos pacientes son de suma importancia, otro ámbito es el de los padres involucrarlos en el proceso, eso incluye la orientación y educación de los procedimientos que se realizarán, sin embargo, es importante no sobrecargar a los padres y permitirles a los padres manifestar su temor y dudas.(8)Como menciona Cruz-González sobre la importancia de la presencia y participación de los padres durante la hospitalización para garantizar resultados favorables para el recién nacido, así como el trato del personal y la confidencialidad que tienen hacia ellos(20) (21)

Los padres de neonatos con atresia esofágica deben recibir información sobre el curso esperado de recuperación a corto y largo plazo, junto con todas las posibles complicaciones. Finalmente, deben tener un seguimiento cercano después del alta para asegurar una recuperación adecuada.(22)

La guía de práctica clínica de Cuba refiere que estos recién nacidos tendrán seguimiento durante los primeros tres años de vida, con citas mensuales durante el

primer año y posterior cada trimestre hasta llegar a los tres años. Si en algún momento los cuidadores identifican problemas con la deglución, será una indicación para realizar un a endoscopia esofágica(14,23)

Teoría o modelo de enfermería aplicado al estudio de caso

Modelo de atención integral del desarrollo neonatal

La neuroprotección ha sido un término utilizado en últimos años como estrategia para prevenir la muerte de células neuronales; y permitir la reestructuración de nuevas conexiones funcionales en caso de presentarse una lesión.

El modelo de atención integral del desarrollo neonatal implementa 7 medidas para brindar orientación clínica al personal de la UCIN para la atención del desarrollo neuroprotector centrada en las familias de los neonatos prematuros. Teniendo normas o protocolos que guía el cuidado en relación con su necesidad específica. Estos deben basarse en evidencia, aplicarse de manera confiable y ser científicamente válidos.

Para implementar de manera efectiva muchas intervenciones neuro protectoras, debe ocurrir un cambio cultural dentro de la UCIN para adoptar nuevas prácticas basadas en la evidencia. Los cambios en las prácticas de atención no suelen ser fáciles y el éxito depende de la introducción de cambios de manera sistemática. Los métodos de mejora de la calidad han demostrado su eficacia para iniciar y mantener cambios que pueden generar mejores resultados. Uno de esos programas es el programa de cuidados neuroprotectores Wee Care. El Programa de UCIN neuroprotector Wee Care (Wee Care; Philips Healthcare) es un programa estructurado multidisciplinario de varios días de atención del desarrollo neuroprotector centrado en la familia, que brinda aprendizaje electrónico, educación didáctica, talleres interactivos prácticos, sesiones con médicos y consultas en la unidad para toda persona que cuida a bebés prematuros en una UCIN. Este programa de capacitación y consulta es un programa de mejora de la calidad basado en evidencia diseñado para optimizar el entorno de la UCIN y las prácticas de cuidado a fin de facilitar los mejores resultados para los bebés prematuros y sus familias. Este programa único combina prácticas basadas en evidencia con las siete medidas básicas de neuroprotección para la atención de apoyo

al desarrollo centrada en la familia con el objetivo de estandarizar las prácticas de atención neuroprotectora en la UCIN. Esto se logra y se mantiene mediante la incorporación de la metodología de cambio transformacional en el programa de capacitación. Se ha demostrado que el programa de UCIN neuroprotector Wee Care, que capacita a todo el personal de la UCIN, mejora los niveles de ruido y luz en la UCIN, mejora los resultados médicos infantiles, mejora la satisfacción del personal, mejora la satisfacción familiar, disminuye la duración de la estadía y disminuye costos hospitalarios.

Medida central #1: Entorno curativo

El entorno de sanación aborda el entorno físico de la UCIN, incluido el espacio, la privacidad y la seguridad, el entorno sensorial de temperatura, tacto, propiocepción, olfato, gusto, sonido y luz, así como las personas (familias y personal) y sus interacciones. Los recién nacidos prematuros han demostrado resultados notablemente mejores cuando se reduce el estrés de la sobreestimulación sensorial ambiental. Esto se puede lograr mediante la incorporación de estrategias neuroprotectoras en el cuidado de los bebés y también mediante aspectos del diseño de la UCIN. Las UCIN deben diseñarse para fomentar la participación y la presencia familiar, facilitar el apoyo psicosocial, abordar y minimizar el impacto sensorial, ofrecer



Ilustración 1 Modelo de atención integral del desarrollo neonatal

conexión social y permitir experiencias parentales positivas. Las UCIN también deben diseñarse para facilitar el trabajo del personal y el autocuidado, incluidas salas tranquilas para descansar y sesiones informativas después de eventos estresantes. Sin embargo, de no ser posible la presencia de la familia la responsabilidad es del cuidador principal en este caso la enfermera o enfermero de cabecera.

Medida central # 2: Asociarse con las familias

Es esencial para optimizar los resultados del desarrollo de los bebés en la UCIN. La mayoría de los padres de la UCIN experimentan un estrés emocional, depresión e incertidumbre sobre el futuro de sus hijos, la integración de equipo multidisciplinario para la atención de los padres, para brindar el apoyo psicosocial. Debido a que las familias son la constante en el entorno del bebé, ayudar a las familias a lograr un resultado positivo de su experiencia en la UCIN debe ser una prioridad para el personal. El respeto equitativo entre todos los miembros involucrados en la asociación promoverá la atención óptima del paciente, mejorará la satisfacción familiar e involucrará al equipo de atención médica de manera que aumente la satisfacción laboral y la sensación de realización.

El concepto emergente de “atención informada sobre el trauma” es transformador. La UCIN es un lugar de trauma y la integración de la atención informada sobre el trauma en todos los aspectos de la atención de los bebés y sus familias en la UCIN puede

aliviar o transformar parte del trauma que han experimentado de una manera más positiva.

Medida central #3: Posicionamiento y manejo

Tiene el objetivo inherente de apoyar el cuerpo del neonato prematuro lo más cerca posible de la posición en la que estaría en el útero. En el útero, está contenido en un espacio cerrado circunferencial con 360 grados de límites bien definidos. Proporcionar una posición de apoyo para el desarrollo en la UCIN es esencial para un desarrollo musculoesquelético óptimo, que influye no sólo en el desarrollo neuromotor y musculoesquelético, sino también en la función y la estabilidad fisiológicas, la regulación térmica, la densidad ósea, la organización neuroconductual y la facilitación del sueño, la calma y la comodidad, la integridad de la piel, la crecimiento y desarrollo cerebral. Utilizar un "nido" con límites suaves, así como un pie acolchado para sujetar los pies, proporciona estabilidad postural, conductual y fisiológica al recién nacido. Los neonatos que están contenidos dentro de límites suaves suelen estar más tranquilos, requieren menos medicación, duermen más y aumentan de peso más rápidamente. La incorporación de una herramienta estandarizada de evaluación del posicionamiento del neonato (IPAT), junto con la educación, es eficaz para mejorar la competencia en el posicionamiento del desarrollo de las enfermeras de la UCIN, así como para mejorar la consistencia en el posicionamiento.

Medida central #4: Salvaguardar el sueño

Se enfatiza en la importancia multifacética del sueño para el neonato en la UCIN. Los patrones de sueño de los neonatos prematuros sufren cambios de maduración dependientes de la edad, y la preservación del sueño es esencial para el desarrollo neurológico normal y el crecimiento y curación adecuados de estos. El sueño tranquilo es necesario para la restauración de energía y el mantenimiento de la homeostasis corporal. El sueño activo (AS) es importante para el procesamiento de información sensorial, la codificación de la memoria y la consolidación y el aprendizaje. Las entradas sensoriales, especialmente durante los períodos críticos del desarrollo, pueden influir en el ciclo normal del sueño y la vigilia. Aproximadamente a las 28 semanas de gestación, comienzan a surgir patrones de sueño individuales caracterizados por movimientos oculares rápidos (REM) y sueño con movimientos

oculares no rápidos (NREM). Los ciclos de sueño REM y NREM son esenciales para el desarrollo neurosensorial temprano, el aprendizaje y la memoria, y la preservación de la plasticidad cerebral para la vida del individuo. Se debe considerar el posicionamiento para promover un sueño de calidad y disminuir los despertares del sueño. Los neonatos prematuros tienen más probabilidades de permanecer dormidos cuando están en posición prona.

Medida central #5: Minimizar el estrés y el dolor

Desde los primeros momentos después del nacimiento, el bebé prematuro está sujeto a sonidos nocivos, luces brillantes y una multitud de procedimientos estresantes y dolorosos junto con el manejo repetitivo, no cariñoso y, por lo general, la separación de la madre. El manejo y cuidado aparentemente típico por parte del personal de la UCIN, como bañar, pesar y cambiar pañales, se perciben como estrés para el bebé prematuro. Esta experiencia sensorial alterada es inherentemente estresante y tiene efectos negativos en el desarrollo del cerebro del bebé. El aumento de la exposición al dolor de los procedimientos se ha asociado con puntuaciones cognitivas y motoras más bajas, alteraciones del crecimiento, reducción de la maduración de la materia blanca y de la materia gris subcortical y alteración de la estructura del tracto corticoespinal. Para controlar de manera constante el estrés y el dolor en los recién nacidos, es necesario evaluar el control preciso del dolor, como el "quinto" signo vital, utilizando una herramienta estandarizada de evaluación del dolor. Con la evaluación del dolor viene el manejo a través de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Para los procedimientos dolorosos comunes, como pinchazos en el talón, venopunciones, inserciones de sonda orogástrica. Las intervenciones no farmacológicas que han demostrado eficacia son: presencia materna, lactancia materna, leche materna, contacto piel a piel, sacarosa, succión no nutritiva, arroje facilitado, pañales y posiciones de apoyo para el desarrollo. Los estímulos olfativos relacionados con la madre (leche materna) se han asociado con la comodidad y la disminución de la respuesta al dolor tanto en los recién nacidos a término como en los prematuros.

Medida central # 6: Protección de la piel

Las funciones de la piel incluyen termorregulación, almacenamiento y aislamiento de grasa, equilibrio de líquidos y electrolitos, protección de barrera contra la penetración y absorción de bacterias y toxinas, sensación de tacto, presión y dolor, y conducto de información sensorial al cerebro. Cada una de estas funciones puede afectar el neurodesarrollo. Las estructuras inmaduras de la piel de los bebés prematuros son muy diferentes a la piel de los bebés nacidos a término. El neonato prematuro tiene una barrera cutánea subdesarrollada, lo que lo pone en riesgo de una gran pérdida de agua, desequilibrio electrolítico, inestabilidad térmica, aumento de la permeabilidad, inestabilidad térmica, aumento de la permeabilidad y daño maduración tardía adicional de la barrera e infección. En la unidad de cuidados intensivos neonatales tiene riesgo de compromiso de la piel debido a piel inmadura, perfusión comprometida, retención de líquidos, inmunocompromiso, diagnóstico médico, etc., así como la presencia de apósitos, cintas, adhesivos y diversos dispositivos médicos, como IV, y CPAP o cánulas nasales, que son esenciales para su cuidado. Las prácticas de cuidado de la piel que describen los protocolos de baño, el uso de emolientes, las prácticas de humedad y el uso de adhesivos para bebés en cada etapa de desarrollo deben incorporarse a las prácticas y políticas de la unidad.

Medida central # 7: Optimización de la nutrición

Tiene efectos bien documentados en el desarrollo del cerebro infantil. La evidencia científica indica de manera abrumadora que la lactancia materna es el método óptimo de alimentación infantil y debe promoverse y apoyarse para garantizar una nutrición óptima para todos los bebés siempre que sea posible. La lactancia materna es la modalidad preventiva más poderosa disponible para los proveedores de atención médica para reducir el riesgo de causas comunes de morbilidad y mortalidad infantil. Debido a que la leche materna es el sustrato mejor tolerado para la alimentación enteral en el bebé prematuro, la alimentación enteral completa se alcanza antes cuando se usa leche materna, lo que disminuye el total de días de nutrición parental total (NPT) necesarios y los efectos secundarios potenciales por la NPT. Los comportamientos ingestivos están regulados por el mismo sistema nervioso autónomo. El control autonómico del estómago incluye una fase cefálica que prepara el estómago para la comida, seguida de una fase gástrica. Las señales de estas fases son principalmente olfativas, pero también están vinculadas a la organización del

estado de alerta; por lo tanto, se debe hacer coincidir el horario de alimentación del recién nacido con su propio ciclo de sueño, en lugar del reloj.

Este modelo incluye un apartado de neuroprotección para el personal de salud de UCIN, ya que al ser servicio muy estresante con altas tasas de agotamiento y fatiga por compasión, es de suma importancia la protección al personal, se determinó que debe trabajarse en conjunto con otras disciplinas para garantizar el apoyo psicosocial pero quizás el aspecto más importante de la neuroprotección es el reconocimiento frecuente, regular y sincero por su dedicación y calidad de atención, pueden mejorar y motivar al personal para brindar una mejor atención (24)

Marjory Gordon y los 11 patrones funcionales

Marjory Gordon (1931-2015) fue una docente y teórica de origen estadounidense. La Dra. Gordon obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College. Fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, donde pasó 23 años en la facultad de la Escuela de Enfermería de Cornell.¹⁶

En 1982 creó un modelo de valoración conocido con el nombre de Patrones Funcionales de Salud para enseñar a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston cómo debían de realizar la valoración de los pacientes, consiste en una lista de actividades y comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Se define los patrones funcionales como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro de su potencial humano.

El modelo de los patrones funcionales permite estructurar y ordenar dicha valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona en situaciones de salud o enfermedad y facilita claramente el diagnóstico enfermero. En este sentido, Marjory Gordon señaló que el personal de enfermería requiere centrar su atención en la valoración, dado que es el cimiento del cual depende el éxito o fracaso del cuidado enfermero (26)

Los patrones de salud ya sea un individuo como una familia o una comunidad, surgen de la evolución entre el cliente y el entorno. Cada patrón es una expresión de integración psicosocial. Ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales punto y aparte los patrones de salud disfuncionales descritos por los signos que pueden aparecer con la enfermedad, aunque también pueden conducir a ella. (27)

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos de la valoración con alguno de los siguientes:

- los datos de referencia del individuo
- las normas establecidas para su grupo de edad
- las normas culturales sociales u otras.

Cada patrón particular debe evaluarse en el contexto de los demás patrones y su contribución al óptimo funcionamiento de la persona.

Los patrones se dividen en 2 categorías principales, los funcionales o eficaces y los disfuncionales o potencialmente disfuncionales:

- **Patrones Funcionales o Eficaces:** Describen un nivel óptimo de funcionamiento y están relacionados con la salud y el bienestar de la persona, familia o comunidad. Incluyen la comunicación, la autopercepción, el conocimiento y toma de decisiones, el papel y relaciones, la sexualidad, el autocuidado, la nutrición, la eliminación, el sueño y descanso, la actividad y ejercicio, y los procesos vitales.
- **Patrones Disfuncionales o Potencialmente Disfuncionales:** Describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperada de una persona. Están relacionados con problemas de salud que limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad, y que pueden estar alterados o en riesgo de alteración. Incluyen la comunicación, la autopercepción, el conocimiento y toma de decisiones, el papel y relaciones, la sexualidad, el autocuidado, la nutrición, la eliminación, el sueño y descanso, la actividad y ejercicio, y los procesos vitales.(28)

Gordon enlistó 11 patrones funcionales:

1 percepción de la salud: describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y como lo maneja

2 Patrón Nutricional- Metabólico: describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes

3 Patrón de eliminación: describe los patrones de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Contiene la percepción del cliente de la regularidad, modo de excreción, cantidad o calidad de eliminación.

4 Patrón de actividad -Ejercicio: Describe el patrón de actividad, ejercicio, ocio y recreación. Incluye las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético.

5 Patrón de reposo- sueño: Describe el patrón de sueño reposo u relajación, comprende los periodos de sueño y descanso/ relajación durante las 24 horas del día.

6 Patrón Cognitivo- Perceptual: Describe el patrón sensitivo – perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de los modos sensoriales (5 sentidos)

7 Patrón de autopercepción- autoconcepto: Describe el patrón de autoconcepto y la percepción del estado de ánimo, Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, la percepción de sus habilidades, imagen, concepción.

8 Patrón de rol-relación: describe el patrón de compromiso del rol y relaciones, incluye la percepción del individuo de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.

9 Patrón Sexualidad- Reproducción: Describe el patrón de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo.

10 Patrón de afrontamiento- tolerancia al estrés: Describe el patrón de afrontamiento general y la efectividad de este en términos de tolerancia al estrés, Incluye la reserva del individuo o capacidad de resistir los ataques autointegridad, modos de manejar el estrés.

11 Patrón de valores- creencias: Describe el patrón de valores, metas o creencias que guía las elecciones o decisiones. Incluye lo que se percibe como importante en la vida, la calidad de vida y la percepción de cualquier conflicto de los valores(28)

Gordon fue la primera presidenta de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), una asociación cuya principal misión era estandarizar el diagnóstico en el campo de la enfermería. También formó parte de la Academia Americana de Enfermería y recibió el título de “leyenda viviente” por parte de la misma asociación en 2009.

Teoría sinactiva

Durante la gestación, en el feto se encuentra en un ambiente favorable para su desarrollo: el útero, es un espacio oscuro, húmedo y cálido debido a la temperatura del líquido amniótico esto causa que tanto la luz como el sonido se amortigua. En una etapa activa de crecimiento y desarrollo , estructural y funcional, organizativo y somatogénico , el sistema neurológico incrementa hasta 3 veces su volumen por el aumento en la superficie(corteza, lo cual da lugar a las

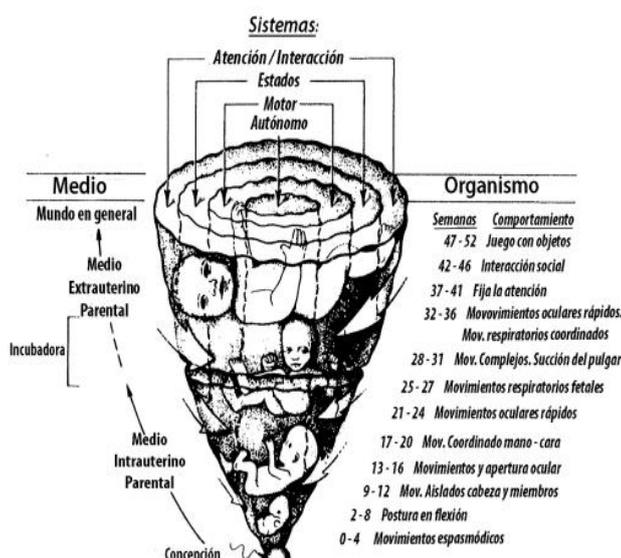


Ilustración 2 Teoría de organización sinoactiva del desarrollo del comportamiento

circunvoluciones , surcos y acrecentamientos de la materia gris; también se lleva a cabo el proceso de maduración de las conexiones neuronales , si todo este proceso se modifica , la respuesta cerebral será de acuerdo con la región , momento madurativo en el que ocurre, el agente causal, la naturaleza y duración de agentes lesivos que puedan generar alguna anomalía cerebral que explique los problemas motores, neurosensitivos, cognitivos, conductuales y emocionales.(29,30)

En 1982, Heidelise Als propuso la Teoría Sinactiva que es un modelo teórico del desarrollo integrador, orientado a sistemas y basado en relaciones. Esta teoría propone que el desarrollo del cerebro infantil procede en una secuencia ordenada con

diferenciación de comportamientos evidentes con la maduración. Identifica subsistemas superpuestos que proporcionan la base para comprender el comportamiento observado en recién nacidos vulnerables.

Postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo, y que éste está mediado por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y cuidadores(31)

Está constituida por 4 sistemas:

Autónomo: el subsistema nervioso autónomo, que regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir; este dirige e impacta a los otros subsistemas, siendo más preponderante a menor edad gestacional.

Motor: el motor, se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.

Estados: Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia y sueño

Atención-interacción: es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener la alerta

Autorregulación tiene como función mantener el balance entre los cuatro subsistemas mencionados y que se presenta a partir de las 32-35 semanas de edad gestacional.(31,33)

TEORÍA SINACTIVA		
SISTEMAS	ESTRÉS	AUTORREGULACIÓN
<p>AUTÓNOMO Regula las funciones básicas para sobrevivir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambio de coloración ● Náuseas ● Cambio FR y FC ● Descenso de SPO2 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coloración normal ● Signos vitales estables ● Respiración tranquila y regular
<p>MOTOR Valora el tono muscular, movimientos, actividad y postura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Extensión de extremidades ● Boca abierta/Bostezos ● Movimiento ocular ● Movimiento corporal involuntario 	<ul style="list-style-type: none"> ● Posición flexionada ● Manos cerca de la cara ● Reflejo de succión
<p>ESTADO FUNCIONAL Nivel de despertar del SNC, sueño y vigilia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad para dormir ● Despertar continuo ● Irritabilidad/Llanto 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sueño profundo ● Alerta ● Tranquilo
<p>ATENCIÓN/INTERACCIÓN Capacidad para interactuar con el medio y adaptación a los cambios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Boca abierta ● Llanto ● Dificultad para calmarse ● No mantiene el contacto visual 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reflejo de succión ● Sonrisa ● Fija la mirada ● Tranquilo
<p>AUTORREGULACIÓN Valorar los esfuerzos para conseguir el balance con otros subsistemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Inestabilidad de los subsistemas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Interactúa ● acepta estimulaciones ● Estabilidad de los subsistemas

Tabla 1: Teoría Sinactiva, Signos Y Síntomas De Estrés Y Autorregulación

Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1986;6(3-4):3-53(32)

Proceso de atención en enfermera

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando , por primera vez, fue tomado como un proceso esto se dio con Hall en 1955, Jonhson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 teniendo únicamente tres pasos: Valoración, Planeación y Evaluación; en 1967 Yura y Walsh establecieron cuatro etapas más: Valoración, Planificación, Realización y Evaluación; finalmente para los años 70' autores como Bloch, Roy, Aspinall y otros autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa Diagnostica quedando de la siguiente manera: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución, Evaluación (34)

La enfermería moderna tuvo sus inicios durante el siglo XX, remontándose al acto de curar y cuidar a las personas heridas en guerra. Florence Ninghtingale es considerada como pionera ,naciendo el12 de mayo de 1820 , considerada también como la primera teórica que describe a la enfermería y su relación con el entorno siendo la observación el principal elemento de cuidado.(34)

El proceso de atención de enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”.
Diagnóstico, planeación, Ejecución y evaluación. Se compone de 5 etapas:

Valoración: Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia La valoración debe llevar un orden estos pueden ser bajo los siguientes criterios:

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

- Criterios de valoración por sistemas y aparatos: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Se pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinándose si esta alterado , en situación de riesgo o es positivo respecto al estado de salud.
(35)

Para la obtención de los datos pueden utilizarse varias técnicas:

Entrevista clínica: Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

Observación: En el primer encuentro con el paciente, inicia la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente. Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa.(35)

Diagnóstico: Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Los tipos de diagnósticos pueden ser:

- Diagnósticos reales: juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a condiciones de salud/ procesos de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad. Se redacta colocando la etiqueta diagnóstica + relacionado con + factores relacionados+ manifestado por + características definitorias

- Diagnósticos de riesgo: Juicio clínico sobre la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana indeseable. Se redacta colocando la etiqueta diagnóstica + relacionado con + factores relacionados
- Diagnóstico de promoción a la salud: Diagnósticos que hablan sobre la motivación y el deseo de favorecer el bienestar y actualizar el potencial de salud. Se redacta colocando la etiqueta diagnóstica + manifestado por + características definitorias.(10)

Planificación: Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del recién nacido con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- Elaboración de las intervenciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Las actividades propuestas se registran en la hoja correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. Implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería
- Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado

Evaluación: la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.(35)

Relación de la teoría de Marjory Gordon , el proceso de atención de enfermería y el modelo integral del desarrollo neonatal

El proceso de enfermería es una de las bases para el cuidado sistematizado y fundamentado en el recién nacido , este tiene como primer paso la valoración que en este caso se realiza por patrones funcionales los cuales nos permiten ampliar el panorama que afecta en la salud al incluir a la familia tanto en aspectos biológicos (signos , síntomas propias de la patología) como en el psicosocial , en el cual podemos incluir al modelo de atención integral del desarrollo neonatal ya que este abarca mediante acciones específicas el neurodesarrollo pero sobre todo la participación de los padres para proporcionar un cuidado holístico y durante todo el proceso nos permite llevar acabo las etapas faltantes del proceso de atención de enfermería , ejecutando y evaluando las intervenciones para poder proporcionar una mejoría y un correcto desarrollo.

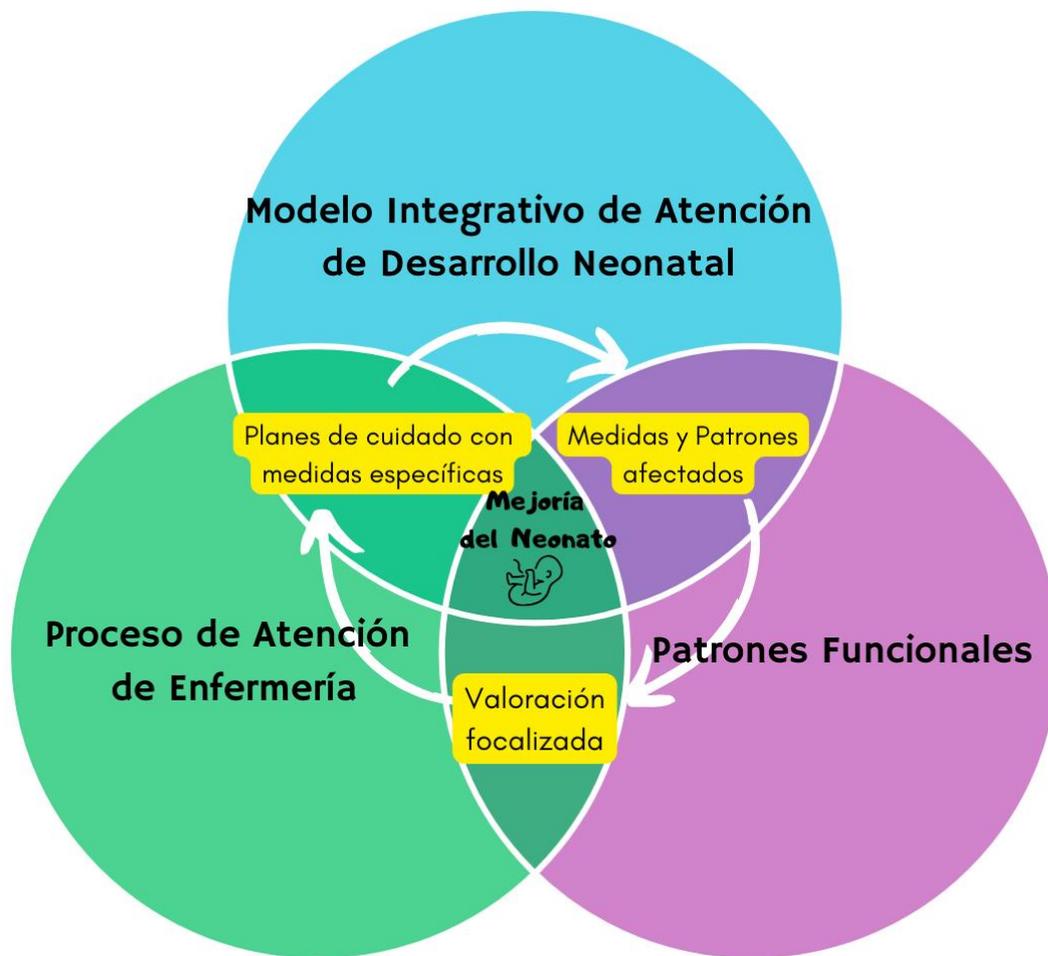


Ilustración 3 Interacción de marco teórico

Creación Propia

Daños a la salud

La historia documentada de la atresia esofágica se inició en el año 1670 con la descripción publicada por William Durston. En 1697 Thomas Gibson describió por primera vez la forma típica de la anomalía. Las variaciones anatómicas de esta patología fueron descritas por Vogt en 1923 las cuales presento las variantes de atresia de esófago y la fistula traqueo- esofágica, y luego Ladd y Gross simplificaron su clasificación.) En 1939 Leaven y Ladd, curaron a dos niños mediante la gastrostomía. Townsley y Haight fueron los responsables de las primeras anastomosis

primaria. La AE ocurre por alteración en la embriogénesis probablemente durante las primeras 6 semanas de vida fetal.(5)

El desarrollo inicial del aparato digestivo en específico del esófago es como consecuencia del plegamiento céfalo caudal y lateral del embrión, una porción de la cavidad del saco vitelino que se encuentra revestida por endodermo, se incorpora al embrión para formar el intestino primitivo. Las otras dos porciones, saco vitelino y alantoides quedan en posición extraembrionaria. El intestino primitivo forma un tubo ciego, y queda dividido en cuatro partes:

1. Intestino faríngeo: desde la membrana bucofaríngea hasta el divertículo traqueobronquial.
2. Intestino anterior: caudal al faríngeo y que llega hasta el esbozo hepático.
3. Intestino medio: a continuación del anterior
4. Intestino posterior.

Del intestino posterior nace una evaginación larga denominada alantoides que se hace extraembrionaria y forma parte del pedículo embrionario y posteriormente se convierte en un anexo embrionario muy importante en la formación de la placenta.

Durante la semana siguiente, el intestino primitivo presenta los siguientes cambios, el intestino anterior origina:

- 1)Una porción cefálica también denominada intestino faríngeo, que se extiende desde la cavidad bucal primitiva o estomodeo hasta el brote traqueo bronquial (también llamado divertículo laríngeo traqueal), origen del aparato respiratorio.
- 2)Una porción caudal que se extiende hasta el esbozo hepático. La membrana bucofaríngea desaparece de manera que la boca primitiva (estomodeo) comunica con la región faringe

Desarrollo del intestino anterior: Esófago. Se desarrolla a partir del primer segmento del intestino anterior comprendido entre el origen del divertículo respiratorio laringotraqueal y el ensanchamiento que originará el estómago.

En las aves y mamíferos, al principio del desarrollo, el esófago es muy corto, pero posteriormente se alarga debido a la formación del cuello y al descenso del corazón y

los pulmones. Durante las primeras etapas del desarrollo el esófago se tiene que separar de la tráquea y esto ocurre gracias a un divertículo traqueo esofágico que los separa. En peces y anfibios el esófago continúa siendo corto aún en las etapas más avanzadas del desarrollo.

Durante un período de tiempo el lumen del esófago esta ocluido totalmente, por una activa proliferación de las células del epitelio y durante el período fetal cuando la gestación esta avanzada ocurre la recanalización del lumen.

Histológicamente, en la mucosa esofágica aparecen glándulas tubulares compuestas de secreción mucosa y está limitada por la muscular de la mucosa de desarrollo muy variable. En peces es una capa de disposición longitudinal, formada por músculo estriado. En anfibios reptiles y aves suele haber dos capas: circular interna y longitudinal externa, ambas de músculo liso. La submucosa presenta glándulas túbulo acinares de secreción mucosa (glándulas esofágicas sólo en mamíferos). (36)

La atresia de esófago (AE) comprende un grupo de anomalías en la continuidad del esófago con o sin comunicación con la tráquea. (13)El esófago es la estructura que normalmente lleva el alimento desde la boca hasta el estómago.

En 86% de los casos hay una fístula traqueoesofágica distal, en 7% no se encuentra la fístula traqueoesofágica con una distancia entre cabos esofágicos amplia. La atresia esofágica ocurre en 1 entre 2 500 nacidos vivos, estos pacientes tienen anomalías asociadas en 50% de los casos, la mayoría de ellos involucra una o más de la asociación VACTERL (malformaciones vertebrales, anales, cardiacas, traqueoesofágicas, renales y de extremidades)(13)

En México aproximadamente nacen 2 millones de niños por año, y cada año hay entre 500 y 600 casos nuevos de atresia de esófago en México. Se ha observado que la incidencia de atresia de esófago, así como de otras malformaciones anatómicas congénitas, se ve aumentada en pacientes producto de inseminación in vitro y con prevalencia en el sexo masculino(37)

La atresia esofágica está asociada en un 50% de los casos se a otras malformaciones, como las cardiacas, genitourinarias, anorrectales y gastrointestinales en los recién nacidos. Estos errores embriológicos se incluyen en la asociación de malformaciones denominada VACTERL, que cuyo acrónimo corresponde a anomalías óseas de la

columna vertebral (V), gastrointestinales (A), cardiopatías congénitas (C), defectos del esófago y la tráquea (TE), anomalías del tracto urinario y renal distal ® y las lesiones de los miembros (L)(16)

Clasificación

La clasificación anatómica original de Vogt de 1929 todavía se usa en la actualidad. Ladd y Gross modificaron dicha clasificación, que es la que se utiliza con mayor frecuencia, dividiéndola en seis tipos:

- Tipo I: atresia de esófago con ambos cabos esofágicos ciegos sin fístula traqueoesofágica, con una incidencia del 5-8%
- Tipo II: atresia del esófago con fístula traqueoesofágica superior y cabo inferior ciego, correspondiendo al 0.5-1%.
- Tipo III: atresia del esófago con fístula traqueoesofágica inferior y cabo esofágico superior ciego, con una incidencia del 80-85%.
- Tipo IV: atresia del esófago con fístula traqueoesofágica en ambos cabos del esófago, en un 0.5-1%
- Tipo V: fístula traqueoesofágica en H sin atresia de esófago, en el 3-5%.
- Tipo VI: estenosis esofágica aislada. (ilustración 2). (38)

Clasificación de Atresia Esofágica

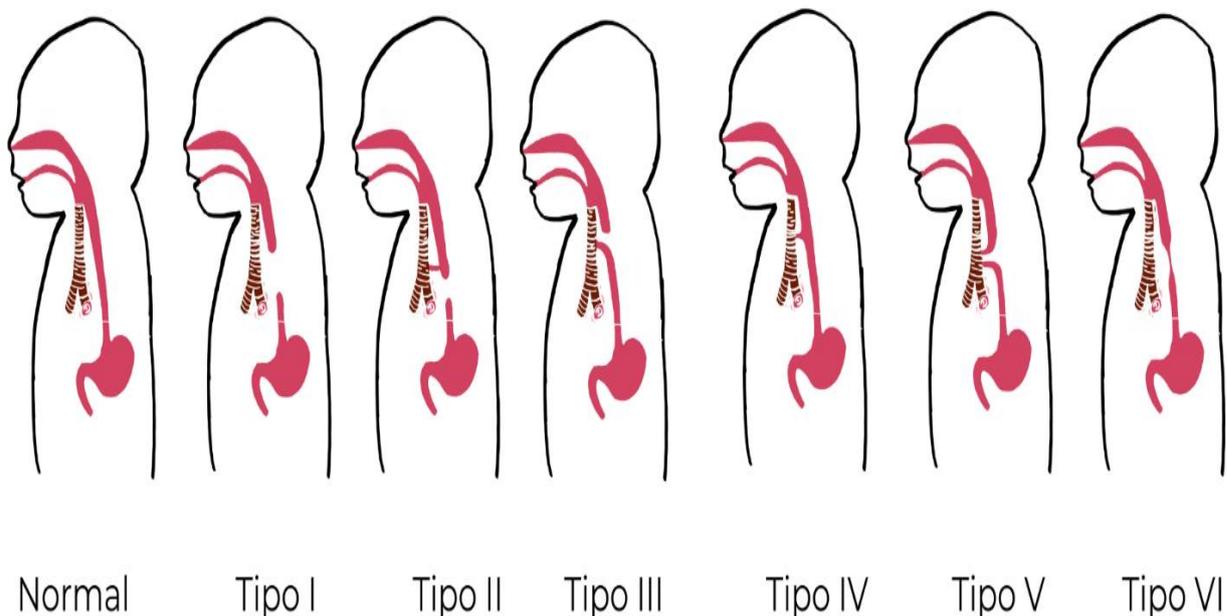


Ilustración 4 Clasificación de atresia de esófago

Malformaciones asociadas

La atresia esofágica asociada a VACTER se presenta de un 50-80% de los recién nacidos vivos afectados, siendo el sistema cardiovascular la malformación congénita más asociada en un 23% de los casos, seguido de malformaciones músculo esqueléticas (18%), malformaciones anorrectales e intestinales (16%), anomalías de cabeza y cuello (10%) y anomalías mediastinales (5.5%)

La atresia esofágica se ha visto relacionada con otras anomalías congénitas, como asociación VACTER que es un acrónimo específico de múltiples defectos congénitos, y se describió por primera vez en 1972 por Quan y Smith como una coocurrencia no aleatoria de anomalías vertebrales, atresia anal, cardiopatía, fístula traqueo esofágica y / o atresia esofágica, además de displasia radial. La incidencia de VACTERL oscila entre 1 en 10,000 a 40,000 nacidos vivos. VACTERL se forman en diferentes puntos durante el desarrollo, algunos factores: como la exposición ambiental antes o durante la organogénesis, factores epigenéticos, inestabilidad hemodinámica en una concepción, una secuencia de malformación después de un desarrollo anormal de la notocorda que es seguido por la mala segmentación vertebral posterior; esto aunado a disturbios en procesos del desarrollo o genes reguladores clave, sin embargo hasta el momento no hay una teoría definida.(13)

Estos defectos congénitos pueden tener diversas presentaciones como:

Cardiovasculares: Comunicación Interventricular (CIV), Tetralogía de Fallot, Comunicación Inter Auricular (CIA), Coartación Aórtica.

Musculoesqueléticas: Malformación vertebral, aplasia radial, polidactilia, anomalía de Wrist, malformación de la rodilla.

Gastrointestinales: Ano imperforado, malrotación intestinal, atresia duodenal, estenosis píloro, divertículo Meckel, páncreas ectópico.

Genitourinarias: Ectopiarenal,agenesia renal, hidronefrosis, anomalías ureterales, hipospadias(5)

Diagnóstico y manifestaciones clínicas

Prenatal: El diagnóstico se puede sospechar en etapa prenatal al efectuarse un ultrasonido obstétrico después de la semana 18. El polihidramnios es el hallazgo más frecuente, particularmente en niños con AE pura, es decir, sin fístula. El polihidramnios se origina por la incapacidad del feto para deglutir y absorber el líquido amniótico a través del intestino. Se observa en aproximadamente 80% de los niños con AE sin fístula y en 20% de los que tienen fístula distal. Sin embargo, el polihidramnios es un pobre predictor de AE ya que sólo uno de 12 niños con antecedente de polihidramnios tiene AE. El ultrasonido prenatal sugiere el diagnóstico con una sensibilidad de 42% cuando no se identifica el estómago con líquido en su interior, mientras que la combinación de polihidramnios y ultrasonido prenatal sugestivo de AE tiene un valor predictivo positivo de 56%. La importancia de contar con el diagnóstico prenatal radica en la determinación del riesgo materno-fetal y poder realizar el envío oportuno a un centro de alto riesgo obstétrico, con el propósito que el parto sea atendido por un equipo interdisciplinario y que la atención del neonato se realice tempranamente una ecografía realizada en la madre embarazada puede mostrar presencia de polihidramnios alrededor de la semana 18 de gestación, lo cual puede ser un signo de atresia esofágica u otra obstrucción del tubo digestivo.(13)

Posnatal: Colocar una sonda nasogástrica de gran calibre (10 Fr) para evitar que, al chocar con el fondo de saco ciego, se doble y dé una falsa apariencia de permeabilidad y tomar radiografía de tórax. Radiografía de tórax se utiliza para determinar altura del cabo proximal (detención de la sonda nasogástrica), en vistas frontal y lateral, lo cual permitirá identificar el bolsón esófago superior ciego, se puede utilizar la fluoroscopia e instilar cuidadosamente entre 0,5 a 1 ml. con medio de contraste hidrosoluble para confirmar la presencia de la atresia esofágica. No se deben utilizar medios de contraste con bario, su presencia en el árbol traqueobronquial es más probable que represente contraste aspirado a través de la laringe que a través de una fístula.(4,39) La ausencia de aire sugiere una atresia esofágica sin fístula y la presencia de aire sugiere una atresia esofágica con fístula distal. Si no se cuenta con el medio de contraste se pueden inyectar 5 cm³ de aire por

la sonda antes de tomar la radiografía, con lo que será posible observar la bolsa esofágica proximal y, así, determinar su altura. (40)

En la radiografía toracoabdominal se observará aire intestinal si se tratara de una atresia tipo III y ausencia de este si fuera una atresia tipo I. En la radiografía de tórax debe evaluarse el parénquima pulmonar en busca de datos de neumonía, atelectasia (de predominio en el lóbulo superior derecho), además de otras malformaciones, como las cardíacas o las esqueléticas.

En el recién nacido puede presentarse un abdomen distendido, con timpanismo y relleno de aire y se puede sospechar de fístula distal. Por el contrario, si el abdomen está excavado, se podría tratar de una fístula proximal o una atresia “pura” (sin fístula).(14)

Tratamiento

El tratamiento definitivo consiste en una intervención quirúrgica, previo a la intervención quirúrgica las intervenciones son para evitar broncoaspiración. La intervención quirúrgica se realiza mediante toracoscopia y consiste en el cierre y anastomosis termino-terminal de ambos extremos del esófago. La intervención se realiza con el paciente en semiprono derecho para que el pulmón se aleje del mediastino. Se introducen tres trocar, el primero debajo de la escápula, el segundo en la región axilar en el tercer espacio intercostal y el tercero según los extremos del esófago en el sexto o séptimo espacio intercostal.

El tratamiento quirúrgico en los neonatos dependerá del tipo de atresia que tenga o las alteraciones congénitas:

Atresia esofágica sin fistula (tipo I- - Existe una separación amplia entre los cabos esofágicos (long gap) por lo que no es posible realizar de primera intención una anastomosis T-T. Se realiza gastrostomía sin esofagostomía, en los casos en los que el fondo del saco proximal llega a la altura de T2, en espera del crecimiento de los cabos, el proximal por la acumulación de saliva y el distal por la presencia de reflujo gastroesofágico, para la resolución quirúrgica definitiva (anastomosis T-T) o que se den las condiciones para un reemplazo esofágico con tejido gástrico, de yeyuno o colon, puede haber complicaciones a largo plazo esofágicas o respiratorias. Se debe hacer todo lo posible para la conservación del propio esófago, se debe mantener

permanentemente una sonda de doble lumen con aspiración continua y manejo postural hasta la resolución definitiva o paliación del defecto. (13)

Atresia con fístula traqueoesofágica (FTE) proximal (tipo II). El manejo quirúrgico es parecido a los pacientes con fístula distal, lo importante es identificar la fístula, y ser ligada efectuando una anastomosis T-T del esófago.

Atresia con fístula traqueoesofágica distal (tipo III-). - Dentro de las primeras 24 horas de vida se realiza cierre de la FTE inferior y, si la distancia entre los cabos es menor a 3 cm, anastomosis término-terminal (T-T) entre los cabos esofágicos a través de una toracotomía con abordaje extrapleurales. También puede realizar abordaje toracoscópico. Los pacientes con gran separación de cabos esofágicos (>3 cm) continúan representando el mayor reto quirúrgico. En algunos casos, la elasticidad del esófago neonatal permite realizar anastomosis primaria o afrontamiento, aun cuando los cabos estén muy separados. La esofagectomía se reserva para aquellos casos en los que el cabo esofágico proximal se encuentra muy alto, es decir, no rebasa el nivel de T1-T2.

Atresia con doble fístula, proximal y distal (tipo IV). - El manejo quirúrgico es similar a los neonatos con fístula distal, poniendo énfasis en la sospecha y búsqueda de la FTE proximal.

En la fístula traqueoesofágica en H (tipo V). La cirugía se realiza por vía cervical cuando la fístula es accesible por esta vía. La fístula puede encontrarse en tórax y, en estos casos el abordaje será transtorácico(40)

Aunque el esofagograma es normal después de la intervención en la mayoría de los casos puede haber alteración nutricional que aparece en los pacientes intervenidos respecto a los no intervenidos siendo menores en peso y talla. Ocurre un retraso de crecimiento hasta en un tercio de los pacientes intervenidos(16)

Complicaciones

Las complicaciones se pueden clasificar en dos: tempranas (comunes son la dehiscencia de sutura en anastomosis, estenosis esofágica y recurrencia de fístulas); Tardía (flujo gastroesofágico, enfermedades respiratorias, cambios en el peristaltismo, traqueomalacia) estenosis esofágica y la recurrencia de la fístula. Los problemas

respiratorios, nutricionales y gastrointestinales prevalecen no sólo en los primeros años de vida, sino también en la adolescencia y la edad adulta. (4,23)

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron la estenosis anastomótica, el reflujo gastroesofágico y la fuga anastomótica que se produjo en los primeros días. La mortalidad reportada dentro del primer año postoperatorio es de 4,6% dentro del primer año de vida.(41)

- Dehiscencia anastomótica esofágica: ocurre entre los 3-4 días posquirúrgicos. Se evidencia por la salida de saliva a través del drenaje pleural, dolor y dificultad respiratoria. Se constata al administrar colorante por vía oral, y observar la salida por el drenaje torácico. El tratamiento es conservador, y en general es quirúrgico si la dehiscencia de la sutura es total. En una conferencia de consenso de ERNICA se discutió sobre la aplicación de glicopirrolato como opción terapéutica, sin embargo, los participantes de la conferencia consideraron que es demasiado pronto para votar sobre el papel de este(42).
- Dehiscencia de la sutura traqueal: se evidencia por la salida de aire o burbujeo a través del drenaje pleural. Recuerde: el drenaje debe oscilar, pero no burbujear. Drenaje que burbujea indica lesión activa. El tratamiento es quirúrgico(8)

Entre las complicaciones tardías se pueden dividir en:

Digestivas: reflujo gastroesofágico como la más común (hasta un 58% de los pacientes la presentan en diferentes grados), la dismotilidad esofágica, esófago corto o disminución de la presión del esfínter esofágico inferior. También aparece la disfagia manifestada por rechazo al alimento por inflamación o alteración anatómica del esófago.

- Reflujo gastroesofágico: es una complicación frecuente en los pacientes con atresia de esófago. El diagnóstico se realiza con esofagograma y pHmetría. El tratamiento en general es médico, llegando en algunos casos a la necesidad de una operación antirreflujo o cirugía de Nissen.
- Refistulización traqueoesofágica: es la recanalización de la comunicación, que había sido seccionada y suturada. Se evidencia porque el recién nacido presenta tos al ingerir líquidos.

- Estrechez anastomótica: esta se visualiza en el esofagograma de control que se realiza entre los 7 a 10 días posterior a la cirugía o por disfagia. El tratamiento se realiza con bujías o sondas con balón para favorecer la dilatación del esófago.
- Traqueomalacia: es una manifestación de un defecto en la embriogénesis. Los cartílagos traqueales son débiles y causan colapso espiratorio de la tráquea. Se manifiesta con tos con cornaje, en los casos más graves puede ocasionar apneas y hasta el paro respiratorio. El tratamiento es médico quirúrgico, dependiendo de los casos.
- Dismotilidad esofágica: se presenta con trastornos en deglución y durante la alimentación con sólidos y/o líquidos, se pueden utilizar medicamentos que favorecen a la motilidad esofágica.(8)

Respiratorias: neumonía recurrente es más frecuente en estos pacientes por la presencia de epitelio escamoso no ciliar en la tráquea.(16)

Posterior a la primera intervención podría ser necesario realizar dilatación esofágica en semanas posteriores si es necesario, este es un procedimiento que se realiza en paciente operados de atresia esofágica secundarias a reflujo gastroesofágico y tienen aparición de estenosis esofágica.(43)

Se puede clasificar como:

- **Estenosis simple:** a las que son <2 cm de longitud, rectas y permiten el paso del endoscopio
- **Estenosis complejas:** cuando es > 2cm, anguladas, irregulares o con un diámetro considerablemente disminuido por endoscopia.

La dilatación esofágica (EGD) se realiza para el tratamiento del estrechamiento anatómico documentado, ya veces funcional, del esófago causado por diversas condiciones benignas y malignas. La literatura describe que la formación de estenosis benignas del esófago está causada por la producción de tejido fibroso y el depósito de colágeno estimulado por una ulceración esofágica profunda o una inflamación crónica. La forma más común de estenosis esofágica, una estenosis péptica, es una secuela de esofagitis por reflujo. En el pasado reciente, casi el 80% de las estenosis

se debieron al reflujo gastroesofágico, aunque esto puede estar disminuyendo con el uso generalizado de inhibidores de la bomba de protones (IBP).(44)

El procedimiento se realiza de manera endoscópica por medio de dilatadores de dos tipos: tipo Bujía con guía o sin guía y tipo Balón.

En un estudio realizado en 109 pacientes nacidos entre 1975 y 2011 se presentaron Sesenta y nueve (71,9%) recién nacidos que en el postoperatorio presentaron estenosis anastomóticas que requirieron una mediana de 3 dilataciones. En 5 se requirió cirugía de revisión por fuga anastomótica, fistula traquesofágica (FTE) recurrente con o sin estenosis anastomótica, FTE proximal no detectada en 4 y estenosis anastomóticas refractarias con o sin fístula. La ingesta dietética normal en 89 pacientes, mientras que 3 siguieron dependiendo de la alimentación por gastrostomía, 56 pacientes padecieron disfagia con necesidad de extracción endoscópica de cuerpo extraño en 12 casos. En 43 niños se requirió medicación antirreflujo y en 30 se realizó funduplicatura.(45)

La traqueomalacia es un trastorno que a menudo puede aparecer en estos niños por la flacidez de las paredes de la tráquea lo que va a provocar una respiración aguda y ruidosa

Otra de las complicaciones a futuro para los neonatos con atresia esofágica es la dificultad para tragar y reflujo gastroesofágico, así lo menciona el estudio realizado por Vukko Wallace, sobre la alimentación en niños entre 0 -12 años reveló las distintas dificultades que pueden tener durante el proceso de destete e incorporación de los alimentos, donde los padres manifestaron haber padecido de ansiedad e incluso traumas por las experiencias de ahogamiento que han tenido con sus hijos.(46)

La mortalidad en la estancia hospitalaria se asocia al peso al nacer, anomalías asociadas, las dificultades quirúrgicas y complicaciones durante el primer año de vida, así como el diagnóstico prenatal se puede identificar como un nuevo factor para predecir la mortalidad.(47) Así como el uso de escalas ya establecidas como la clasificación de Waterston.

En un estudio prospectivo realizado por Sharman en 8 pacientes seguidos desde 1980 a diciembre del 2018, describió los principales predictores de mortalidad en los pacientes tras el alta, obteniendo la mortalidad después del alta ocurrió en 22 de los

88 (25,0%), compromiso respiratorio (6/17 [35,3%]), muertes súbitas inexplicables (6/17 [35,3%]) y anemia de Fanconi .(2/17 [11,8%]).(48)

GRUPO	PESO AL NACIMIENTO	ESTADO GENERAL	SOBREVIDA
A	>2500 gr	Saludable	100%
B	2000-2500 gr	Saludable	85%
	>2500 gr	Con Anomalías no graves (no cardíacas)	
C	<2000 gr	Saludable	65%
	>2000 gr	Anomalías Cardíacas Severa	

Ilustración 5 Clasificación de Waterston de factor de riesgo y pronóstico de sobrevida.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Búsqueda de información

La búsqueda de información se realizó mediante artículos de distintas bases de datos, nacionales e internacionales, así como de distintos idiomas, entre ellas están Scielo, Medigraphic, BVS, EBSCO, Cochrane. Se utilizó como criterios de inclusión aquellos artículos publicados desde el 2017 a la fecha y como criterios de exclusión todos aquellos que no entren en el rango de años y artículos que no se encuentren completos para su revisión.

Se utilizaron operadores booleanos AND y palabras claves: “neonato” “atresia de esófago” “enfermería”, “cuidados de enfermería”, “esophageal atresia”, “nursing care” y “newborn”.

3.2 Sujetos

Para la elección de la recién nacida del presente trabajo se hizo a conveniencia considerando criterios del autor y los diagnósticos que se presentaban en el servicio de terapia intermedia del hospital, durante el periodo de prácticas realizada en dicho hospital, se le brinda el consentimiento informado a la madre para poder participar en el seguimiento

3.3 Material

Se aplicó un instrumento de valoración denominado “Célula de valoración del recién nacido basado en patrones funcionales de Marjory Gordon” realizado por los alumnos de la XV generación del Instituto Nacional de Pediatría y con antecedente de los alumnos de Mexicali de la misma especialidad, así como una entrevista estructurada para obtener datos de la madre.

3.4 Procedimiento

Se eligió a un recién nacido hospitalizado de la unidad de terapia intermedia de un hospital de tercer nivel, posterior se pidió autorización mediante un consentimiento informado a la madre para poder ser participante del estudio de caso, se le explicaron

los procedimientos y su participación durante el proceso. Se aplicó un instrumento de valoración realizado por alumnos de la sede de Mexicali y modificado por alumnos de la sede del INP del posgrado de enfermería del neonato.

El instrumento consta de 2 apartados, el primero destinado a los padres, donde se evalúa el patrón 1, 9, 10 y el segundo apartado donde se evalúan los patrones funcionales 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Posteriormente se realizó una jerarquización de los patrones afectados y se establecieron planes de cuidados de enfermería para su intervención y ejecución.

3.5 Marco ético

En el presente trabajo se incluyó el capítulo quinto "investigación para la salud", de la Ley General de Salud, en su artículo 96, se establecieron los aspectos legales a seguir en materia de investigación en ciencias de la salud, en esta área se contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos, a la asociación del origen de las enfermedades, la práctica médica y su estructura, al conocimiento y el control de los efectos nocivos del ambiente en salud.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en su artículo 17, el presente se clasificó como un trabajo sin riesgo, ya que empleó técnicas y métodos de investigación documental y no se realizó ninguna intervención invasiva hacia la neonata y se resguardó la confidencialidad de los datos personales o médicos. (49)

Como lo estipula el informe Belmont y Helsinki los principios éticos básicos a cumplir en este trabajo fueron:

- **Beneficencia/ no maleficencia:** Este trabajo no implicó ningún daño o riesgo para el recién nacido, sino que fue de carácter benéfico para ambos lados, la sociedad y la ciencia, garantizando la privacidad de la persona. El trabajo se justifica a favor de la ciencia, si bien, este únicamente pretende seguir el estado de salud del recién nacido durante y después de su estancia hospitalaria, sin ocasionar algún perjuicio o dolo hacia el individuo, buscando únicamente el estado favorable del recién nacido.
- **Justicia:** Equidad en busca del participante, sin discriminación alguna o creación de juicio propio para la selección de los participantes, así como la entrega del presente trabajo con los resultados obtenidos. (50)

- Confidencialidad: salvaguardar la identidad de los participantes, mediante el anonimato; confidencialidad en la información extraída del expediente revisado.
- Consentimiento informado: se le entregó a la madre/tutor de la neonata para su firma, en él se expone que los datos utilizados son únicamente para uso del presente trabajo y de ser necesarios estos podrían ser publicados salvaguardando su identidad y datos personales, se describe que en caso de ser necesario puede retirarse en cualquier momento del estudio.

De igual forma se tomaron en cuenta los derechos del recién nacido como lo son:

- La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
- Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación
- Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar por que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.
- El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.(51)

Capítulo 4. Aplicación del proceso de atención de enfermería

4.1 Valoración

La valoración es la primera etapa del proceso de atención en enfermería y el más importante para determinar los patrones afectados en el recién nacido y poder así,

establecer los siguientes pasos e intervenciones. Se realiza el día 25 de abril del 2023 en la Unidad de Terapia Intermedia de un hospital del tercer nivel, mediante el instrumento de valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon en este también se valora a los padres o cuidador principal, esta información permitirá continuar con las siguientes etapas del proceso en enfermero:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Nombre: Pérez Villamil Regina	No. Expediente: 538161	
Fecha de Nacimiento: 12_/05_/2023	Institución: _INP	Lugar de procedencia: HEMI
Fecha de Ingreso: 13_/04/2023	Lugar de Nacimiento: CDMX	
Servicio: UTIN	Sexo: MUJER	
Días de hospitalización: 13	DVEU: 14	SDG al nacer: 39.5
EG corregida: 41	Talla al nacer: 45	Peso al nacer: 2360
APGAR: 8/9 Capurro: 39.5 SDG	Grupo y Rh: O+	Alergias: DESCONOCIDAS

Tabla 2 Ficha De Identificación Del Recién Nacido

Diagnóstico de ingreso: Recién nacida de término de 39 semanas de gestación/peso bajo para edad gestacional / atresia esofágica.

Diagnóstico médico actual: esófago plastia + cierre de fístula traqueo esofágica

Signos vitales FC:138_ **FR:** _50_ **TA:** _74/34 **PAM:**64__ **Temp:** _36.6°_ **SPO2:**98%

Somatometría: **Peso actual:** 2940 **Talla actual:** 47_ **PC:**35 **PA:** 28

MOTIVO DE INGRESO

Femenina producto de gesta 1, de madre de 25 años, embarazo deseado y planeado por madre soltera. embarazo diagnosticado en la semana 11 de gestación, 9 citas prenatales en total con 6 ultrasonidos totales. Vacunas de influenza, TDPa y 3 dosis de vacuna COVID.

El día de 12/04/2023 a las 21:30 hrs, se obtiene producto único vivo por vía abdominal por circular de cordón +, bradicardia fetal y trabajo de paro no progresivo a las 39 SDG, nace con liquido claro, sin sufrimiento fetal, respira y llora al nacer, no requiere maniobras avanzadas de reanimación. Se le da puntuación APGAR de 8/9, Silverman Anderson de 0 pts., Capurro de 39 SDG, peso bajo para edad. Durante la estancia hospitalaria particular los médicos indican probable Atresia esofágica, debido a la intolerancia a la vía oral, por lo que se traslada al instituto, la abuela materna refiere broncoaspiración en las primeras horas.

Valoración del peso:

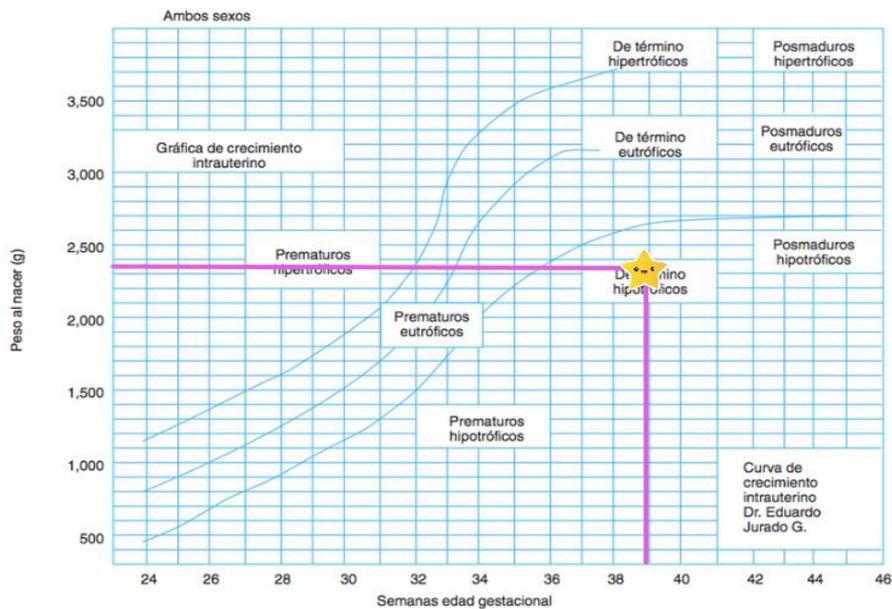


Ilustración 6 Crecimiento intrauterino

Jurado García. Tomado de Rentería A., et al (2013) Curva de crecimiento intrauterino. Páginas. 106

Interpretación: Terminó, hipotrófico.

Peso durante estancia hospitalaria

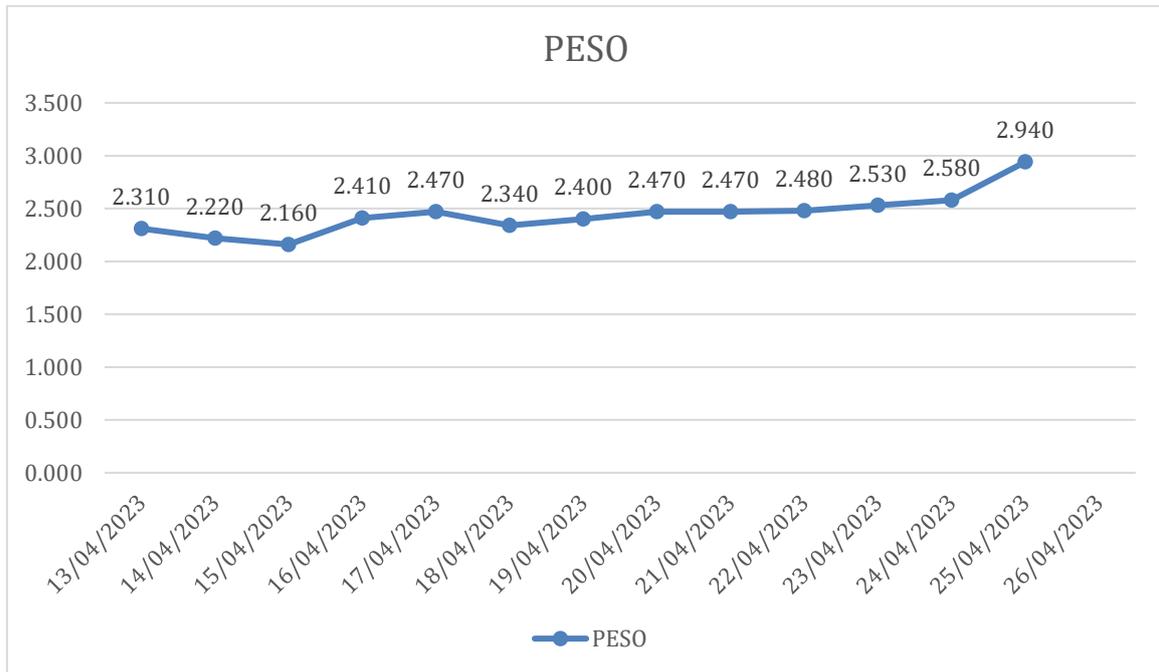


Tabla 3 Peso Durante Hospitalización

Creación propia

EXPLORACIÓN FÍSICA

HABITUS EXTERNO	Neonato de sexo femenino, en cuna radiante apagar con nido de contención, reactiva y activa estímulos, peso bajo para ir a gestacional sin ropa extra
PIEL	Color de la piel adecuada, hidratada, piel delgada con vasos visibles sin evidencias de mancha, sin presencia de lanugo por edad.
CABEZA	<p>cráneo de forma redonda tipo normocéfalo, fontanelas normotensas bregmática de 4 cm x 3cm, fontanela lambda de 1.5 cm normotensa, fontanela esfenoidal y mastoidea cerradas, suturas afrontadas, (coronal sagital, lambda y escamosa afrontadas). Cuero cabelludo de implantación media, color castaño oscuro textura lacia. Cara simétrica e íntegra, cejas presentes de color claro, párpados simétricos, con implantación de pestañas. Los ojos son simétricos, reflejo fotomotor positivos, reflejos pupilares presentes de hablar positivo, escalera blanca, iris color café oscuro, reflejo glabellar presente, apertura espontánea. Oídos: implantación normal a la altura hoy de los ojos pabellón auricular de forma simétrica reacciona al sonido en ambos oídos, conducto auricular permeable.</p> <p>Nariz: nariz y simétrica con narinas pequeñas permeables, mucosas hidratadas.</p> <p>Boca: boca simétrica, color rosado, presencia de reflejo de búsqueda movimientos de succión, encías de color rosado y forma normal sin presencia de brotes dentarios o perlas de Epstein, lengua de tamaño adecuado, mucosas hidratadas, paladar íntegro y duro</p>
CUELLO Y HOMBROS	cuello de redondo y corto, movimiento libre bilateral, tráquea presente en línea media, clavículas simétricas, hombros simétricos con adecuado movimiento

TORAX	Tórax normolíneo, con adecuados movimientos de ampliación y complexión, mamas redondas y simétricas, botones mamarios de 1 cm tórax de forma normal lineal, valoración de Silverman de cero auscultación y ruidos respiratorios bilaterales leve presencia de estertores en lado derecho. Ritmo cardiaco regular, Focos cardíacos (aórtico, tricúspide, mitral y pulmonar) audibles, sin soplos audibles
ABDOMEN	Abdomen blando depresible, piel integra sin lesiones y simetría normal, perímetro abdominal de 27 cm ruidos intestinales presentes en los cuatro cuadrantes, a la percusión sonido mate, cordón umbilical en proceso de momificación.
GENITALES	Genitales de fenotipo para mujer labios mayores cubren a los labios menores clítoris visible, sin presencia de secreciones, ano permeable.
DORSO-COLUMNA	Columna vertebral continuo y simétrica sin datos de lesiones o pocetas. Ni manchas mongólicas.
EXTREMIDADES	Extremidades superiores e inferiores íntegras y simétricas con cantidad de dedos en manos y pies completos y tono muscular adecuado. Pliegues plantares presentes.
CADERA	Caderas y simétrica la observación con prueba de Barlow y Ortolani negativas
NEUROLOGICO	Reflejo de succión, puntos cardinales, reflejo plantar y palmar, reflejo de moro, Babinski presentes

Tabla 4 Exploración Física

Valoración por patrones funcionales

Patrón 1 Percepción y manejo de la salud: Pérez Villamil Karen de 25 años, soltera de ocupación como asistente educativa, escolaridad preparatoria, tipo sanguíneo O+, sin antecedentes de tabaquismo, alcohol o tóxico y en enfermedades crónicas. Durante el embarazo tuvo inmunización con vacuna de influenza, TDPa y vacunas COVID, llevo consultas prenatales, sin rompimiento prematura de membrana, con presencia de oligohidramnios. Nacimiento de producto único por vía abdominal.

Neonato femenina con estado de salud delicado posoperada de esofagoplastía, sin antecedentes de vacunas de BCG, y hepatitis b, con tamiz metabólico realizado, pero con resultado pendiente, tiene tamiz auditivo con resultado positivo en ambos oídos

Patrón 2 Nutricional- Metabólico: talla actual de 47 cm ,un peso de 2490 gr y un área superficial de 0,18kg/m², coloración de la piel rosada delgada y transparente sin presencia de manchas hemangiomas o petequia, piel y mucosas hidratada, presenta herida quirúrgica en línea media axilar derecha ,sin signos de infección y proceso de cicatrización , fontanela bregmática de 4 x 3 cm y fontanería lambda de 1.5 cm, sutura afrontadas sin presencias de hepatomegalia, actualmente con alimentación enteral, sonda orogástrica durante la primera toma, posterior se retira y se inicia por succión por medio de biberón., presenta reflejo de succión adecuado , se le administra vitaminas por vía oral, vitamina ACD, sulfato ferroso y vitamina D.

Patrón 3 Eliminación: Regina presenta diuresis espontánea de color clara con un gasto urinario de 24 horas de 3.86 ml/kg/hr, no presenta ninguna patología que afecte el patrón urinario, evacuaciones espontáneas de característica amarilla pastosa, presenta un abdomen de depresible con presencia de peristalsis en todos los cuadrantes.

Patrón 4 Actividad- Ejercicio: Vía aérea permeable, con frecuencia respiratoria de 40x', sin datos de dificultad respiratoria con un puntaje en la escala Silverman Anderson de 0pts, campos ventilados con adecuada entrada de aire, pero con presencia de estertores en el lado derecho apical. Frecuencia cardíaca de 144 x' una presión arterial de 74 sobre 34 mmHg con una media de 64 mmHg, ruidos cardíacos presentes en focos aórticos pulmonar mitral y tricúspideo, sin presencia de soplo audible, un llenado capilar en miembros superiores e inferiores de 1 segundo, se le

En la madre su resumen es de G1 P0 A0, con un método de planificación actual del DIU, sin infecciones de transmisión sexual antes ni durante el embarazo, pruebas de VIH y sífilis negativas con un número de parejas sexuales de 4.

Patrón 10 Adaptación -Tolerancia al estrés: Datos de estrés en el recién nacido como llanto, irritabilidad, técnica para el manejo del estrés como lactancia materna disminución de estímulos auditivos y visuales el uso del nido de contención contacto piel a piel y succión nutritiva.

En la madre, ante situaciones de estrés, acude a su red de apoyo que son sus padres, no maneja técnicas para el manejo del estrés, sin embargo, tiene sentimientos respecto a la hospitalización como angustia y miedo

Establecimiento de diagnósticos y jerarquización

4.2 Diagnostico

Se estableció la etapa de diagnóstico posterior a la valoración realizada, resultado de dicha valoración se obtuvieron los siguientes diagnósticos de acuerdo con los patrones afectados, patrón 4 actividad-ejercicio, 5 sueño descanso y 2 nutrición- metabolismo, jerarquizándolos de la siguiente manera, se obtuvieron 7 diagnósticos, siendo 3 enfocados en el problema, 2 de riesgo y 2 de bienestar:

Patrón	Sin alteración	Con alteración	Diagnostico
4 actividad-Ejercicio		Estertores en el lado derecho	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones M/P Estertores en el lado derecho.
5 sueño y descanso		Cara fruncida, irritabilidad, estado Brazelton II	Trastorno del patrón del sueño R/C macro ambiente y microambiente M/P cara fruncida irritabilidad, sobresalto, estado Brazelton de 2

6 cognitivo-Perceptivo		Facies de dolor al contacto con herida quirúrgica, irritabilidad al cambio de posición, PIPP con 3pts	Dolor R/C manipulación en sitio quirúrgico M/P fascias de dolor al contacto con herida quirúrgica, irritabilidad al cambio de posición, PIPP con 3pts
2- Nutrición - Metabolismo	Herida quirúrgica en línea media axilar derecha sin signos de infección,		Riesgo de infección de herida quirúrgica r/c exposición al medio hospitalario
2- Nutrición- Metabolismo	Temperatura de 36.8°C		Riesgo de termorregulación ineficaz R/C fluctuaciones en la temperatura ambiente durante estudios de gabinete, durante el baño en la cuna radiante

Patrón 7: Autopercepción /Autoconcepto	Temor y deseos de aprender sobre los cuidados del recién nacido en casa		Disposición para mejorar la salud del recién nacido M/P deseos de la madre en aprender el autocuidado del recién nacido, lactancia materna, contacto piel a piel
Patrón 10: tolerancia al estrés	Expresión de la madre en aprender a posicionar al recién nacido de manera adecuada para el apego correcto.		Disposición para mejorar la lactancia materna M/P deseos de la madre por aprender a posicionar a recién nacido de manera adecuada para el apego correcto para ayudar a favorecer el aumento de peso

Tabla 5 Jerarquización de Diagnósticos

4.3 Planeación- Ejecución

Se realizó la planeación y ejecución de 7 diagnósticos, con el fin de otorgar intervenciones para lograr el bienestar de la recién nacida durante su estancia hospitalaria; de igual forma se proporcionó educación al cuidador principal para garantizar la integración del cuidado de la neonata, se realizaron intervenciones de tipo independiente, en referencia del modelo integrativos las medidas de contacto piel a piel, cuidado del macroambiente y microambiente.

Patrón: 4 Actividad- Ejercicio	MAIDN: Posicionamiento y contención
Dx. enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones M/P Estertores en el lado derecho, tos ineficaz.	
Objetivo: Mantener la vía aérea permeable para evitar datos de dificultad respiratoria en el recién nacido mediante posición y aspiración de secreciones durante el turno.	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Manejo de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posicionar la vía aérea para evitar hiperextensión o flexión ✓ Valorar campos pulmonares ✓ Realizar cambios posturales para favorecer la movilización de secreciones ✓ Realizar aspiración de secreciones si corresponde ✓ Colocar al recién nacido en posición prono para favorecer la oxigenación <p>Monitorización respiratoria</p>	<p>Saturación de oxígeno</p> <p>Escala Silverman</p>

<ul style="list-style-type: none">✓ Evaluar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones✓ Evaluar la saturación de oxígeno, cambios✓ Colocación en extremidad superior derecho del sensor para medición de saturación.✓ Valorar si hay cambios en el patrón respiratorio✓ Valorar la hidratación del paciente <p>Aspiración de secreciones</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Valorar campos pulmonares para decidir si es necesario aspirar✓ Utilizar equipo de protección si es necesario✓ Reunir materiales para realizar procedimiento, perilla✓ Realizar aspiración orofaríngea✓ Monitorizar signos vitales durante el procedimiento, saturación, frecuencia cardiaca, respiratoria. <p>Cambios de posición</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Colocar al recién nacido sobre una superficie adecuada✓ Valorar si hay algún cambio en la oxigenación en las diferentes posiciones✓ Colocar en posición a la línea media✓ Proporcionar adecuada posición en el cuello durante el cambio postural✓ Realizar cambio postural cada 2 horas	
--	--

Patrón: 5 Sueño y descanso	MAIDN: Protección del sueño
Dx. enfermería: Trastorno del patrón del sueño R/C macroambiente y microambiente M/P irritabilidad, sobresalto, Brazelton de 2	
Objetivo: Mantener un macroambiente que otorgue un estado de organización en el recién nacido que permita un adecuado patrón de sueño	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Manejo ambiental: Macroambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener las alarmas de los equipos por debajo de los 45 dB ✓ Apagar las alarmas cuando estas suenen y verificar el estado del recién nacido, ✓ Realizar la hora de penumbra en el servicio ✓ Mencionar al equipo médico no levantar la voz cerca de los recién nacidos ✓ Realizar cambio de posiciones en el recién nacido <p>Manejo ambiental: Microambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar la temperatura al menos cada 2 horas ✓ Evaluar escala de dolor PIPP ✓ Evaluar escala de IPAT ✓ Realizar el contacto piel a piel si es posible con la madre ✓ Explicar a la madre sobre lactancia materna y realizarlo si es posible <p>Contacto piel a piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a la madre las ventajas que tiene el contacto piel a piel ✓ Explicarle a la madre la posición de como acomodar al recién nacido 	<p>Escala del Dolor PIPP</p> <p>Escala IPAT</p> <p>Estado de conciencia</p>

<ul style="list-style-type: none">✓ Realizar el contacto piel a piel en el servicio de ser posible✓ Animar a la madre a hablarle y tocarlo mientras lo tenga✓ Monitorizar los signos vitales durante el tiempo que se encuentre con la madre <p>Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Evaluación de la temperatura y estado respiratorio✓ Valorar frecuencia respiratoria antes y después✓ Valorar frecuencia cardiaca durante el procedimiento✓ Observar si hay cambios en temperatura✓ Registrar los eventos que ocurran en la hoja de enfermería	
--	--

Patrón: 6 Cognitivo -Perceptivo	MAIDN: Minimizar el estrés y el dolor
Dx. enfermería: Dolor R/C manipulación en sitio quirúrgico M/P fascias de dolor al contacto con herida quirúrgica, irritabilidad al cambio de posición, PIPP con 3pts	
Objetivo: Disminuir el nivel de dolor durante la curación de la herida quirúrgica mediante tratamiento no farmacológico en el recién nacido	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Manejo del dolor: no farmacológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar evaluación de las escalas del dolor cada 2hrs ✓ Observar signos y síntomas durante los procedimientos que puedan causar dolor ✓ Utilizar contención en el recién nacido ✓ Succión nutritiva antes, durante y después del procedimiento ✓ Registrar cambios en el recién nacido <p>Cambio de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar si la posición realiza presión sobre la herida ✓ Realizar cambio posturas para evitar presión sobre prominencias óseas ✓ Colocar al RN siempre en línea media ✓ Colocar al RN en posición para favorecer la ventilación. ✓ Educar a la madre en como movilizar correctamente al RN <p>Contacto piel a piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar ventajas del contacto piel a piel ✓ Preparar un ambiente idóneo para realizar el procedimiento 	Escala PIPP

<ul style="list-style-type: none">✓ Monitorizar los signos vitales del recién nacido✓ Indicar a la mamá que lleve ropa cómoda para realizar el procedimiento✓ Verificar la posición del recién nacido durante el procedimiento <p>Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Monitorizar la temperatura y estado respiratorio✓ Valorar frecuencia respiratoria antes y después✓ Valorar frecuencia cardíaca durante el procedimiento✓ Observar si hay cambios en temperatura✓ Registrar los eventos que ocurran en la hoja de enfermería	
--	--

Patrón: 2 nutrición- Metabolismo	MAIDN: Posicionamiento y contención
Dx. enfermería: Riesgo de infección de herida quirúrgica R/C exposición al medio hospitalario	
Objetivo: realizar intervenciones que permitan la disminución de riesgo de desarrollar una infección en el sitio quirúrgico	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener el ambiente del paciente limpio ✓ Realizar lavado de manos en su tiempo correspondientes ✓ Explicar a los padres de realizar lavado de manos ✓ Mantener técnica de aislamiento correspondientes ✓ Utilizar guantes en los procedimientos <p>Evaluación de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si existe cambio de color edema en la piel ✓ Observar si hay exudado alrededor de la herida ✓ Registrar cambios en la hoja de enfermería ✓ Vigilar si existe dehiscencia de herida ✓ Realizar cambios de posición ✓ Valorar la hidratación del paciente <p>Cambios de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar estado de la herida ✓ Realizar cuidado en los cambios de posición ✓ Cuidar no ejercer presión sobre la herida 	Escala de valoración de la piel del recién nacido

<ul style="list-style-type: none">✓ Colocar al neonato en posición alineadas hacia la línea media✓ Vigilar si existen cambios en signos vitales <p>Cambios de herida</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Despegar apósitos si están sucios o con exceso de exudado✓ Medir el lecho de la herida✓ Cuidar el manejo en la alimentación✓ Realizar cambio de posición✓ Realizar curación si aplica	
---	--

Patrón: 3-Eliminación	MAIDN: Protección de la piel
Dx. enfermería: Riesgo de termorregulación ineficaz R/C Fluctuaciones en la temperatura ambiente durante estudios de gabinete, durante el baño en la cuna radiante.	
Objetivo: Realizar intervenciones para mantener la Eutermia en el recién nacido durante los procedimientos o estudios que se realicen dentro o fuera del servicio	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Baño</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar que no existan corrientes de aire directas al recién nacido ✓ Verificar la temperatura del agua se encuentre entre 37-38 °C y la del recién nacido ✓ Realizar el procedimiento en menos de 10 min ✓ Retirar los campos húmedos para evitar pérdidas por convección ✓ Secar en su totalidad al recién nacido <p>Regulación de la temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitorizar la temperatura al menos cada 2 horas ✓ Observar calor y temperatura de la piel ✓ Envolver al recién nacido para evitar pérdidas de calor ✓ Enseñar a la madre sobre las pérdidas de calor ✓ Registrar los cambios en la temperatura <p>Transporte dentro de la unidad</p>	<p>Parámetros normales de temperatura (36.5- 37.5°C)</p>

<ul style="list-style-type: none">✓ Preparar la unidad donde se trasladará al recién nacido✓ Monitorizar los signos vitales del recién nacido durante y después del procedimiento✓ Envolver y colocar gorrito ara evitar pérdidas de calor✓ Acompañar al recién nacido durante el traslado al estudio <p>Monitorización de los signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Monitorizar la presión arterial, temperatura y estado respiratorio✓ Valorar frecuencia respiratoria antes y después del destete✓ Valorar frecuencia cardiaca durante las intervenciones✓ Observar si existe cianosis✓ Observar si hay cambios en temperatura	
---	--

Patrón 7: Autopercepción /Autoconcepto 5 Sueño- Descanso	MAIDN: Proteger el sueño
Dx. enfermería: Disposición para mejorar la salud del recién nacido M/P deseo de la madre en aprender el autocuidado del recién nacido, lactancia materna, contacto piel a piel	
Objetivo: Capacitar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, lactancia materna en el área de hospitalización con el fin de incluir en el cuidado a los padres	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar preguntar para saber el conocimiento de la madre sobre los temas ✓ Explicar el almacenamiento de la leche materna ✓ Explicar los beneficios del contacto piel a piel ✓ Explicar el procedimiento para realizar el contacto piel a piel y aclarar sus dudas ✓ Explicar técnicas de extracción de leche materna <p>Asesoramiento en la lactancia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna. ✓ Desmentir mitos o miedos respecto a lactancia materna ✓ Proporcionar herramientas de fácil accesibilidad en casa como páginas de internet ✓ Explicar posiciones para dar lactancia materna 	Lactancia materna (preguntas sobre extracción, almacenamiento)

<ul style="list-style-type: none">✓ Explicar técnicas para evitar congestión mamaria y molestias. <p>Cuidados en el recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Explicar cuidados en el recién nacido en casa✓ Explicar dudas de la madre sobre el cuidado del recién nacido✓ Explicar cuidados de la piel (hidratación)✓ Explicar las ventajas de realizar el contacto piel a piel durante la hospitalización✓ Resolver dudas que exprese la madre en la visita <p>Signos de alarma</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Explicar los principales signos de alarma del recién nacido✓ Mostrar cómo se ve los signos de dificultad respiratoria✓ Explicarle como tomar la temperatura en el recién nacido y los valores normales✓ Explicarle la importancia de la vacunación en el recién nacido y sus próximas vacunas✓ Anotar los datos más importantes y teléfono donde se puede comunicar	
--	--

Patrón: 10 tolerancia al estrés	MAIDN: Minimizar el estrés y el dolor
Dx. enfermería: Disposición para mejorar la lactancia materna M/P deseos de la madre por aprender a posicionar al recién nacido de manera adecuada para el apego correcto para ayudar a favorecer el aumento de peso.	
Objetivo: Incrementar el apego del recién nacido al seno materno para contribuir a una adecuada alimentación para asegurar la ganancia de peso, evaluando la tolerancia y agarre correcto al seno materno.	
Plan de Intervenciones	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Realizar ejercicios orofaciales para mejorar la alimentación y agarre al seno materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar movimientos suaves en la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión. ✓ Realizar ejercicios 10 minutos antes de la succión ✓ Observar fuerza de succión y presencia de deglución del recién nacido. ✓ Favorecer al confort y tranquilidad del neonato ✓ Enseñarle a la mamá los ejercicios para que ella los realice <p>Posturas y posiciones para el correcto agarre al seno materno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posiciona en crianza biológica ✓ Posición de cuna ✓ Posición recostada de lado 	<p>Valoración de la escala LATCH</p>

<ul style="list-style-type: none">✓ Alinear al recién nacido en una posición cómoda✓ Explicarle a la madre en una posición cómoda <p>Favorecer el apego a la lactancia materna.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Asesoramiento sobre la técnica de la lactancia materna.✓ Educar a la mamá sobre los beneficios de la lactancia materna.✓ Sostener al recién nacido y hablar con él durante la alimentación para estimularlo✓ Proporcionarle comodidad y confort al neonato✓ Vigilar aumento de peso <p>Valorar tolerancia a la alimentación en cada toma</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Observar coordinación de succión, deglución y respiración en la alimentación✓ Registro la cantidad administrada en cada toma✓ Vigilar signos vitales durante la toma✓ Observar coloración de piel.✓ Vigilar presencia de fatiga durante la alimentación	
---	--

4.4 Evaluación

Se realizó la valoración de los campos pulmonares y se percibe en el lado derecho estertores, refieren haber presentado regurgitación en el anterior turno y se valora escala de Silverman con puntuación de 0 posterior se realiza aspiración de secreciones orofaríngeo con perilla y se realiza cambios de posición durante el turno, se revalora campos pulmonares mejorando la entrada de aire a los campos pulmonares

Se realizó de igual forma una evaluación de signos vitales y escala de valoración del dolor dando una puntuación de 3 en escala PIPP y una escala IPAT con puntuación de 9, debido al ruido se les comenta a los médicos de no realizar ruidos fuertes cuando estén en el servicio y cerca de los recién nacido. Se le realizó contacto piel a piel con la madre durante la visita familiar y posterior se posiciona y revalora la escala IPAT obteniendo una puntuación de 11pts. Se retiran puntos de herida quirúrgica a Regina, durante la mañana y se le enseña a la madre como realizar la curación y los signos de alarma de infección que se pudieran presentar, se valora la escala PIPP durante el proceso dando una puntuación de 3(Surco nasolabial, ojos apretados, entrecejo fruncido) para mejorar la puntuación se le realiza contención y succión no nutritiva. Posterior al procedimiento se realiza contacto piel con piel y se realiza el apego al seno materno para poder evaluar el agarre correcto al seno. En la escala de LATCH se encontraba en puntuación de 8 aumentando a 9. La succión es adecuada y fuerte, no tiene datos de dificultad respiratoria durante el apego, se cuestiona a la madre sobre la lactancia materna, cuidados del recién nacido y se refuerza en los puntos donde tiene duda, se le platica sobre los beneficios del contacto piel a piel y como participara durante el procedimiento.

Se le realizaron radiografías de huesos largos, ultrasonido renal para descartar anomalías en otros sistemas, El día 26 de abril se le informa. a la madre sobre el alta y se le explica sobre los cuidados en casa y como administrar la medicación y su utilidad en Regina para evitar complicaciones y las citas programadas, estudios próximos y se le proporciona un plan de alta (anexo 1)

4.5 Seguimiento

Los seguimientos se realizaron posterior a las consultas programadas en las diferentes especialidades para llevar seguimiento del progreso que se tenía con Regina. En este caso, se realizará una valoración focalizada orientada al problema principal desde la última valoración e identificar si existen nuevos. Si estos son identificados se puede actuar en intervenciones dependientes, independientes o interdependientes, es por ello por lo que se realiza la siguiente valoración focalizada en Regina posterior a su cita médica el día 16 de mayo del 2023, es decir 20 días posterior al egreso hospitalario. Se identifican afectados 3 patrones funcionales afectados: 2- Nutricional- Metabólico, en el cual se pudo valorar el patrón de alimentación, el cual era adecuado teniendo una puntuación en escala LATCH de 9, sin embargo, las tomas tenían una frecuencia de 30min a 1 hrs, sin embargo, la madre refiere que realizaba pausas constantes durante la alimentación, el 3- Eliminación, se realizó un diagnóstico de bienestar ya que las veces de cambios de pañal eran adecuados en cantidad. y el 6- Cognitivo -Perceptivo. Este patrón se consideró afectado por la lateralización del cuello hacia el lado izquierdo, esto debido a la posición constante en casa predominante hacia ese lado. Se realizó anamnesis de la rutina con Regina en casa sobre temas como alimentación, higiene, número de cambio de pañales y si ha tenido algún problema en el tiempo previo. De esta valoración se realizaron 3 planes de cuidados.

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA						
FC	FR	T°	PESO	TALLA	PA	PC
136x'	45x'	36.6	3420	48cm	33 cm	37 cm

Valoración del peso

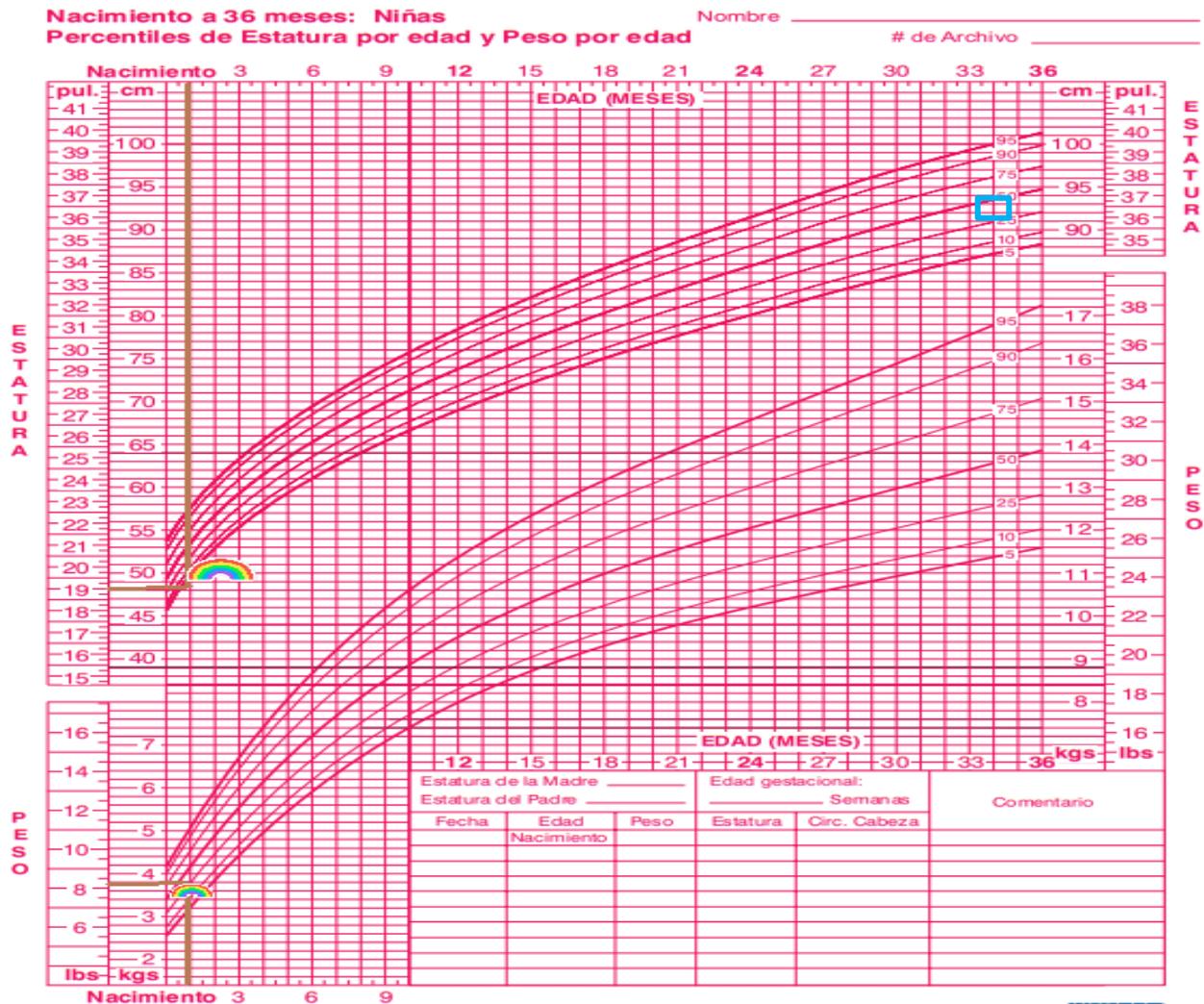


Tabla 6 Percentil De Estatura Por Edad Y Peso Por Edad

INTERPRETACIÓN: En estatura relación edad se encuentra por debajo del percentil 5 (bajo) y por relación peso y edad se encuentra en el percentil 25. CDC. *Nacimiento a 36 meses: Niñas Percentiles de E statura por edad y Peso por edad. 2001;2000(2000):2001.(52)*

Establecimiento de diagnósticos y jerarquización

Se realizó la valoración focalizada a tres patrones afectados, se establecieron 3 diagnósticos: 1 diagnóstico enfocado en el problema, 1 diagnóstico de riesgo y 1 diagnóstico de bienestar, los cuales se priorizaron de la siguiente manera la siguiente:

Patrón	Sin alteración	Con alteración	Diagnostico
6 Cognitivo-Perceptivo		✓ Cuello lateralizado hacia la izquierda	Alteración muscular R/C Falta de movilización M/P lateralización del cuello hacia el lado izquierdo.
2- Nutrición - Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ -Alimentación con seno materno exclusivo con puntuación en escala LACH 9 ✓ Succión adecuada -Producción de leche adecuada ✓ Alimentación cada hora ✓ Medicación para evitar reflujo 		Riesgo de broncoaspiración R/C Regurgitación.
3 Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios de pañales más de 5 veces al día ✓ Orina clara 		Eliminación urinaria M/P cantidad adecuada de diuresis en 24 hrs.

Patrón: 6 Perceptivo- cognitivo	MAIDN: Involucrar a la familia
Dx. enfermería: Alteración muscular R/C Falta de movilización M/P lateralización del cuello hacia el lado izquierdo.	
Objetivo: Realizar recomendaciones a la madre de posiciones durante el día para Regina para prevenir posibles daños en el desarrollo en la musculatura del cuello.	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Cambios de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas ✓ Evitar posicionar de un solo lado al recién nacido ✓ Explicar los artículos que puede utilizar de ayuda ✓ Explicar la importancia de los cambios de posición <p>Estimulación para el desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ejercicios que favorezcan la estimulación en Regina ✓ Acercarse en frente del bebe para fijar la mirada en diferentes direcciones ✓ Hablar a la bebé durante las actividades rutinarias, como cambio de pañal, ropa y baño. ✓ Proporcionar ejercicios para realizar durante los meses siguientes <p>Educación a la mamá</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a la madre de las complicaciones y afectaciones que puede tener el recién nacido ✓ Informar de los ejercicios que puede hacer en casa ✓ Informar de los cambios de posición (lateral, semifowler) ✓ Realizar ejercicios de estimulación temprana 	Lateralización del cuello

Patrón: 2 Nutrición – Metabolismo	MAIDN: Optimizar la nutrición
Dx. enfermería: Riesgo de broncoaspiración R/C Regurgitación.	
Objetivo: Dar información a la madre para evitar episodios de regurgitación y así poder evitar complicaciones en el recién nacido	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Técnica de alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar escala LATCH en la madre y recién nacido ✓ Verificar si existe una adecuada succión ✓ Explicar a la madre los signos de distensión abdominal ✓ Explicar como ayudar a sacar los gases en el recién nacido ✓ Explicar la posición del recién nacido posterior a la toma <p>Posición</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la importancia de la posición después de la toma ✓ Explicar que debe colocar a la neonata en una altura entre 30° a 45 ° ✓ Explicar otras posiciones como lateralizar al recién nacido ✓ <p>Medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar la función en el recién nacido de los medicamentos que este tomando ✓ Explicar la importancia del seguimiento de los horarios ✓ Explicar cómo preparar la medicación ✓ Explicar la administrar la dosis en el recién nacido ✓ Explicar la manera en cómo administrar los medicamentos <p>Valoración de la función</p>	Escala LATCH

<ul style="list-style-type: none">✓ Identificar si existe distensión abdominal✓ Identificar si existe sialorrea en el recién nacido✓ Cuestionar sobre la frecuencia de las tomas✓ Cuestionar sobre si existen vómitos✓ Cuestionar si existe dificultad o cansancio al realizar la toma✓ Valoración de la ganancia en peso	
--	--

Patrón: 3 Eliminación	MAIDN: Optimizar la nutrición y protección de la piel
Dx. enfermería: Eliminación urinaria M/P cantidad adecuada de diuresis en 24 hrs	
Objetivo: Dar educación a la madre para evitar problemas de la piel en el recién nacido en el cuidado en casa e identificar signos de deshidratación	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Cuidado de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar el cambio de pañal cuando este se encuentre húmedo ✓ explicar la importancia de no mantener el pañal húmedo por mucho tiempo ✓ Explicar los cambios en la piel si se encuentra con eritema ✓ Explicar la aplicación de crema si se necesita ✓ Explicar la forma en como cambiar el pañal <p>Valoración de uresis</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar el número de veces mínimo de pañales con uresis ✓ Explicar las características de la uresis en el recién nacido(color) ✓ Explicar los signos de deshidratación o alarma en el recién nacido <p>Educación para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a la madre de los cuidados de la piel en el área de los genitales ✓ Responder dudas o preguntas de la madre sobre el tema ✓ Asesorar sobre los signos de dermatitis del pañal 	Escala de evaluación de dermatitis del pañal

4.6 Evaluación

Se le realiza valoración al neurodesarrollo con la guía de neurodesarrollo de SIVIPRODIN, la fijación de la mirada (objeto o persona) se sostiene por menos de 10 segundos (cerca de 4 segundos), al sonido en ambos lados, se nota una búsqueda con mayor efectividad del lado izquierdo que el derecho en sonido con mayor intensidad, tiene reacción de sobresalto a sonidos fuertes,

Se realizó el seguimiento a Regina, se realizó medición de peso y antropometría, así como una evaluación en su neurodesarrollo. se observó una flexión del cuello hacia el lado izquierdo, se le explica a la madre sobre la importancia del cambio de posiciones en el hogar y de cómo realizarlo para favorecer el correcto desarrollo de los músculos del cuello Se cuestiono a la madre sobre sus actividades en casa y se observó la interacción que tiene con la recién nacida.

Se cuestiona a la madre sobre su patrón de alimentación, duración y frecuencia de tomas, al ser lactancia exclusiva se valora la escala LACTH dando una puntuación de 9 pts., siendo esta favorable para el recién nacido y la madre. Se le explica a la madre de la importancia para la evolución de la patología de evitar el reflujo y la manera de hacerlo con la posición posterior a la toma.

Se le cuestiona a la madre sobre el manejo farmacológico de la recién nacida, y se refuerza el cómo prepararlo, almacenarlo y administrarlo a la recién nacida

Se valora la frecuencia de la uresis en el recién nacido y se cuestiona a la madre sobre cuantos cambios de pañales se le realiza, se explica a la madre sobre la importancia del cuidado de la piel para la prevención de la dermatitis del pañal y como identificarlo si de ser necesario se le explica a la madre a cómo aplicar la crema.

El día Regina tuvo un reingreso hospitalario el día 22 de mayo, para realización de dilatación esofágica, en el transcurso del día la madre refiere contar somnolienta y no tolerar la vía oral, por lo que acude al servicio de urgencias del INP para valoración, se ingresa y permanece en el servicio de cirugía durante 2 días, se le da de alta por tolerar

adecuadamente la alimentación por vía oral, continua con seno materno a libre demanda exclusiva.

4.7 Seguimiento N°2

Se realiza seguimiento el día 9 de junio posterior a cita con neurofisiología, a 44 días del egreso hospitalario, entre el primer seguimiento y este, se tuvo un antecedente de intervención por dilatación esofágica y hospitalización el día 22 de mayo, ya que posterior al alta por la intervención se mantuvo somnolienta y sin tolerancia a la vía oral, la madre la traslada a urgencias al no tener mejoría y se decide su ingreso hospitalario, se mantuvo hospitalizada durante 2 día. En la segunda valoración se revaloraron los patrones afectados del día 16 de mayo, siendo el patrón 6-Perseptivo-cognitivo afectado por la lateralización del cuello pero en esta ocasión del lado derecho , mostrando ya la forma del cráneo una leve plagiocefalia del mismo lado y el patrón 2 Nutrición -Metabolismo en lo afectado por una leve dermatitis en el área del parpado de dos días de evolución, sin embargo hubo un cambio en el patrón de alimentación ya que es más prolongado (cada 3 hrs) y se aumentó la ganancia de peso.

SIGNOS VITALES Y SOMATOMETRIA						
FC	FR	T°	PESO	TALLA	PA	PC
142x'	44x'	36.5	4310	54 cm	36 cm	39cm

Establecimiento de diagnósticos y jerarquización

Patrón	Sin alteración	Con alteración	Diagnostico
6 perceptivo-cognitivo		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lateralización del lado derecho del cuerpo, moldeamiento del cráneo en lado derecho 	<p>Alteración muscular R/C</p> <p>Falta de movilización M/P lateralización del cuello hacia el lado derecho, moldeamiento del cráneo (plagiocefalia).</p>
2- Nutrición - Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ganancia de peso ✓ Frecuencia de tomas cada 3 horas 		<p>Disposición para mantener la ingesta de líquidos R/C frecuencia de las tomas, ganancia de peso</p>
2- Nutrición - Metabolismo		<ul style="list-style-type: none"> ✓ dermatitis en área del parpado, enrojecimiento 	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C hidratación M/P enrojecimientos en el área de los parpados</p>

Patrón: 6 Perceptivo- cognitivo	MAIDN: Involucrar a la familia
Dx. enfermería: Alteración muscular R/C Falta de movilización M/P lateralización del cuello hacia el lado derecho, moldeamiento del cráneo (plagiocefalia).	
Objetivo: Realizar recomendaciones a la madre de posiciones durante el día para Regina para prevenir posibles daños en el desarrollo en la musculatura del cuello.	
Plan de Intervenciones	
Intervenciones de Enfermería	Indicador
<p>Cambios de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar cambios de posición mínimo cada 2 horas ✓ Evitar posicionar de un solo lado al recién nacido ✓ Explicar los artículos que puede utilizar de ayuda ✓ Explicar la importancia de los cambios de posición <p>Estimulación para el desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar ejercicios que favorezcan la estimulación en Regina ✓ Acercarse en frente del bebe para fijar la mirada en diferentes direcciones ✓ Hablar a la bebé durante las actividades rutinarias, como cambio de pañal, ropa y baño. ✓ Proporcionar ejercicios para realizar durante los meses siguientes <p>Educación a la mamá</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a la madre de las complicaciones y afectaciones que puede tener el recién nacido ✓ Informar de los ejercicios que puede hacer en casa 	Lateralización del cuello

<ul style="list-style-type: none">✓ Informar de los cambios de posición (lateral, semifowler)✓ Realizar ejercicios de estimulación temprana✓ Colocar una almohada para mantener en la línea media la cabeza	
---	--

Patrón: 2 Nutrición - Metabolismo		MAIDN: Protección de la piel
Dx. enfermería: Deterioro de la integridad cutánea R/C hidratación M/P enrojecimientos en el área de los párpados		
Objetivo: Realizar intervenciones para disminuir el daño en la integridad de la piel y evitar posibles infecciones.		
Plan de Intervenciones		
Intervenciones de Enfermería		Indicador
<p>Hidratación de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar cremas emolientes para cuidar la piel ✓ Realizar aplicación después del baño ✓ Observar si la piel cambia de coloración o rubor ✓ Realizar lavado de manos antes de manipular el sitio ✓ Identificar si causa dolor en el lactante <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observar si existe cambios en la piel al utilizar algún producto nuevo en la rutina ✓ Proporcionar el baño con un jabón neutro ✓ Explicar a la madre sobre el uso de detergentes que tengan mucho aroma o químicos ✓ Realizar evaluación de la piel mediante la escala ✓ Explicar a la madre acciones a tomar <p>Educación a la mamá</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar a la madre de las complicaciones y afectaciones que puede tener el lactante ✓ Explicar a la madre como realizar los masajes en el recién nacido al aplicar el emoliente 		<p>Escala de valoración de la piel del recién nacido</p>

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Explicar a la madre sobre la importancia de mantener hidratada la piel del lactante✓ Explicarle signos y síntomas de la irritación o daño en la piel | |
|---|--|

Patrón: 2 Nutrición - Metabolismo		MAIDN: Protección de la piel
Dx. enfermería: Disposición para mantener la ingesta de líquidos R/C frecuencia de las tomas, ganancia de peso		
Objetivo: Brindar información a la madre de la importancia de una adecuada alimentación en Regina para mantener y aumentar la ganancia de peso		
Intervenciones de Enfermería		Indicador
<p>Evaluación de la hidratación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar a la madre los signos y síntomas de la hidratación ✓ Explicar la importancia del adecuado consumo de líquidos ✓ Explicar la composición de la leche materna y cuando aporte de líquido contine en caso de diarrea ✓ Explicar la importancia de no proporcionar ningún otro liquido en los primeros 6 meses <p>Vigilancia del peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar si el peso actual se encuentra dentro de los rangos normales ✓ Evaluar si existe algún factor que pueda interferir en el proceso ✓ Explicar a la madre de la importancia de la alimentación en ella ✓ Evaluará escala LATCH para determinar un correcto apego al seno materno ✓ Registrar resultados en el estudio de caso 		<p>Bitácora de aumento de peso en las consultas</p> <p>Escala LATCH</p> <p>Percentiles con relación a la edad peso</p>

<p>Educación a la mamá</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Preguntar a la madre si tiene alguna duda sobre el tema✓ Compartir más detalle de manera didáctica o medios electrónicos del tema✓ Explicar a la madre sobre el progreso que ha tenido el lactante✓ Explicarle signos y síntomas de la pérdida de peso	
--	--

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

El desarrollo que actualmente tiene Regina se podría considerar dentro lo permitido para su patología en cuestión de su peso, tono muscular y movimientos

La vigilancia debe realizarse hacia la parte auditiva ya que al realizarle por segunda ocasión , la evaluación se pudo notar la poca fijación hacia un objeto y el seguimiento o búsqueda de un sonido, tendrá citas el día 19 de junio con audiología para reprogramar nuevamente su cita con neurofisiología para la realización de potenciales, se estará al pendiente de los resultados obtenidos, otro aspecto valorado fue el signo de gota , la cual aún sigue siendo muy presente a pesar de su edad , no muestra tanta fuerza en el área del cuello, en esta ocasión la rotación del cuello se mantiene hacia la derecha , lado contrario del que se detectó en el anterior seguimiento , se le proporciona la información a la madre de como posicionar la cabeza para disminuir el amoldamiento del mismo.

En el cuidado de la piel se le recomienda a la madre en mantener una hidratación adecuada, esto con el fin de disminuir la aparición de sitios de rojes o dermatitis en la cara u otras partes del cuerpo de Regina.

Se agradece la cooperación de la madre de Regina en los procesos de valoración para realizar este trabajo

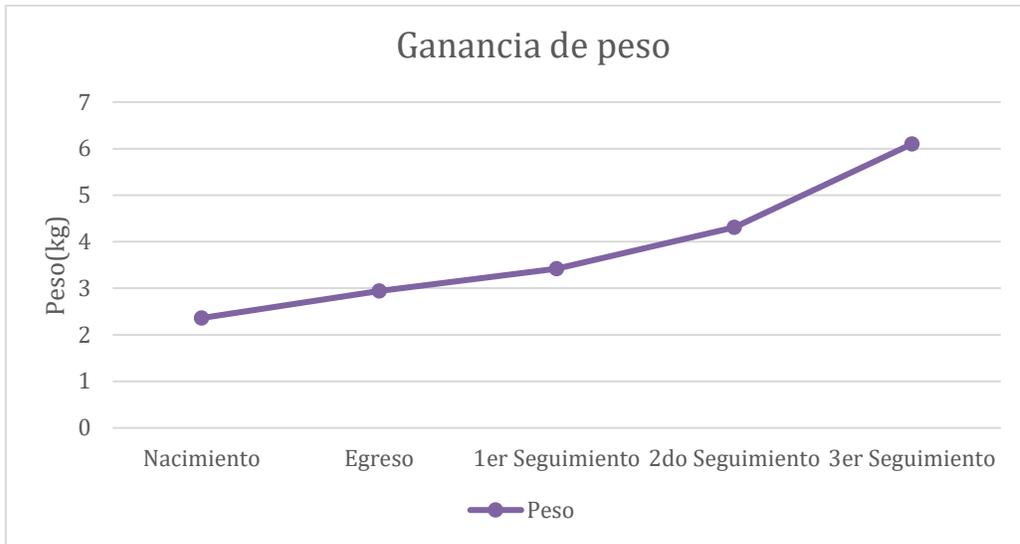


Ilustración 11 Ganancia de peso

Creación propia

Evaluación de Neurodesarrollo Abreviada

		ESCALA NEUROLÓGICA ABREVIADA (ENA)																																			Asimetrías	Abnormalidades
NOMBRE		EDAD					FECHA DE NACIMIENTO					ANTECEDENTES PERINATALES:																										
ENA	RN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
1. CARA	(0-1) Simétrica alerta.	(2-5) Sonrisa social.					(6-16) Expresiva simétrica.					(17-36) Simétrica y movimientos voluntarios solicitados (soplar, triste, enojado, alegre, cierra un ojo, cierra otro ojo).															●	NO										
																											0	D										
2. OJOS Y SEGUIMIENTO	(0) Fija <30 seg. 30° seguimiento.	(1-2) Fija la mirada 10-20 seg. Sigue objeto o cara 45° a 60°.	(3) Fijación >20 seg. Sigue objeto o cara horizontalmente.	(4-5) Seguimiento horizontal y hacia abajo.			(6-9) Seguimiento circular.			(10-36) Movimiento visual uniforme y coordinado, sigue el objeto en distintas direcciones y a distintas velocidades.															●	NO												
																									0	●												
3. AUDICIÓN Y SEGUIMIENTO	(0-2) Detiene el movimiento. Respuesta cónico palpebral.	(3-4) Gira la cabeza hacia la fuente sonora.			(5-12) Busca y localiza con los ojos y la cabeza la fuente sonora.			(13-23) Responde a su nombre con la mirada.			(24-36) Busca y localiza sonidos de menor intensidad (lavas).												●	NO														
																							0	●														
4. ALIMENTACIÓN	(0-1) Succión inmadura con pausas. Derrama ocasionalmente.	(2-4) Succión madura: continua enérgica, no derrama.			(5-7) Comienza alimentación de puré y papillas.			(8-12) Masticación lateral, comida machacada o en trozos. Bebe en vaso.			(13-18) Movimiento rotatorio de masticación, comida desmenuzada y blanda.			(19-36) Acepta comida entera (jicama, zanahoria cruda, etc.).						●	NO																	
																				0	●																	
5. HORAS DE SUEÑO Y VIGILIA	(0-3) Periodos de sueño de 3 horas seguidas, despertando para comer (duerme de 15-18 hrs al día).				(4-5) Período de sueño de 4-5 horas por la noche (más siestas en el día de 2-3 horas).				(6-13) Período de sueño de 6 horas por la noche, se despierta 1 vez con 1 a 2 siestas en el día.				(14-23) Duermes de 10 a 12 horas por las noches, puede haber siestas en el día.				(24-36) Duermes de 11 a 14 horas en la noche, sin despertar, puede haber siestas cortas en el día.								●	0												
																									0	●												
6. PRONO	(0-1) Tronco alineado. Genitales no tocan superficie. Extremidades flexionadas.	(2-3) Comienza apoyo de tronco sobre antebrazos. Cadera descendida con rodillas semiflexionadas.			(4-5) Brazos semientendidos con apoyo en antebrazos. Cadera descendida.			(6-7) Se apoya en brazos extendidos. Posición de nado o planeo.			(8-9) Extensión y flexión de codo libre. Tronco levantado, se mueve hacia atrás.		(10-11) Posición de 4 puntos.		(12-15) Sostén de peso en 3 puntos.		(16-36) Sin patrón predominante.										●	NO										
																											0	●										
7. CABEZA EN PRONO	(0-1) Levanta cabeza, libera cara, rango limitado.	(2-3) Alterna movimiento de cabeza, elevándola de 0-30°.			(4-5) Eleva cabeza entre 45°-60°.			(6-7) Alinea cabeza con tronco. 90°.			(8-13) Cabeza a 90° y gira.			(14-36) Movimientos amplos y coordinados en todas las direcciones.												●	NO											
																										0	●											
8. CABEZA Y TRONCO EN SEDENTACIÓN	(0) Con apoyo y sin control postural.	(1-2) Con apoyo. Intenta sostener cabeza (2-5 seg).	(3) Con apoyo. Logra alinear cabeza por 5 seg. Inestable.	(4) Con apoyo. Sostiene cabeza.			(5) Cabeza sostenida. Tronco se sostiene 3-10 segundos.			(6-7) Cabeza sostenida. Tronco se sostiene 60 seg.			(8-10) Sedente 1 min. Reacción de defensa lateral.			(11-16) Sedente. Puede girar cabeza y tronco. Reacción de defensa lateral y posterior.			(17-20) Flexiona lateralmente el tronco para alcanzar un objeto.			(21-36) Sedente indefinido. Cambio de postura libre a partir de sedente.						●	NO									
																												0	D									
9. INCORPORACIÓN A SENTADO	(0-2) Cabeza atrás de 0-60°. Extensión/flexión no activa. RT: Tónico laberíntico presente.		(3) Cabeza discretamente retrahida. Leve flexión de codo. RT: Tónico laberíntico: débil.			(4-5) Cabeza adelantada. Comienza la flexión de codo y presenta extensión de miembros inferiores.			(6-7) Flexión de cabeza con extensión de miembros inferiores. Flexión enérgica de codos.			(8-10) Se puede incorporar en la maniobra sostenida por una mano. Flexiona cabeza con extensión de miembros inferiores.			(11-20) Se incorpora a sentado sin ayuda del examinador.			(21-36) Puede adquirir posición a sentado desde la posición de supino sin apoyarse de manos o codos.												●	NO							
																														0	●							
10. CAMBIOS POSTURALES	(0-1) Actitud en flexión. Movimientos espontáneos de extremidades.	(2-3) Se devota con rotación de cadera de 90°.			(4-5) Regresa de prono a supino espontáneamente.			(6-7) Rodamiento.			(8) Arrastra.		(9-10) De Arrastra pasa a sedente y pasa a 4 puntos.		(11-14) Adquiere bipedestación apoyándose de muñecas o personas.		(15-20) Bipedestación autónoma. De cuclillas a bipede.		(21-29) Cambio postura de 4 puntos a bipede lento y eficiente.			(30-36) Cambio postura de 4 puntos a bipede, rápido y seguro.						●	NO									
																										0	●											

Referencias

1. Gayosso-Islas E, Mayorga-Ponce R B, Ma GN, -Jiménez L. Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa Plan de cuidados de enfermería de paciente con atresia de esofago (ae) Nursing Care Plan for Patients with Esophageal Atresia (ae). Publicación semestral No. 2018;13(13):30–2.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística De Nacimientos Registrados 2021. Inegi. 2022;1(3):1–22.
3. Orpha.net, Orphadata.org I (Instituto national de la santé et de la recherche medicale. Prevalencia de las enfermedades raras: Datos bibliográficos Enfermedades listadas por orden de prevalencia o incidencia decreciente. Informes Periódicos de Orphanet: Serie Enfermedades Raras. 2016;Marzo(2):1–53.
4. Chaparro-Escudero JA, García-González Y, Cisneros-Castolo M, Hernández-Vargas O, Rosas-Daher D, Chaparro-Escudero JA, et al. Tipo de atresia esofágica y su asociación con malformaciones cardíacas en un hospital del norte de México. Cir Cir. el 1 de enero de 2022;90(1):100–8.
5. Padilla Meza LG, Ríos JC, Guerra JJ. Caracterización de Pacientes con Atresia Esofágica. Acta Pediátrica Hondureña. 2015;5(1–2):349–54.
6. Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras. 2020 [citado el 24 de junio de 2023]. Definiciones | ICN - International Council of Nurses. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
7. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Especialización en Enfermería del Neonato [Internet]. [citado el 24 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.feno.unam.mx/index.php/especialidades/enf-neonato/>
8. Leyton A, Chattás G. Cuidados del recién nacido con atresia de esófago. Fundasamin [Internet]. enero de 2011 [citado el 19 de septiembre de 2023];11:10–7. Disponible en: <https://ia804502.us.archive.org/26/items/cuidados-del-recien->

nacido-con-atresia-de-esofago/cuidados-del-recien-nacido-con-atresia-de-esofago.pdf

9. Cuevas-Schacht FJ, Iribe-Gaxiola Y, Ham-Armenta KO, Solorio-Rodríguez L, Sancho-Hernández R. Elongación esofágica y esofagoplastía temprana en neonatos de alto riesgo con atresia tipo long gap. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*. 2015;74(1):18–28.
10. T. Heather Herdman & NANDA International & Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023 - 9788413821276. 2021.
11. Vernet Aguiló F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. *Gerokomos*. 2007;18(2):77–83.
12. Sánchez-Morales C, Pérez-Díaz CI, Gutierrez Padilla JA, Yanowsky-Reyes G, Pérez Rulfo-Ibarra D, Martínez Verónica R. Patologías y complicaciones asociadas a mortalidad en recién nacidos con enfermedad quirúrgica abdominal. *Revista Médica MD*. 2017;8(4):154–8.
13. Fernández Ortega G, Del Carmen G, García M, Clínico C. Esophageal atresia type I: preservation of native esophagus. 1(2020):12–7.
14. Autoridad Nacional del Servicio Civil. Protocolo de Manejo de la Atresia Esofágica. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2018;
15. Cando Naranjo CJ, Jiménez Mejía GN, Benítez Crespo MJ, Galarza Páliz FG. Atresia esofágica, diagnóstico, tratamiento y cuidados post quirúrgicos. *Reciamuc*. 2022;6(3):111–8.
16. Cases Jordán C, Lorenzo Ramírez MD, Morte Cabinasty CM, Peñalva Boronat E, Milagro Jiménez ME, Navarro Torres M. Atresia de esófago. Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol 2, Nº 2, 2021. 2021;2(2):49.
17. Syed MK, Al Faqeeh AA, Othman A, Almas T, Khedro T, Alsufyani R, et al. Management of Early Post-Operative Complications of Esophageal Atresia With

Tracheoesophageal Fistula: A Retrospective Study. Cureus. el 4 de diciembre de 2020;

18. Andrea Leyton L, Guillermina Chattás -Lic. Cuidados del recién nacido con atresia de esófago. :10–7.
19. Cruz González E. Modelo para el cuidado de enfermería del recién nacido con atresia esofágica. IX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería 2022. 2019;9–25.
20. González EC, Martínez FOF, Hermida, Calderón M, Prieto, Perdomo M. Satisfacción familiar en recién nacido con atresia esofágica relacionados con los servicios de salud neonatal. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2019 [citado el 9 de septiembre de 2023];2:101–14. Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1473/1110>
21. Cruz González E, Fernández Martínez FO. Recién Nacido Con Atresia Esofágica Como Proceso Formativo Nursing Care of the Newborn With Esophageal Atresia As a Training Process. 3(2019):80–7.
22. Parmentier B. Esophageal atresia. En: Pediatric Surgery Handbook for Residents and Medical Students. StatPearls Publishing; 2017. p. 67–88.
23. Marrero YH, Soler RMT, Quintana AR. Guía de Práctica Clínica en atresia esofágica. Rev Cubana Pediatr. 2022;94(3):1561–3119.
24. Altimier L, Phillips R. The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2016;16(4):230–44.
25. Gómez Martínez N, Donoso Noroña RF, Vilema Vizueté EG. Cuidado enfermero basada en la Teoría de Gordon en paciente con Neumonía por SARS-COV-2. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. el 1 de julio de 2021;8(spe4).

26. Martínez Parada Y, Lince Varela R, Quevedo Vélez A, Duque Martelo JI. El Niño en Estado Crítico. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2 edición. Editorial Médica Panamericana; 2011 [citado el 19 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com.pbidi.unam.mx:8080/VisorEbookV2/Ebook/9789588443263#{%22Pagina%22:%22IX%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}>
27. Sáez-Benito MBV, Berdún. MA, Gadea GA. Conociendo a marjory gordon: aplicación del patrón cognitivo-perceptivo en un caso clínico. [Internet]. [citado el 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/conociendo-a-marjory-gordon-aplicacion-del-patron-cognitivo-perceptivo-en-un-caso-clinico/>
28. Gordon M. Manual de diagnosticos enfermeros. decima edi. España: Elsevier España; 2003. 616 p.
29. Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1986;6(3–4):3–53.
30. Aguilar Pérez R., Garrido Noyola C. Posicionamiento y Contención neonatal. 4a ed. Ramirez CA, editor. Mexico, CDMX: INDAUTOR; 2023. 93 p.
31. Lisseth BC, Alejandra MP, Coe S. Developmental care of premature newborns: Fundamentals and main characteristics. *Andes Pediatrica.* 2021;92(1):131–7.
32. Als H. A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1986;6(3–4):3–53.
33. Acevedo DH, Becerra JIR, Martínez ÁL. The philosophy of the developmental centred care of the premature infant (NIDCAP): A literature review. *Enferm glob.* 2017;16(48):577–88.

34. Reina G. NC. Proceso de Atención de Enfermería. Instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010 [citado el 21 de febrero de 2023];17:18–23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
35. FES Iztacala. El Proceso de Atención de Enfermería. Notas de Clase. Revista Enfermería [Internet]. 2018 [citado el 8 de agosto de 2023];1–32. Disponible en: <https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
36. Martínez RA, Turpín JMI. Embriología Y Anatomía de la Tráquea y El Esófago. Libro virtual de formación en ORL [Internet]. 2010;1–13. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/cabeza cuello y plastica/134 - EMBRIOLOGÍA Y ANATOMIA DE LA TRÁQUEA Y EL ESÓFAGO.pdf>
37. Chaparro-Escudero JA, García-González Y, Cisneros-Castolo M, Hernández-Vargas O, Rosas-Daher D. Esophagic atresia type and its association with heart malformations in a Northern Mexico hospital. Cirugía y Cirujanos (English Edition). 2022;90(1):100–8.
38. Centro para el Control y la Prevención de enfermedades. Defectos de nacimiento específicos. 2020 [citado el 14 de mayo de 2023]. Información sobre la atresia esofágica | CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/esophagealatresia.html>
39. Marín Zúñiga J, Carvajal Barboza F, Montes de Oca MS. Actualización sobre el manejo de la atresia esofágica neonatal. Revista Médica Sinergia. el 1 de agosto de 2023;8(8):e1092.
40. García H, Franco Gutiérrez M. Manejo multidisciplinario de los pacientes con atresia de esófago. Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2011;6868(6):467–75.
41. Stadil T, Koivusalo A, Svensson JF, Jönsson L, Lilja HE, Thorup JM, et al. Surgical treatment and major complications Within the first year of life in newborns with long-

gap esophageal atresia gross type A and B – a systematic review. Vol. 54, Journal of Pediatric Surgery. 2019. p. 2242–9.

42. Dingemann C, Eaton S, Aksnes G, Bagolan P, Cross KM, Coppi P De, et al. ERNICA Consensus Conference on the Management of Patients with Esophageal Atresia and Tracheoesophageal Fistula: Diagnostics, Preoperative, Operative, and Postoperative Management. *European Journal of Pediatric Surgery*. 2020;30(04):326–36.
43. Procedimiento GDE, Digestiva DEE, Emma S, Fau V, Miguel D, Fau A, et al. DIAGNÓSTICA Unidad de Atención Integral Especializada Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades Gastroenterología Pediátrica Elaborado por: Sub-Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub-Especialidades. 2020;1–17.
44. Egan J V., Baron TH, Adler DG, Davila R, Faigel DO, Gan S Ian, et al. Esophageal dilation. *Gastrointest Endosc*. 2006;63(6):755–60.
45. Corado Carrillo IE. Complicaciones postquirúrgicas en neonatos con atresia esofágica. *Revista Diversidad Científica*. el 22 de mayo de 2022;2(1):49–58.
46. Wallace V, Honkalampi K, Korhonen M. Fear, isolation and the importance of support: A qualitative study of parents' experiences of feeding a child born with esophageal atresia. *J Pediatr Nurs*. 2022;67:e9–15.
47. Sfeir R, Rousseau V, Bonnard A, Gelas T, Aumar M, Panait N, et al. Risk Factors of Early Mortality and Morbidity in Esophageal Atresia with Distal Tracheoesophageal Fistula: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Pediatrics*. 2021;234:99-105.e1.
48. Tan Tanny SP, Fearon E, Hawley A, Brooks JA, Comella A, Hutson JM, et al. Predictors of Mortality after Primary Discharge from Hospital in Patients with Esophageal Atresia. *Journal of Pediatrics* [Internet]. el 1 de abril de 2020 [citado el 13 de septiembre de 2023];219:70–5. Disponible en: <http://www.jpeds.com/article/S002234761931710X/fulltext>

49. Camará de Diputados de H. Congreso de la Unión [Internet]. [citado el 20 de febrero de 2020]. Ley General de Salud. Disponible en: <https://goo.gl/mdn5FE>
50. National Institutes of Health. Comisión Nacional de Bioética. 2003. Informe de Belmont Principios éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Disponible en: <https://goo.gl/N3Mta6>
51. Medicine WC of P. 5° World Congress of Perinatal Medicine. (Barcelona 23 – 27 de Septiembre de 2001). Declaración de los derechos del recién nacido. 2001;1(1):1–3.
52. CDC. Nacimiento a 36 meses : Niñas Percentiles de E statura por edad y Peso por edad. 2001;2000(2000):2001.

Anexos Plan de alta

Nombre: Pérez Villamil Regina	Registro:538161	DVEU: 1 mes 4 días	Peso: 3420 gr
Nutrición			
<ul style="list-style-type: none">♥ Lactancia materna exclusiva a libre demanda durante los primeros 6 meses y complementaria hasta los 2 años, cada que regina muestre signos de hambre (abra la boca moviendo la cabeza de lado a lado, lleve las manos a la boca, signos de irritabilidad) o en un tiempo mínimo de 2 horas.♥ No dar agua, atoles, infusiones, preparados, té,♥ Si se utiliza formula, se debe preparar colocando primer el agua al biberón y posterior colocara la medida de leche (1 medida en 30 ml o 1 oz de agua)			
Cuidados del recién nacido			
<ul style="list-style-type: none">♥ Realizar baño diario con agua tibia, jabón neutro y en un espacio sin corrientes de aire, si aún conserva el cordón, se debe lavar con agua y jabón y secar totalmente♥ El número de micciones (pipi) puede varias entre 6 a 10 veces dependiendo de la ingesta de leche materna, las evacuaciones pueden ser entre 2-4 veces al día, en caso de observar más de 6 horas sin orinar puede indicar deshidratación♥ Colocar con una leve elevación después de la toma para evitar regurgitaciones			
Signos y síntomas de alarma			
<ul style="list-style-type: none">♥ Respiraciones muy rápidas			

- ♥ Foshas de la nariz se muevan al respirar
- ♥ Color azulado alrededor de la boca, manos y pies
- ♥ Temperatura arriba de 38°
- ♥ Presencia de sangre en heces u orina
- ♥ Regurgitamiento de más de la mitad de su toma en repetidas ocasiones
- ♥ Su abdomen se vuelva dura, en forma de globo y aumente su tamaño
- ♥ Perdida de estado de conciencia, mal estado general

Medicamentos

- ♥ Vitamina ACD 1gota por vía oral cada 24 horas
- ♥ Sulfato ferroso .6 ml vía oral cada 24 horas
- ♥ Cisaprida .3 ml vía oral cada 8 horas
- ♥ Esomeprazol 2.5 ml vía oral cada 24 horas (preparar la bolsita en 10 ml de agua y tomar 2.5 ml)

Citas

16/05/2023	Neonatología	9:00 consultorio 17
19/06/2023	Anestesia	9:00
1 /06/2023	Ortopedia	15:00 Planta baja
14/06/2023	Audiología	10:00
16/10/2023	genética	8:30 planta baja

Apéndices

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO 2023
PRÁCTICA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: Perez Villamil Karen Guadalupe.
otorgo mi consentimiento para que la Licenciada en
Enfermería Pool Kantún Ana Verónica. estudiante del
Posgrado de Enfermería del Neonato de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y
participación activa en el cuidado integral de mi hijo (a) Perez Villamil Regina.
como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria
sobre las intervenciones a realizar durante el tiempo que dure esta, así como ser libre de retirar a
mi hijo(a) de este estudio en el momento que yo desee, sin que esto afecte o le sea negada la
atención médica para su tratamiento. Autorizo difundir resultados en revistas y /o ámbitos
científicos.

✶ Autorizo el uso de Fotografías de mi hija para el trabajo.
AUTORIZO

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR Karen Guadalupe Perez Villamil
FIRMA Karen G.

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ESTUDIANTE DE POSGRADO Pool Kantún Ana Verónica
FIRMA [Firma]

TESTIGO

NOMBRE L.E. Blanca Flores Infante
FIRMA [Firma]

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: Alvarez S.

Ciudad de México, a 26 del mes de Abril del 2023

Cédula de valoración



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Enfermería y Obstetricia
Especialidad en Enfermería del Neonato
SEDE: Instituto Nacional de Pediatría**

**CÉDULA DE VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO BASADO
EN PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDÓN**

XV Generación

Modificada: Abril 2023

Coordinadora: Laura Álvarez Gallardo

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento de valoración tiene como base los patrones funcionales de Marjory Gordon, se retomó del instrumento elaborado por los grupos de la especialidad de enfermería del neonato del hospital materno infantil de Mexicali con última modificación en junio de 2022.

El grupo de la especialidad de enfermería del neonato del Instituto Nacional de Pediatría, modificó, adaptó e incluyó las diferentes escalas para valoración del neonato dentro del documento, se encuentra constituido por dos apartados, el primero valora al recién nacido y el segundo apartado a la familia.

Instrucciones:

El evaluador llenará los ítems de acuerdo a la información requerida y/o se marcará con una x la respuesta, en los casos donde la pregunta sea abierta, se responderá lo más claro posible o colocar NA (no aplica) o NV (no valorable).

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE LA FAMILIA

Patrón 1: Percepción y Manejo de la Salud

Datos de la madre

Es posible valorar este apartado: Si () No () ¿Por qué? _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Idioma/dialecto: _____ Escolaridad: _____ Grupo y Rh: _____

Tabaquismo () Alcoholismo () Toxicomanía ()

Patologías: _____

Tratamiento: _____

Observaciones: _____

Antecedentes perinatales:

1. Vacunación: Si () No () Especificar: _____

2. Llevó control prenatal: Si () No () Especificar: _____

3. Características y/o complicaciones durante el parto: _____

4. Tratamiento de la complicación: _____

5. RPM: Si () No () Características de líquido amniótico: Normal () Meconial () Pohidramnios () Oligohidramnios ()

6. Incremento ponderal durante el embarazo: _____

7. Vía de nacimiento: Parto () Cesárea ()

8. Tipo de producto: Único () Gemelar () Múltiple ()

9. Patología/complicaciones durante el embarazo: Si () No () DG () EHIE () Preeclampsia () Eclampsia () S. HELLP ()

Hipotiroidismo () Hipertiroidismo () Traumatismos () Otros: _____

10. Tratamiento: Si () No () : _____

Datos del padre o tutor:

Es posible valorar este apartado: Si () No () ¿Por qué? _____

Nombre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Idioma/dialecto: _____ Escolaridad: _____ Grupo y Rh: _____

Tabaquismo () Alcoholismo () Toxicomanía ()

Patologías: _____

Tratamiento: _____

Observaciones: _____

Familia:

1. ¿Cuenta con seguridad social? IMSS () ISSSTE () INSABI () Otro: _____

2. ¿Su casa cuenta con agua, luz y drenaje? Si () No ()

Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto

1. Interés de los padres en el bienestar del RN: Si () No ()

2. ¿Existe temor de los padres/familia con respecto a los cuidados/estado de salud del recién nacido? Si () No ()

Describir: _____

Patrón 8: Rol/Relaciones

1. Tipo de familia RN: Nuclear () Reconstituida () Monoparental: () Extensa () Otra: _____

2. Situación sentimental de pareja: Matrimonio () UL () Divorcio () Viudo ()

3. Describir Interacción del familiar con el recién nacido: _____

4. Colocar familograma: _____

Patrón 9: Sexualidad-reproducción:

1. G ___ P ___ C ___ A ___ Especificaciones: _____
2. Método de planificación: _____
3. Infecciones: Si () No () Cervicovaginitis () Candidiasis () Otro: _____
4. ITS: Si () No () Sífilis () VPH () Clamidia () Gonorrea ()
5. Número de parejas sexuales: _____

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés

1. ¿Cómo actúa ante situaciones difíciles?: _____
2. Técnicas de manejo del estrés: Si () No () ¿Cuál? : _____
3. Sentimiento respecto a la hospitalización: Angustia () Miedo () Llanto () Frustración () Apego inseguro ()

Patrón 11: Valores-creencias

1. ¿Profesan alguna religión? Si () No () ¿Cuál? _____
2. Interferencias de la religión con el tratamiento médico: Si () No () ¿Cuál? : _____

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DEL RECIÉN NACIDO

Ficha de identificación

Nombre: _____ No. Expediente: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Institución: _____ Lugar de procedencia: _____ Fecha de Ingreso: ___/___/___
 Lugar de Nacimiento: _____ Servicio: _____ Sexo: _____ Días de hospitalización: _____
 DVEU: _____ SDG al nacer: _____ EG corregida: _____ Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____
 APGAR: ___ Capurro: _____ Grupo y Rh: ___ Alergias: _____
 Diagnóstico de ingreso: _____
 Diagnóstico médico actual: _____
Signos vitales FC: _____ FR: _____ TA: _____ PAM: _____ Temp: _____ SPO2: _____ %
Somatometría: Peso actual: _____ Talla actual: _____ PC: _____ PA: _____

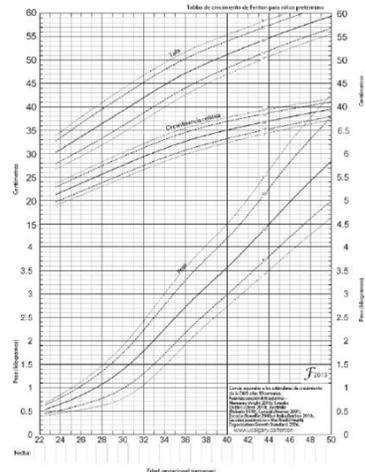
Patrón 1: Percepción y manejo de la salud

1. Estado de salud del RN: Sano () En riesgo: () Delicado: ()
2. Procedimientos quirúrgicos: Si () No () Especificar: _____
3. Transfusiones sanguíneas: Si () No () Fecha: _____
4. Tipo: CE () PFC () CP () Crioprecipitados () otros: _____
5. Reacción: Si () No () ¿Cuál?: _____
6. Vacunación del RN: Si () No () BCG: Si () No () HB: Si () No ()
7. Tamiz metabólico: Si () No () Resultado: _____
8. Tamiz auditivo: Si () No () Resultado: _____
9. Otras observaciones: _____

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

1. Talla actual: _____ Peso actual: _____ Área de superficie corporal: _____
2. Coloración de la piel: Rosada () Ictérica () Marmórea () Pálida () Acrocianosis () Cianosis () Plétora ()
3. Características de la piel: Lisa flexible () Delgada-transparente () Gruesa () Vértex () Arlequín () Lanugo () Descamación () Mancha mongólica () Hemangioma () Petequias () Manchas de Bichat ()
4. Lesiones cutáneas: Laceración () Hematoma () Equimosis () Millium () Eritema () Rash () Sitio: _____
 Otras (Descripción): _____
5. Edema: Si () No () Godet: _____ Anasarca Si () No ()
6. Piel y mucosas hidratadas: Si () No ()
7. Heridas quirúrgicas: Si () No () sitio: _____
8. Características (Dimensiones, color, olor, signos de infección): _____
9. Fontanelas: Normotensas () Abombadas () Deprimidas () A tensión () Amplias () Pequeñas ()
10. Medición de fontanela bregmática: _____ Medición de fontanela lambda: _____
11. Suturas: Afrontadas () Craneosinostosis () Separadas ()
12. Alteraciones digestivas: Si () No () Emesis () Distensión () Intolerancia VO () ERGE () Atresia () Otras: _____
13. Hepatomegalia: Si () No () _____ Cm
14. Alimentación: Enteral () Parenteral () Ayuno () Tiempo de ayuno: _____
15. Otras observaciones: _____

$$\frac{(\text{peso} \times 4) + 9}{100}$$



ENTERAL

1. Forma de alimentación: Succión () Mixta () Sonda Orográfica ()
2. Reflejos de succión: Si () No () Adecuado () Débil () Ausente () NA ()
3. Dispositivos para la alimentación enteral: Sonda de gastrostomía () Sonda Orográfica () Sonda nasogástrica ()
4. Fecha de instalación: _____ FR: _____ Material: _____
5. Técnica de alimentación: Gravedad () Infusión continua () Bolos () Alimentador ()
6. Fórmula indicada: Leche humana () Fórmula/Sucedáneo () Aporte calórico Kg/día: _____ Tipo: _____
7. Lactancia materna Si () No () Observaciones: _____
8. Volumen indicado: _____
9. Fortificador de leche humana: Si () No () Tipo: _____ Dilución: _____
10. Lactancia materna: Si () No () exclusiva () Mixta () Dificultades para la LM: _____
11. Vitaminas D: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____
12. Vitaminas ACD: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____
13. Vitaminas C: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____
14. Vitaminas E: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____
15. Sulfato Ferroso: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____
16. Acido Fólico: Si () No () Dosis: _____ Frecuencia: _____

PARENTERAL

1. Dispositivos invasivos: Si () No () Especificar: _____
2. Flujo: _____ Volumen Total: _____
3. NPT: Si () No () Componentes: GKM: _____ Glucosa: _____ Aminoácidos: _____ Lípidos: _____ Cloruro de Sodio 17.7% _____ Cloruro de Sodio 0.9%: _____ Cloruro de Potasio: _____ Fosfato de Potasio: _____ Gluconato de Calcio: _____ Sulfato de Magnesio: _____ Carnitina: _____ Oligoelementos: _____ MVI Ped: _____ Heparina: _____ ABD: _____ Glutamina: _____ Aporte energético: _____ Otros: _____
4. Soluciones: Volumen Total: _____ GKM: _____ Glucosa: _____ NaCl 17.7%: _____ NaCl 0.9%: _____ KCL: _____ GluCa: _____ Sulf Mg: _____

Soluciones intravenosas e infusiones

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Vía

Ingresos	Egresos
Balance total:	

Metabolismo

1. Escala de Kramer: _____
2. Bilirrubinas totales: _____ B. indirecta: _____ B. directa: _____
3. Fototerapia: Si () No () Tiempo: Continuo () Intermitente () Tipo: Simple () Doble () Luz blanca () Luz azul () Fibra óptica ()
4. Glicemia: _____
5. Temperatura: _____
6. Apoyo a la termorregulación: Si () No () Incubadora () Cuna térmica () Temperatura: _____ Humedad: _____
7. Laboratorios: Bh: Hb: _____ Hto: _____ Leucocitos: _____ Plaquetas: _____ QS: Sodio: _____ Potasio: _____ Calcio: _____ Cloro: _____ Fósforo: _____ Magnesio: _____ Glucosa _____ Albúmina: _____ Tiempos: Tp: _____ TTP: _____ Dímero D: _____ INR: _____ Coombs: _____ PCR: _____ Procalcitonina: _____
8. Especificar alteración y manejo médico: _____



Zona	Definición	Bilirrubinas totales
1	Cabeza y cuello	5.8 mg/dl (100 µmol/l)
2	Parte superior del tronco, hasta el ombligo	8.8 mg/dl (150 µmol/l)
3	Parte inferior del tronco, desde el ombligo hasta las rodillas	11.7 mg/dl (200 µmol/l)
4	Brazos y piernas	14.7 mg/dl (250 µmol/l)
5	Palmas y plantas	> 14.7 mg/dl (> 250 µmol/l)

9. Hemocultivo: Si () No () Central: () Periférico: () Resultado: _____
 10. Cultivo de catéter: Si () No () Fecha: _____ Resultado: _____
 11. Otras observaciones: _____

Patrón 3: Eliminación

Urinaria

1. Diuresis espontánea: Si () No ()
 2. Características: Clara () Turbia () Concentrada () Hematuria () Otra: _____
 3. Gasto urinario en 24 hrs: _____ ml/kg/hr
 4. Sonda vesical: Si () No () Fecha de instalación: _____ Material: _____
 5. Estudios diagnósticos: EGO () Labstix () Urocultivo () Ninguno () Resultado: _____
 6. Creatinina: _____ Urea: _____
 7. Patología que afecta al patrón urinario: Si () No () Especificar y tratamiento: _____
 8. Comorbilidades que afectan el patrón urinario: _____
 9. Otras observaciones: _____

Intestinal

1. Evacuación espontánea Si () No ()
 2. Características: Amarilla () Mucosa () Meconio () Normal () Verdes () Compactada () Líquida () Negra () Grumoso ()
 3. Abdomen: Batracio () Batea () Globoso () Ciruela pasa () Escafoide () Depresible ()
 4. Peristalsis: Si () No () Aumentada () Disminuida ()
 5. Problemas digestivos: Dolor abdominal () Distensión abdominal () Estreñimiento () Diarrea () Congénitos ()
 6. Sistema de ayuda: Estimulación rectal () Enema () Ileostomía () Colostomía () Medicamento () : _____
 7. Otras observaciones: _____

Cutáneo

1. Pérdidas extraordinarias: Diaforesis () Drenajes () Herida quirúrgica ()
 2. Tipo de drenaje: Penrose () Jackson () VAC () Otro: _____
 3. Características del exudado: Hemático () Serohemático () Seroso () Abundante () Moderado () Escaso () Nulo ()
 Cantidad: _____
 4. Pérdidas insensibles: _____

CUADRO 4. PERDIDAS INSENSIBLES DE AGUA (PIA) EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Peso al nacer (gr.)	Pérdidas insensibles Promedio (ml/kg/día)	Pérdidas insensibles Promedio (ml/kg/hora)
750 - 1000	64	2,6
1001 - 1250	56	2,3
1251 - 1500	38	1,6
1501 - 1750	23	0,95
1751 - 2000	20	0,83
2001 - 3250	20	0,83

*PIA media para RN en incubadoras durante la primera semana de vida

Fuente: Peña AV. Guías de diagnóstico y tratamiento en neonatología, manejo de líquidos y electrolitos.. 2006

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

1. Vía aérea permeable: Si () No () Especificar: _____
 2. Frecuencia respiratoria: _____
 3. Datos de dificultad respiratoria: Si () No () Puntaje de la escala de Silverman Anderson: _____

VALORACION SILVERMAN ANDERSON			
Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.			
Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

4. Campos pulmonares: Ventilados () Murmullo vesicular () Hipoventilado () Estertores () Sibilancias () Crepitanes () Roncus ()
 5. Patologías que afectan el patrón respiratorio o intercambio gaseoso: _____
 6. Gasometría: Arterial () Venosa ()
 Valores: pH: _____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE: _____ SatO2: _____ Lactato: _____ Resultado: _____
 7. Gabinete: Si () No () Rx () TAC () Fecha: _____ Interpretación: _____

8. Factores que modifican el patrón respiratorio: Si () No () Especificar: _____

9. Oxigenoterapia

Fase	Dispositivo	Modo ventilatorio	L/min	FR/Hz	Fio2	Ps/Psop	PIP	PEEP	Pi

10. Días de apoyo ventilatorio: _____

11. MNB: Si () No () Frecuencia y medicamento: _____

12. Fisioterapia pulmonar: Si () No ()

13. Drenaje postural: Si () No ()

14. Secreciones: Orofaringeas () Nasofaríngeas () Cánula Orotraqueal () Características: _____

15. Laringoscopia: Si () No () Resultado: _____

16. Drenaje Pleural: Si () No () Drenaje mediastinal () Drenaje retroesternal Si () No () Fecha de Instalación: _____

Características: _____

17. Otras observaciones: _____

Cardiovascular

1. FC: _____ latidos por minuto

2. Presión arterial: _____ PAM: _____

3. Llenado capilar: Miembro sup. _____ seg. Miembro Inf: _____ seg .

4. Ingurgitación yugular: Si () No ()

5. Tamiz Cardiológico realizado: Si () No () Resultado: _____

6. Ruidos cardiacos: Si () No () Precordio () Rítmico ():

7. Focos Cardiacos: Aórtico () Pulmonar () Mitral () Tricuspidео ()

8. Soplo: Diastólico Si () No () Sistólicos: Si () No ()

9. Cardiopatías Congénitas: Si () No () Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

10. Estudios diagnósticos: ECO () ECG () Placa Rx () Ninguno ()

11. Pulsos: N: Normal D: Débil P: Paradójico A: Ausente

Carotídeo: _____ Braquial: _____ Radial: _____ Pedial: _____ Poplíteo: _____ Femoral: _____

12. Otras observaciones: _____

Actividad

1. Nivel de actividad: Activo () Reactivo () Hipoactivo () Hiporreactivo ()

2. Limitaciones para la movilización: Si () No () Especificar: _____

3. Posición durante el turno: Dorsal () Ventral () Decúbito Lateral () Prono ()

4. Uso de aditamentos: Rossier () Nido de contención ()

5. Lesión o problemas de movilización: _____

Patrón 5: Sueño - Descanso

1. Estado de conciencia del Neonato (Examen Brazelton): _____

2. Sueño profundo () Sueño ligero () Somnolencia () Vigilia tranquila () Llanto ()

4. Factores de interrupción del sueño: Dolor () Hambre () Luz () Ruido ()

Temperatura () Dispositivos de ventilación ()

otros: _____

5. Presencia de irritabilidad en el RN: Si () No ()

Especificar: _____

6. Espacio físico: Binomio () Bacinete () Cuna térmica () Incubadora ()

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

1. ¿Existe algún signo de alteración neurológica? Si () No ()

2. Convulsiones () Temblores () Apnea () Otros: _____

3. Causa de alteración: _____

4. Ultrasonido fontanelar: Si () No () Resultado: _____

Macroambiente: cambios posturales () manejo de dolor () Disminución de la manipulación ()

Microambiente: cambios en la luz () volumen adecuado de los ruidos () describir: _____

5. Dolor: Si () No () Escala Clasificación/ Interpretación: _____

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontánea a excepción de los sobresaltos	
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión	
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de los párpados, expresión aturrida	
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturrido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO	
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos	
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO	
REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO	

PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)				
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	> 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	< 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	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 *(30 seg)	0 - 4 lpm	5 - 14 lpm	15 - 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 - 2,4%	2,5 - 4,9%	5 - 7,4%	≥ 7,5%
Entreccejo fruncido *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 - 3 seg	3 - 12 seg	> 12 - 21 seg	> 21 seg
* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso				
* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso				
Interpretación:	6 dolor leve o no dolor		12 dolor moderado	dolor intenso

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

Se puede determinar el sexo: Si () No ()

Mujer

Labios mayores cubren labios menores: Si() No()

Clitoris Si() No() Clitoris sobresale: Si() No()

Meato uretral Si () No ()

Bóveda vaginal externa() Apéndice() Masas() Hemias() Equimosis() Edema en labios mayores()

Observaciones: _____

Secreción: Si() No() Características: _____

Hombre

Simetría del escroto Si () No () Arrugas() Testículos al interior()

Meato uretral Si () No () Central () Otro: _____

Criptorquidia: Si () No ()

Hipospadia() Epispadia() Pene chordee() Masas () Equimosis() Edema() Micropene ()

Observaciones: _____

Ano

Presente() Permeable() Abertura() Obstrucción() Fístula()

Otras características: _____

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al Estrés

1. Datos de estrés en el recién nacido: llanto () Irritabilidad () Agitación psicomotriz ()

2. Técnicas para el manejo de estrés en el RN: Fomento a la lactancia materna () Disminución de estímulos auditivos y visuales () Colocación de nido de contención () Sujeción () Baño () Contacto piel con piel () Succión no nutritiva ()

3. Otras Observaciones: _____

TEORÍA SINACTIVA		
SISTEMAS	ESTRÉS	ESTABILIDAD
AUTÓNOMO Regula las funciones básicas para sobrevivir.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de coloración • Náuseas • Cambio FR y FC • Descenso de SPO2 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloración normal • Signos vitales estables • Respiración tranquila y regular
MOTOR Valora el tono muscular, movimientos, actividad y postura.	<ul style="list-style-type: none"> • Extensión de extremidades • Boca abierta/Bostezos • Movimiento ocular • Movimiento corporal involuntario 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición flexionada • Manos cerca de la cara • Reflejo de succión
ESTADO FUNCIONAL Nivel de despertar del SNC, sueño y vigilia.	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para dormir • Despertar continuo • Irritabilidad/Llanto 	<ul style="list-style-type: none"> • Sueño profundo • Alerta • Tranquilo
ATENCIÓN/INTERACCIÓN Capacidad para interactuar con el medio y adaptación a los cambios.	<ul style="list-style-type: none"> • Boca abierta • Llanto • Dificultad para calmarse • No mantiene el contacto visual 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejo de succión • Sonrisa • Fija la mirada • Tranquilo
AUTORREGULACIÓN Valorar los esfuerzos para conseguir el balance con otros subsistemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad de los subsistemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Interactúa • acepta estimulaciones • Estabilidad de los subsistemas

Formato de exploración física

Realizó:

EXPLORACION FISICA

NOMBRE:

SIGNOS VITALES:

FC _____ FR _____ T/A _____ TEMP. _____

Fecha:

DIAGNÒSTICO MEDICO:

Antecedentes perinatales:

Tipo de Nacimiento:

- Vaginal.
- Cesárea.
- Fórceps.
- Extracción (mecánica, maniobra Kristeller, etc.)

Tiempo, tipo y duración de anestesia o analgesia.

Evaluación de edad gestacional (método utilizado y resultado)

Actitud

- Tono.
- Atónico.
- Hipertónico.

Postura.

Facies

- Llanto.
- Dolor.
- Satisfacción.

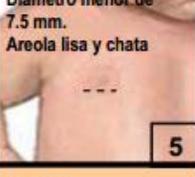
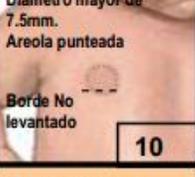
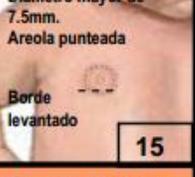
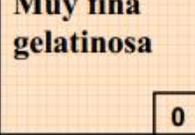
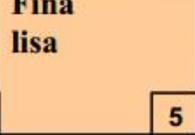
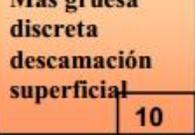
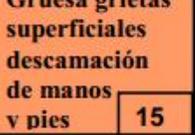
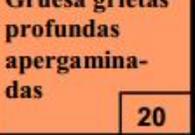
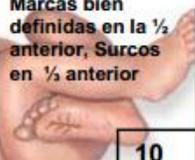
Antropometría.

- Peso.
- Talla.
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Perímetro abdominal
- Pie

HABITUS EXTERIOR
PIEL
CABEZA Y CARA
OJOS
OIDOS
NARIZ
BOCA
CUELLO Y HOMBROS
TORAX
CARDIOVASCULAR

ABDOMEN
GENITALES
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL
EXTREMIDADES
CADERA
ESTADO NEUROLÓGICO

Capurro

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No Palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

Fotografías



Ilustración 12 Tomada el 27 de abril



Ilustración 2383 Tomada 05 de mayo



Ilustración 14 tomado el 12 de mayo

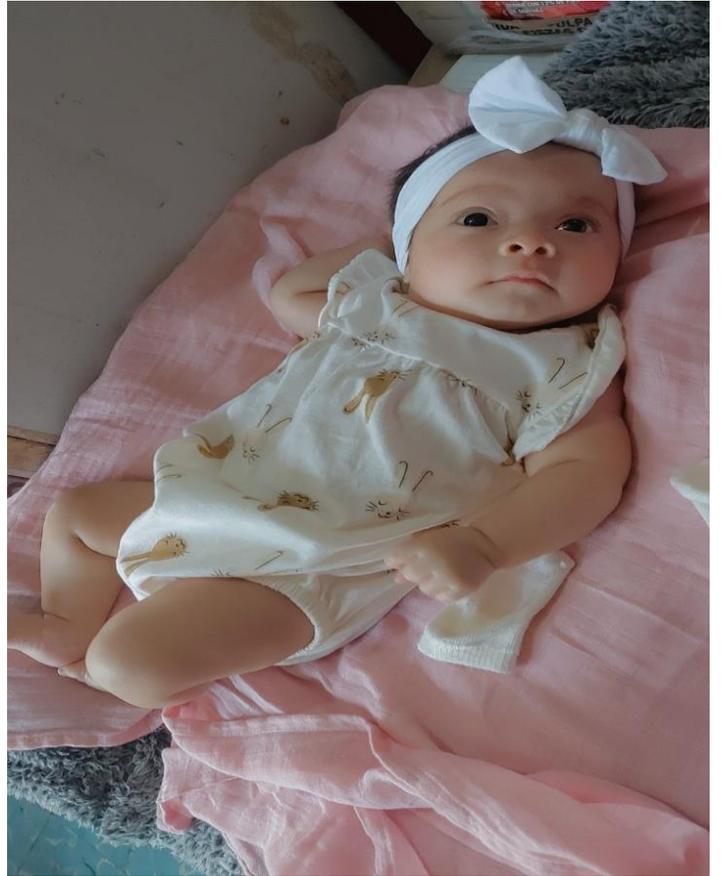


Ilustración 15 Tomada el 12 de junio



Ilustración 16 Tomada 20 de junio